

# ORVOSI HETILAP

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

**LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON**

8 TÁBLÁVAL ÉS 106 RAJZZAL.

RENDES MELLÉKLETEK:

## SZEMÉSZET

(1—4. szám.)

SZERKESZTI:

**GRÓSZ EMIL**

## GYNAEKOLOGIA

(1—4. szám.)

SZERKESZTI:

**TÓTH ISTVÁN és SCIPIADES ELEMÉR**

RENDKIVÜLI MELLÉKLETEK:

**Nádasy István:** A lues serum-diagnosisa, különös tekintettel a congenitalis syphilisre és a dajkaválasztásra.

**Bókay János, Vermes Lajos és Bókay Zoltán:** A salvarsan gyógyhatása gyermekkori luesnél.

**Báron Sándor:** A budapesti egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1910. évben.

**Entz Béla:** A csecsemőkori béldaganatokról.

1911

ÖTVENÖTÖDIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1911.

PÁPAI ERNŐ MŰINTÉZETE, VII., KERTÉSZ-UTCZA 16.

~~F. L.~~  
~~4/19~~  
BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25  
Telefon: 143-600.

XV/55 F 46/1911



~~11. sz. 25.~~

Leltári szám; F 46/189.

# TARTALOM.\*

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

|   | Oldal |
|---|-------|
| <b>Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.</b>   |       |
| Budapesti egyetem I. sz. kórbonczolástani intézete.   | Oldal |
| 1. <b>Entz Béla:</b> A csecsemőkori béldaganatokról ... K.m.  | K.m.  |
| Budapesti egyetem ált. kór- és gyógytani intézete.  |       |
| 2. <b>Halász Aladár:</b> Kísérletes vizsgálatok a beteg vese cukorátbocsátó képességéről ... 278,                                 | 296   |
| Budapesti egyetem bakteriologiai intézete.  |       |
| 3. <b>Lénárd Vilmos:</b> A typhus-immunserum hatásmódjáról az állati intraperitonealis typhus-fertőzésben ... 625                 | 625   |
| Budapesti egyetem közegészségtani intézete.   |       |
| 4. <b>Liebermann Leó:</b> A dispositióról ... 845,  | 865   |
| Budapesti egyetem I. sz. belklinikája.  |       |
| 5. <b>Torday Árpád:</b> A 606-tal (salvarsan) elért eredmények ... 17   | 17    |
| 6. <b>Torday Árpád:</b> Érdekes agydaganat-esetek ... 406   | 406   |
| 7. <b>Torday Árpád és Csépai Károly:</b> A tuberculosis serodiagnosisa viscositas-mérések alapján ... 638                         | 638   |
| 8. <b>Tornai József:</b> A portarendszerbeli pangás kezelése a végtagoknak egyszerű lekötésével ... 771                           | 771   |
| 9. <b>Dalmady Zoltán:</b> Kísérletek a bőr nyirokkeringésének klinikai vizsgálására ... 641                                       | 641   |
| 10. <b>Pekanovich István:</b> A Much-féle granulákról 902,  | 928   |
| Budapesti egyetem II. sz. belklinikája.   |       |
| 11. <b>Herzog Ferencz:</b> Atypusos meningomyelitis syphilitica ... 1,  | 19    |
| 12. <b>Herzog Ferencz:</b> Az electrocardiogramm klinikai értéke ... 99,  | 118   |
| 13. <b>Engel Károly:</b> A hasi aorta emboliájáról ... 479  | 479   |
| 14. <b>Engel Károly:</b> Klinikai respirációs vizsgálatok ... 717   | 717   |
| 15. <b>Ángyán János:</b> Az agyféltekék részarányos kiterjedésű gliomatosisa ... 601  | 601   |
| 16. <b>Fejes Lajos:</b> A paroxysmalis haemoglobinuria aetiologiájáról ... 427  | 427   |
| 17. <b>Freystadt Béla:</b> Gégehűtés nyúltvelői megbetegedés két esetében s a Semon-féle törvény ... 495                          | 495   |
| 18. <b>Nádor Henrik:</b> A hevenyész bujakóros vesegyuladásról salvarsannal gyógyított eset kapcsán ... 258                       | 258   |
| Budapesti egyetem III. sz. belklinikája.  |       |
| 19. <b>Báró Korányi Sándor:</b> Diagnostikai apróságok ... 459  | 459   |
| 20. <b>Bálint Rezső:</b> A diabeteses acidosis kezeléséről cukorinfúziókkal ... 568   | 568   |
| 21. <b>Elischer Gyula:</b> A gyomor physiologiájának és pathologiájának néhány kérdéséről Röntgen-vizsgálatok alapján ... 733     | 733   |
| 22. <b>Kentzler Gyula:</b> Cachexiások vérsavójának a sublimat-véroldásra gyakorolt hatásáról ... 569                             | 569   |
| 23. <b>Kentzler Gyula és Ország Oszkár:</b> A tatabányai typhusjárvány ... 273,   | 294   |
| 24. <b>Benczúr Gyula:</b> Radiumemanatiós ivókúra használatára lényegesen javult sclerodermia esete ... 369                       | 369   |
| 25. <b>Benczúr Gyula:</b> Radiumemanatióval elért gyógyeredmények ... 899   | 899   |
| 26. <b>Fogarasi Imre:</b> Megjegyzések a Pick-féle úgynevezett pseudocirrhosis pericardiaca pathogenesiséhez ... 621              | 621   |
| 27. <b>Galambos Arnold:</b> A gyomor functionalis vizsgálatáról ... 6, 21,  | 35    |
| 28. <b>Galambos Arnold:</b> Az eosinophil-sejtek számlálásáról Dunger módszere szerint ... 223                                    | 223   |
| 29. <b>Királyfi Géza és Frigyesi József:</b> Adatok a tuberculosis és terhesség kérdéséhez ... 699,                               | 723   |
| Budapesti egyetem I. sz. sebkegklinikája.   |       |
| 30. <b>Dollinger Gyula:</b> Az arczidegzsabák gyógykezelése alkohol-befecskendezésekkel ... 667,                                  | 689   |
| 31. <b>Holzwarth Jenő:</b> A pankreascystákról ... 861,   | 887   |
| 32. <b>Gergő Imre:</b> Emphysema subcutaneum laparotomiák után ... 739,   | 756   |
| 33. <b>Fejes Lajos és Gergő Imre:</b> A normális állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra ... 51, 72, 87,            | 104   |
| 34. <b>Dollinger Béla:</b> A járóképeség helyreállítása 17 év óta fennálló kétoldali kiterjedt gyermekbénulás esetében ... 637    | 637   |
| 35. <b>Láng Adolf:</b> Általános bódítás hedonalnak intravenosus alkalmazásával ... 830   | 830   |
| Budapesti egyetem II. sz. sebkegklinikája.  |       |
| 36. <b>Borszéky Károly:</b> A cseplesztömlő-sérvek pathogenesisise ... 399  | 399   |
| 37. <b>Borszéky Károly:</b> A májbeli echinococcus-tömlők gyökeres gyógyítása ... 825,  | 853   |
| 38. <b>Borszéky Károly és Báron Sándor:</b> A kerek gyomorfekély sebészeti gyógyítása ... 565,                                    | 592   |
| 39. <b>Báron Sándor:</b> Adatok a cholelithiasis pathologiájához ... 151,   | 181   |
| 40. <b>Báron Sándor:</b> A klinikum betedforgalma az 1910. évben ... K.m.   | K.m.  |
| Budapesti egyetem I. sz. nő-klinikája.  |       |
| 41. <b>Avarffy Elek:</b> A hármás ikerterhességről ... 309  | 309   |
| 42. <b>Nádasy István:</b> A lues serum-diagnosisa, különös tekintettel a congenitalis syphilitisre és a dajkaválasztásra ... K.m. | K.m.  |
| 43. <b>Kalledey Lajos:</b> Az intravenás sublimat-injectio befolyása a szervezet védőanyagaira ... 922                            | 922   |
| 44. <b>Kelen Béla:</b> Röntgentherapia a nőgyógyászatban ... 235  | 235   |
| Budapesti egyetem II. sz. nő-klinikája.   |       |
| 45. <b>Frigyesi József:</b> A Momburg-féle csövel való vérzéscsillapítás alkalmazása a szülészetben ... G.                        | 20    |

\* Sz. = „Szemészet“. — G. = „Gynaekologia“. — K. m. = Külön melléklet.

|  | Oldal |  | Oldal |
|--|-------|--|-------|
| 46. <b>Frigyesi József:</b> A pituitrinnek szülőfáját keltő és erősítő hatásáról ... G.  | 105   | Kolozsvári egyetem szembeteg-klinikája.  |       |
| 47. <b>Schmidlechner Károly:</b> Tapasztalások a gyermekágyi betegségeknek intravenosus sublimat-injectiókkal való kezelésénél... G.                   | 89    | 70. <b>Id. Imre József:</b> Adatok az alkalmazkodás tanához ... Sz.                                      | 121   |
| 48. <b>Scipiades Elemér:</b> A hasfal előkészítése nőgyógyászati laparotomiákhoz ... G.  | 8     | 71. <b>Markbreiter Irén:</b> Fibrin a szemészetben ... Sz.   | 8     |
| 49. <b>Scipiades Elemér:</b> Három laparotomia nőgyógyászati, illetve szülészeti indicatio alapján ... G.  | 110   | Állatorvosi főiskola.  |       |
| 50. <b>Balogh Andor:</b> I. Mesenterium-csavarodás által előidézett bélelhalás laparotomia után. II. Ismételt császármetszés esete ... G.              | 116   | 72. <b>Magyary-Kossa Gyula:</b> Adatok a cukorkiválasztás mechanizmusához ...                            | 49    |
| 51. <b>Balogh Andor:</b> Fejlődési rendellenesség laparotomia útján operált esete ... G.   | 187   | 73. <b>Sellei József:</b> Kísérletek prostata-cytotoxinnal ...   | 721   |
| 52. <b>Rosenthal Jenő:</b> A terhesség meghatározására alkalmas serologiai eljárásról ... G.   | 40    | Giesseni egyetem szemklinikája.  |       |
| Budapesti egyetem elmebeteg-klinikája.   |       | 74. <b>Eicken:</b> Új eljárás a könnyorrveték stenosisának gyógyítására ... Sz.                          | 129   |
| 53. <b>Moravcsik Ernő Emil:</b> A társadalom védelme a büntettek ellen... 421, 445,  | 463   | Würzburgi egyetem belklinikája.  |       |
| 54. <b>Tél Ferencz:</b> Epilepsiás euthymia és euthymopraxia   | 850   | 75. <b>Fejes Lajos:</b> Bacteriumtermékekkel előidézett anaemiáról ...                                   | 550   |
| Budapesti egyetem I. sz. szemklinikája.  |       | Budapesti állami gyermekmenhely.   |       |
| 55. <b>Grósz Géza:</b> A Smith-féle intracapsularis hályogműtétről ... Sz.   | 47    | 76. <b>Szana Sándor:</b> Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményei 384, 408, 429, 447,  | 466   |
| 56. <b>Ifj. Liebermann Leó és Lengyel János:</b> A kötőhártya pathogen bacteriumainak megsemmisítése műtét utáni gyulladások prophylaxisa céljából Sz. | 117   | Budapesti m. kir. bábaképző.   |       |
| 57. <b>Rados Endre:</b> A keratoconus pathológiája ... Sz.   | 31    | 77. <b>Dirner Gusztáv:</b> A budapesti m. kir. bábaképző 1910. évi forgalmának vázlatos kimutatása ...   | 122   |
| 58. <b>Rosenfeld Miksa:</b> A cataracta senilis és a glaucoma együttes előfordulása ... Sz.  | 20    | 16. sz. cs. és kir. helyőrségi kórház.   |       |
| 59. <b>Szokolik Ede:</b> Új eljárás egyoldali gyengült látást színlelők leleplezésére és a vizsgált szem látóképességének megállapítására ... Sz.      | 38    | 78. <b>Jeney Sándor:</b> A kéz gyors fertőtlenítése meta-kresolacetonalkohollal ...                      | 369   |
| 60. <b>Waldmann Iván:</b> Arsenobenzol szembetegségek ellen ... Sz.  | 51    | Szent Rókus-kórház.  |       |
| 61. <b>Waldmann Iván:</b> A szem anaphylaxiája ... Sz.   | 157   | 79. <b>Herczel Manó:</b> Ureter-kövek eltávolítása ureterolithotomiával ...                              | 307   |
| Budapesti egyetem orr- és gégegyógyászati klinikája.   |       | 80. <b>Tóth István:</b> A rákos méhnek kiterjedtebb kiirtásáról a hüvelyen át ... G.                     | 1     |
| 62. <b>Ónodi Adolf:</b> Az orr melléküregeinek bajai által okozott oculoorbitalis tünetek körjelzése és gyógykezelése ...                              | 619   | 81. <b>Tóth István:</b> A hasmetszéseinknél drainezés céljából végzett méhkiirtás technikájáról ... G.   | 98    |
| 63. <b>Safranek János:</b> Anosmia ritka esete ...   | 289   | 82. <b>Krepuska Géza:</b> Szokatlan szövödményekkel társult agytályog műtéttel gyógyult esete ...        | 199   |
| Kolozsvári egyetem ált. kórtani intézete.  |       | 83. <b>Mihákovics Elemér:</b> Négyszáz abortus tanulsága G.  | 175   |
| 64. <b>Löte József:</b> Adatok a veszettség ismeretéhez ...  | 255   | Szent István-kórház.   |       |
| Kolozsvári egyetem kórbonczolástani intézete.  |       | 84. <b>Donath Gyula:</b> Hypnoval, új altatószer ...   | 33    |
| 65. <b>Veszprémi Dezső:</b> A periarteriitis nodosáról 751, 776,   | 793   | 85. <b>Hainiss Géza:</b> A salvarsan használata chorea minor ellen ...                                   | 367   |
| Kolozsvári egyetem belklinikája.   |       | 86. <b>Hainiss Géza:</b> Az arsen-haematose „Paul“ ...   | 797   |
| 66. <b>Elfer Aladár:</b> A vér vizsgálatának eszközeiről és jelentőségéről ...   | 201   | 87. <b>Havas Adolf:</b> A syphilis kór- és gyógytanának mai állása ...                                   | 381   |
| 67. <b>Braunstein Gábor:</b> A fájlagos complementkötési eljárás értéke az emberi echinococcosisban ...  | 4     | 88. <b>Pólya Jenő:</b> A gyomorfekély műtétének jevalatairól ...   | 115   |
| Kolozsvári egyetem elmebeteg-klinikája.  |       | 89. <b>Pólya Jenő:</b> A szájnyálkahártya defectusainak pótlása a masseteren ülő nyaki bőrlebenynyel ... | 425   |
| 68. <b>Deák István:</b> Ascaris lumbricoides okozta pyromania ...  | 570   | 90. <b>Pólya Jenő:</b> Kolpopoësis egyszerű módja ...  | 461   |
| Kolozsvári egyetem nőbeteg-klinikája.  |       | 91. <b>Pólya Jenő:</b> Az epehólyag megbetegedései által szolgáltatott sürgős műtéti jevalatokról ...    | 511   |
| 69. <b>Vértes Oszkár:</b> Petefészkek-kiirtások közvetlen befolyása a havibajra, egyuttal adatok az ovulatio és menstruatio kérdéséhez ... G.          | 143   | 92. <b>Pólya Jenő:</b> Az idősült bélpangásról és hasonló kórképekről ...                                | 607   |
|  |       | 93. <b>Pólya Jenő:</b> Adalék a gyomormyomák ismeretéhez ...   | 683   |
|  |       | 94. <b>Pólya Jenő:</b> A gyomorbelösszeköttetés helyreállítása gyomorresectio után ...                   | 778   |
|  |       | 95. <b>Pólya Jenő:</b> Az exenteratio orbitae után támadó defectusok ellátásáról ... Sz.                 | 125   |
|  |       | 96. <b>Balás Dezső:</b> Néhány szó a fiatal korban előforduló végbélrákos megbetegedésekről ...          | 326   |
|  |       | 97. <b>Háhn Dezső:</b> A húgycső prostata-szakaszában előforduló kövek casuistikájához ...               | 670   |
|  |       | 98. <b>Keppich József:</b> Hüttl-féle varróműszerrel végzett pylorectomia ...                            | 642   |

|  | Oldal         |  | Oldal    |
|--|---------------|--|----------|
| 99. <b>Szabóky János:</b> A Russo-féle methylenkék-reactio diagnostikai és prognostika értékéről tüdőgümőkórban  | 102           | Irgalmasrend budapesti kórháza.  |          |
| Szent László-kórház.   |               | 125. <b>Schöller Károly:</b> Néhány megjegyzés a tannismutról  | 813      |
| 100. <b>Gerlóczy Zsigmond:</b> A skarlát gyógyítása dioradin 3. sz. praeparatummal, egy új radioactiv chemotherapeutikai szerrel   | 885, 904      | Pesti izr. hitközség kórháza.  |          |
| Szent János-kórház.  |               | 126. <b>Stiller Bertalan:</b> A gyomorfekély és a gümőkór  | 81       |
| 101. <b>Hudovernig Károly:</b> Autointoxicatiós heveny elme-zavar gyógyult esete   | 325           | Brassói állami szemkórház.   |          |
| 102. <b>Hudovernig Károly:</b> Hysteriform tünetek organikus idegbántalmak kezdeti szakában  | 919           | 127. <b>Fabritius Ágost:</b> A kórház 1910. évi működése Sz.   | 156      |
| 103. <b>Guszman József:</b> Néhány megjegyzés a salvarsan-kezelés értékéről és alkalmazásáról  | 402           | Budapesti ker. munkásbiztosító-pénztár.  |          |
| 104. <b>Guszman József:</b> A mellékhere korai syphilitis bántalmáról  | 789           | 128. <b>Fleischmann Mór:</b> A porczos orrsővény nyálkahártyájának tuberculomája                             | 658      |
| 105. <b>Polyák Lajos:</b> A papilloma multiplex laryngis gyógyítása radiumsugarakkal   | 828           | Charité-poliklinika.   |          |
| Székesfőváros bakteriologiai intézete.   |               | 129. <b>Sellei József:</b> A gonorrhoeás prostatitis és arthrititis vaccinás kezelése                        | 513      |
| 106. <b>Vas Bernát:</b> Az 1910. év folyamán Budapesten előfordult cholera-megbetegedések eseteiben végzett bakteriologiai vizsgálatok   | 527           | Krakói helyőrségi kórház.  |          |
| 107. <b>Ströszner Ödön:</b> Cholera vibriók a Duna vízében   | 70            | 130. <b>Rudas József:</b> A trachoma jodsavas kezeléséről Sz.  | 147      |
| Stefánia-gyermekkórház.  |               | London-hampsteadi Mount-Vernon Hospital.   |          |
| 108. <b>Bókay János:</b> Adatok a serum-betegség ismeretéhez   | 31            | 131. <b>Királyfi Géza:</b> Mackenzie szívpathológiája  | 384      |
| 109. <b>Bókay János:</b> Salvarsan sikeres alkalmazása chorea minor ellen  | 67            | Párisi Pasteur-intézet.  |          |
| 110. <b>Bókay János:</b> Az országos közegészségi tanács felterjesztése a belügyi kormányzathoz a magyarhoni poliomyelitis-esetek gyűjtése, illetőleg kötelező bejelentése tárgyában | 881           | 132. <b>Neuber Ede:</b> Befolyásolja-e a kéneső- és az arsenkezelés a szervezet opsoninos erejét             | 311      |
| 111. <b>Bókay János, Vermes Lajos és Bókay Zoltán:</b> A salvarsan gyógyhatása gyermekkorú luesnél   | K. m.         | Gyulai József-sanatorium.  |          |
| 112. <b>Flesch Ármin és Péteri Ignác:</b> A gyermekkorú heges nyelöcsőszűkületek radiológias körjelzése  | 68, 86, 106   | 133. <b>Gesztli József:</b> Mi történik a szervezetben termelt tuberculinnal                                 | 240      |
| 113. <b>Péteri Ignác:</b> A konyhasó-oldatok hatása az újszülöttek szervezetére  | 684           | Hódmezővásárhelyi közkórház.   |          |
| 114. <b>Bókay Zoltán:</b> A szív nagy verőereinek transzitiójáról  | 135           | 134. <b>Szabados Sándor:</b> Papilloretinitis oculi dextri et papillitis oculi sinistri gyorsan javult esete | 155      |
| 115. <b>Vas J.:</b> A veleszületett syphilitisben szenvedő gyermekek további fejlődési és egészségi viszonyairól   | 774, 791, 810 | Kolozsvári állami gyermekmenhely.  |          |
| 116. <b>Vermes Lajos:</b> Az episcleritis és scleritis kezeléséről   | 126           | 135. <b>Genersich Gusztáv:</b> Gonococcus-fertőzés csecsemőkorbéli és csuszkaló leánygyermeken               | 363, 388 |
| Fehér kereszt-gyermekkórház.   |               | Pécsi bábaképző-intézet.   |          |
| 117. <b>Berend Miklós és Tezner Ernő:</b> A vízeloszlás a csecsemő szervezetében heveny súlyingadozásoknál   | 343           | 136. <b>Weisz Ármin:</b> Inversio uteri esete  | 496      |
| 118. <b>Bakay Lajos:</b> Van-e Köhler-féle csontbetegség?  | 133           | Pécsvárosi közkórház.  |          |
| 119. <b>Bakay Lajos:</b> Az érvarratról és érátültetésről  | 703           | 137. <b>Kenessey Aladár:</b> A szemészeti osztály betegforgalma 1910-ben                                     | 140      |
| 120. <b>Boschán Frigyes:</b> Az Engel és Turnau által ajánlott vizelet-reactio mibenléte s értéke  | 355           | Sarajevoi helyőrségi kórház.   |          |
| 121. <b>Rusz Imre:</b> A csecsemővér refractiójának és viscositásának ingadozásai  | 351           | 138. <b>Rosenfeld Miksa:</b> A cornea és a conjunctiva leforrázása   | 154      |
| 122. <b>Tezner Ernő:</b> Mennyiben specifikus a Pirquet-féle reactio   | 349           | Szegedi állami szemkórház.   |          |
| Budapesti poliklinika.   |               | 139. <b>Leitner Vilmos:</b> A szegedi m. kir. állami szemkórház 1910. évi működése                           | 39       |
| 123. <b>Ilyés Géza:</b> A kétoldali vesefeltárásról vesegümőkórban   | 943           | * * *  |          |
| 124. <b>Frey Ernő:</b> Az enesol hatása a metalueses idegbetegségekre és a Wassermann-reactióra  | 547           | 140. <b>Arany S. Zsigmond:</b> A szénhidratok anyagcseréjének élet- és kórtana                               | 162      |
|  |               | 141. <b>Arany S. Zsigmond:</b> Adatok a fehérjék anyagcseréjének élet- és kórtanához                         | 187      |
|  |               | 142. <b>Auszterveil László:</b> Salvarsannal ambulanter gyógykezelt 77 betegről                              | 333      |
|  |               | 143. <b>Áldor Lajos:</b> Adatok a rectoromanoskopia technikájához és technikai értékéhez                     | 217, 242 |

|   | Oldal    |  | Oldal    |
|---|----------|--|----------|
| 144. <b>Baumgarten Egmont:</b> Orrműtétek által javult és gyógyult látás-zavarok ... Sz.  | 134      | 158. <b>Nagy Tivadar:</b> A pituitrinnek a szülészeti gyakorlatban való használhatóságáról ... G.  | 160      |
| 145. <b>Boross Ernő:</b> Haladás a kystoskopia terén ...  | 531      | 159. <b>Picker Rezső:</b> Ischias-fájdalom gyógyult esete ...  | 483      |
| 146. <b>Csillag Jakab:</b> A női fejhajzat „molyosságá”-ról ...   | 588      | 160. <b>Picker Rezső:</b> Idősült ondóhólyag-sepsis gyógyult esete ...   | 605      |
| 147. <b>Dalmady Zoltán:</b> A hydrotherapiás reakcióképesség mérése ...   | 161      | 161. <b>Porosz Mór:</b> A húgycső hyperaemiás kezelésének methodikája ...  | 553      |
| 148. <b>Doctor Károly:</b> A Mandelbaum-féle seroreactio typhus abdominalisban és módosítása ...  | 54       | 162. <b>Róna Dezső:</b> Dysmenorrhoea és appendicitis ...  | 755      |
| 149. <b>Faragó Ödön:</b> A vörheny ragályossága a kezdeti időszakban ...  | 221      | 163. <b>Sarbó Artur:</b> A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünettana és ennek diagnostikai jelentősége ...  | 651, 671 |
| 150. <b>Faragó Ödön:</b> Válasz Konrádi Dániel dr. egyetemi magántanárnak „A vörheny ragályossága a kezdeti időszakban” című közlésemre tett észrevételeire ... | 280      | 164. <b>Sugár K. Márton:</b> Az Ehrlich-féle szer befecskendezése után keletkezett hallóidegbántalom esete ...   | 84       |
| 151. <b>Fischer Aladár:</b> A felső állkapocs temporaer resectiójának új módja ...  | 944      | 165. <b>Török Ervin:</b> A dacryocystorhinostomiáról (Toti operatiója) ... Sz.   | 1        |
| 152. <b>Fischer Ignác:</b> Önálló kórforma-e a „moral insanity”? ...  | 482, 499 | 166. <b>Vándor Dezső:</b> A radium-inhalatio hatásáról néhány eset kapcsán ...   | 687      |
| 153. <b>Kallós József:</b> A salvansan-reactio okáról ...   | 741      | 167. <b>Veress Ferencz:</b> Változások a syphilis lefolyásában intensiv gyógyítás után. Pseudo-reinfectiókról és korai recidivákról ...                              | 807      |
| 154. <b>Konrádi Dániel:</b> Megjegyzések Faragó Ödön „A vörheny ragályossága a kezdeti időszakban” című közlésére ...   | 262      | 168. <b>Vladár Márton László:</b> Adatok a scarlatina occulta kórjelzéséhez és prophylaxisához ...   | 655      |
| 155. <b>Lenkei Vilmos Dani:</b> Az azonos hőmérsékű kádés Balaton-fürdő között mutatkozó különbségek és ezeknek okai ...  | 177, 204 | 169. <b>Weisz Ede:</b> A radium-therapia mai állása ...  | 290      |
| 156. <b>Lénárt Zoltán:</b> A chronikus mandulagyulladás és gyógykezelése ...  | 441      | 170. <b>Weisz Ferencz:</b> Az ureterkövek therapiájához ...  | 627      |
| 157. <b>Lobmayer Géza:</b> I. A körömalatti vérömleny új gyógyításmódja. II. A farkastorok varratának egyszerűsítése ...  | 56       | 171. <b>Widder Bertalan:</b> A végtagcsonttörések gyógyításmódjainak végeredményei a budapesti munkásbiztosítási választott bíróságnál tárgyalat pörök anyagából ... | 141      |
|   |          | 172. <b>Widder Bertalan:</b> Az I. nyakcsigolya törése ...   | 946      |

## TÁRCZA.

|   | Oldal     |   | Oldal                   |
|---|-----------|---|-------------------------|
| <b>Királyfi Géza:</b> Az angol orvosi viszonyokról ...  | 8, 23, 37 | <b>Pach Henrik:</b> Munkásbiztosítás és orvosképzés ...   | 515, 542                |
| <b>Fischer Ignác:</b> Az epilepsia ellen való védekezésre alakult nemzetközi liga működéséről, különös tekintettel a liga magyar bizottságának működésére ... | 89        | † <b>Báron Jónás</b> ...  | 609                     |
| <b>Bókay János:</b> † Escherich Tivadar ...   | 123       | <b>Hammer Dezső:</b> Az országos fertőtlenítő tanfolyamról ...  | 628                     |
| <b>Ónodí Adolf:</b> Giacomini és Lombroso ...   | 225       | <b>Donath Gyula:</b> Psychotherapiás irányzatok ...   | 643                     |
|   |           | <b>Widder Bertalan:</b> A hátságinczgörbülésben szenvedő szegénysorsú gyermekek kezelése az iskolákban ...                  | 659                     |
|   |           | <b>Sugár K. Márton:</b> Labyrinthus és nystagmus ...  | 692                     |
|   |           | <b>Friedrich Vilmos:</b> A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén ...                                | 760, 779, 798, 814, 833 |
|   |           | <b>Rigler Gusztáv:</b> A magyar orvosok véleménye és gyógyításmódja az 1831.-i (első) cholera alkalmával 868, 890, 909, 932 | 932                     |

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

|  | Oldal |  | Oldal |
|--|-------|--|-------|
| <b>Abderhalden:</b> Biochemisches Handlexikon ...                                  | 300   | <b>Deutsch:</b> Közlemények a gyermekvédelem és a gyermekhygiene köréből ...                                 | 10    |
| <b>Abderhalden:</b> Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden ...                 | 411   | <b>Dollinger:</b> A budapesti kir. m. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának évkönyve ...           | 166   |
| <b>Anton:</b> Psychiatrische Vorträge ...  | 816   | <b>Ehrlich és Hata:</b> A spirillumos betegségek vegyi úton való kísérletes gyógyítása ...                   | 247   |
| <b>Árkövy:</b> Indikationen zur stomatologischen Therapie ...                      | 800   | <b>Erdély:</b> A gyermekkor egészségügyi viszonyai Győrött ...   | 123   |
| <b>Babarczy-Schwartz:</b> Az elmebetegségi törvény tervezete ...                   | 57    | <b>Freud:</b> Zur Psychopathologie des Alltagslebens ...   | 535   |
| <b>Baumgarten:</b> Die durch Gonococcen verursachten Krankheiten des Mannes ...    | 595   | <b>Fühner:</b> Nachweis und Bestimmung von Giften auf biologischem Wege ...                                  | 912   |
| <b>Becker:</b> Therapie der Geisteskrankheiten ...                                 | 816   | <b>Grossich:</b> Meine Präparationsmethode des Operationsfeldes mittels Jodtinktur ...                       | 836   |
| <b>Biedl:</b> Innere Sekretion ... G.  | 83    | <b>Guttmann:</b> Medizinische Terminologie ...   | 314   |
| <b>Biró:</b> Katonai egészségtan ...   | 892   | <b>Haymann:</b> Selbstanzeigen der Geisteskranken ...  | 781   |
| <b>Bloch:</b> Der Ursprung der Syphilis ...  | 676   | <b>Hecht:</b> Die Faeces des Säuglings und des Kindes ...  | 450   |
| <b>Boas:</b> Die Wassermann'sche Reaktion ...                                      | 246   | <b>Hornyánszky:</b> A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratés ...  | 485   |
| <b>Bókay:</b> Vénygyűjtemény ...   | 208   | <b>Hufeland:</b> Aphorismen und Denkprüche ...   | 371   |
| <b>Bókay János, Fleisch Ármin és Bókay Zoltán:</b> A gyermekorvoslástan könyve ... | 934   | <b>Hutyra és Marek:</b> Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere ...                                  | 208   |
| <b>Brandweiner:</b> Die Hautkrankheiten des Kindesalters ...                       | 262   | <b>Joseph:</b> Lehrbuch der Haarkrankheiten ...  | 25    |
| <b>Brugsch-Schittenhelm:</b> Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden ...         | 660   | <b>Justus:</b> A bőrbetegségek gyógyítása ...  | 645   |
| <b>Bulloch and Fildes:</b> Haemophilia ...   | 335   |  |       |
| <b>Calot:</b> L'orthopédie indispensable ...                                       | 108   | <b>Kassowitz:</b> Praktische Kinderheilkunde ...   | 226   |
| <b>Croner:</b> Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken ...               | 555   | <b>Keller:</b> Säuglingsfürsorge in Ungarn ...   | 355   |
| <b>Csabay:</b> A kecskeméti közkórház építésének végleges programja ...            | 411   | <b>Kern:</b> Das Problem des Lebens in kritischer Beleuchtung ...  | 25    |
|  |       | <b>Kindborg:</b> Theorie und Praxis der inneren Medizin ...  | 282   |
|  |       | <b>Kolle und Hetsch:</b> Experimentelle Bakteriologie u. die Infektionskrankheiten ...                       | 763   |
|  |       | <b>Korányi:</b> Belorvostani előadások ...   | 571   |
|  |       | <b>Krause:</b> Kursus der normalen Histologie ...  | 694   |
|  |       | <b>Krause:</b> Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen ...                            | 949   |
|  |       | <b>Leduc:</b> Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées ...                               | 535   |
|  |       | <b>Liepmann:</b> Der gynäkologische Operationskursus an der Leiche ... G.                                    | 169   |
|  |       | <b>Magyar:</b> A m. kir. budapesti honvédelhelyőrségi kórház Röntgen-laboratoriuma ...                       | 517   |
|  |       | <b>Möllers:</b> Über den Typus der Tuberkelbazillen im Auswurf der Phthisiker ...                            | 432   |
|  |       | <b>Much:</b> Die Immunitätswissenschaft ...  | 555   |
|  |       | <b>Neisser-Jacobi:</b> Iconographia dermatologica ...  | 142   |
|  |       | <b>Neuburger:</b> Geschichte der Medizin ...   | 371   |
|  |       | <b>Ónodí:</b> Die Eröffnung der Schädelhöhle und Freilegung des Gehirns von den Nebenhöhlen der Nase aus ... | 855   |

|   | Oldal |
|---|-------|
| <b>Ónodi</b> : Die Nebenhöhle der Nase beim Kinde .....   | 872   |
| <b>Rodari</b> : Lehrbuch der Magen- u. Darmkrankheiten .....                                    | 610   |
| <b>Rohleder</b> : Die Zeugung beim Menschen .....   | 708   |
| <b>Rothe</b> : Untersuchungen über tuberkulöse Infektion im Kindesalter .....                   | 432   |
| <b>Rothschild</b> : Lehrbuch der Urologie und der Krankheiten der männlichen Sexualorgane ..... | 501   |
| <b>Römer</b> : Lehrbuch der Augenheilkunde .....  | 39    |
| <b>Scheuer</b> : Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen .....                           | 468   |
| <b>Scheuer</b> : Taschenbuch für die Behandlung der Hautkrankheiten .....                       | 836   |
| <b>Schmidt</b> : Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane .....               | 10    |

|  | Oldal |
|--|-------|
| <b>Scholtz</b> : Gyakorlati szemészet .....                                      | 744   |
| <b>Sobotta</b> : Az ember anatómiájának atlasza .....                            | 166   |
| <b>Spengler</b> : Tuberkulose- und Syphilisarbeiten .....                        | 630   |
| <b>Sticker</b> : Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre .....   | 391   |
| <b>Strunz</b> : Geschichte der Naturwissenschaften im Mittelalter .....          | 727   |
| <b>Tomasczewski</b> : Die Technik der Salvarsanbehandlung .....                  | 247   |
| <b>Urbantschitsch</b> : Lehrbuch der Ohrenheilkunde .....                        | 74    |
| <b>Veit</b> : Die Behandlung der Frauenkrankheiten .....                         | G. 79 |
| <b>Wechselmann</b> : Die Behandlung der Syphilis mit Dioxyamidoarsenbenzol ..... | 247   |

|  | Oldal |
|--|-------|
| <b>Wertheim</b> : Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri G. ..... | 80    |
| <b>Wingerath</b> : Kurzsichtigkeit und Schule .....                                      | 190   |
| <b>Wullstein-Wilms</b> : A sebészet tankönyve .....                                      | 855   |
| <b>Zuelzer</b> : Innere Medizin .....  | 92    |

A könyvismertetőket a szerkesztőségen kívül a következők írták: Berend Miklós, Deutsch Ernő, Dollinger Béla, Fekete Sándor, Fenyvessy Béla, Flesch Ármán, Gergő Imre, Goldberger Márk, Grósz Emil, Guszman József, Gyóry Tibor, Halász Aladár, Heim Pál, Heller Pál, Hoor Károly, Királyfi Géza, Kollarits Jenő, Magyary-Kossa Gyula, Moravcsik Ernő Emil, Okolicsányi-Kuthy Dezső, Pólya Jenő Sándor, Ráskai Dezső, Reinbold Béla, Rítóók Zsigmond, Sándor Samu, Singer Hugó, Sugár K. Márton, Szekeres Oszkár, Tangl Ferencz.

## Lapszemle.

|   |
|---|
| I. Általános kór- és gyógytan — összesen 14 közlés. |
| II. Gyógyszertan — összesen 6 közlés.               |
| III. Belorvostan — összesen 76 közlés.              |
| IV. Sebészet — összesen 66 közlés.                  |
| V. Szemészet — összesen 29 közlés.                  |
| VI. Szülészet és nőorvostan — összesen 30 közlés.   |
| VII. Elme- és idegkórtan — összesen 61 közlés.      |
| VIII. Gyermekeorvostan — összesen 58 közlés.        |
| IX. Bőrkórtan — összesen 16 közlés.                 |
| X. Venereás betegségek — összesen 32 közlés.        |

|  |
|--|
| XI. Húgyszervi betegségek — össz. 30 közlés.                         |
| XII. Orr-, torok- és gégebetegségek — összesen 23 közlés.            |
| XIII. Fülörvostan — összesen 5 közlés.                               |
| XIV. Orthopaedia — összesen 6 közlés.                                |
| XV. Fizikai és diétás gyógymódok — összesen 14 közlés.               |
| XVI. Röntgenologia — összesen 16 közlés.                             |
| XVII. Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra — összesen 155 közlés. |

E rovatokat a szerkesztőségen kívül a következők gyarapították: Ajtós Imre, Aufricht Ede, Berecz János, Bleier Géza, Bókay Zoltán, Brósz Sándor, Dollinger Béla, Drucker Viktor,

|  |
|--|
| Fekete Sándor, Flesch Ármán, Franko Sándor, Galambos Arnold, Gara Artúr, Gergő Imre, Goldberger Márk, Guszman József, Halász Aladár, Háhn Dezső, Heller Pál, Herzog Ferencz, Hruby Ede, Konek Sándor, Kende Béla, Koós Aurél, Kopits Jenő, Lenkei V. Dani, ifj. Liebermann Leó, Lichtenberger Béla, Makai Endre, Mihálikovics Elemér, Nisponzky Béla, Péteri Ignác, Pólya Jenő Sándor, Rados Endre, Rejtő Sándor, Rosenfeld Miksa, Safranek János, Scherer Sándor, Sidlauer Ödön, Szarvasy László, Udvarhelyi Károly, Ujj Sarolta, Vas J., Vermes Lajos, Vicas Gyula, Waldmann Iván, Weisz Hermin. |
|--|

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

|   | Oldal                                  |
|---|--|
| Magyar Tudományos Akadémia .....  | 212, 375, 767                          |
| Budapesti kir. orvosegyesület 14, 62, 96, 112, 128, 146, 171, 195, 231, 252, 319, 395, 416, 472, 489, 521, 539, 559, 614, 648, 664, 711, 785, 804, 820, 840, 858, 875, 896, 916, 938, ..... | 952                                    |
| Budapesti királyi orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya .....  | 376                                    |
| Budapesti királyi orvosegyesület gynaekológiai szakosztálya G. 53, G. 121, G. .....   | 190                                    |
| Budapesti királyi orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya .....   | 212, 233, 377, 523, 599, 749, 769, 787 |

|   | Oldal                        |
|---|------------------------------|
| Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya .....   | 269, 680, 730                |
| Budapesti orvosi kör .....  | 767                          |
| Közkórházi orvostársulat 15, 29, 63, 79, 113, 129, 148, 173, 213, 304, 379, 455, 506, 576, 615, 841, 859, 877, 898, ..... | 917                          |
| Magyar orvosi könyvkiadó társulat .....   | 268                          |
| Erdélyi Múzeum-Egylet 44, 64, 214, 286, 320, 418, 438, 634, 666, 821, 878, .....  | 940                          |
| Magyar balneológiai congressus .....  | 267, 287                     |
| Magyar sebésztársaság .....   | 436, 456, 492, 524, 541, 561 |
| Magyarország szemorvosai egyesületének VII. közgyűlése .....  | Sz. 63                       |

|   | Oldal                   |
|---|-------------------------|
| Nemzetközi orr- és gégegyógyászati congressus .....   | 711                     |
| Nemzetközi sebésztársaság .....   | 747                     |
| Német anatómiai társaság .....  | 340                     |
| Német nőorvosok egyesülete .....  | 476, 508, 543, 562, 578 |
| Német sebésztársaság .....  | 341, 360, 396, 437      |
| Német urológiai társulat .....  | 713                     |
| Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 16, 66, 80, 97, 114, 333, 253, 272, 288, 305, 322, 342, 280, 419, 458, 477, 509, 600, 617, 635, 650, 681, 715, 731, 749, 822, ..... | 842, 898, 954           |

## TÁRGYMUTATÓ.

|   | Oldal        |
|---|--------------|
| Abortion, missed .....                                    | G. 207       |
| Abortus és pituitrin .....                                | G. 220       |
| Abortus, lázas, bakteriológiája .....                     | G. 221       |
| Abortus, mesterséges .....                                | 611          |
| Abortus, négyszáz, tanulsága .....                        | G. 175       |
| Abortus, streptococcus okozta .....                       | G. 171       |
| Achylia gastrica és vérelváltozások .....                 | 677          |
| Acidosis, diabeteses, kezelése cukorinfúziókkal .....     | 568          |
| Acne necrotisans kezelése .....                           | 857          |
| Actinomycosis a gyomorban .....                           | 897          |
| Adalin .....  | 92, 393, 412 |
| Adrenalin használata fertőző betegségekben .....          | 40           |
| Adrenalin konyhasó-infúziók veszélyessége .....           | 58           |
| Agy-angioma kiirtása .....                                | 573          |
| Agygerinczvelő-folyadék pigmenterythrocytosisa .....      | 518          |
| Agygerinczvelő-folyadék polynucleosisa .....              | 518          |
| Agyvelődaganat- esetek, érdekesek .....                   | 406          |
| Agyvelő-félték részarányos kiterjedésű gliomatosisa ..... | 601          |
| Agyvelő-localisatio .....                                 | 209          |
| Agyvelősérüléssel szövődött koponyatörés .....            | 822          |
| Agyvelőtályog szokatlan szövödményekkel .....             | 199          |
| Agyvelőnek fürdő okozta vérkeringésváltozása .....        | 373          |

|   | Oldal     |
|---|-----------|
| Ajak-plastika .....                                       | 731       |
| Akadémia, magyar tudományos 212, 375, .....               | 767       |
| Albuminuria lordotica .....                               | 143       |
| Albuminuria orthotica és tuberculosis .....               | 681       |
| Alkohol és nemi bajok .....                               | 696       |
| Alkoholmérgezésben a pupillák viselkedése .....           | 556, 817  |
| Allosan .....   | 710, 874  |
| Aluminiumtok mint támasztógép .....                       | 492       |
| Alvást zavaró mozgás-tünetek .....                        | 314       |
| Aminosavak diuresis hatása .....                          | 744       |
| Anaemia, bacteriumtermékekkel előidézett .....            | 550       |
| Anaemia, léptumorról társult, elkülönítő körjelzése ..... | 214       |
| Anaemia gyógyítása .....                                  | 575       |
| Anaemia perniciosa gyógyítása .....                       | 432, 913  |
| Anaphilaxia igen súlyos tünetekkel .....                  | 76        |
| Anaphilaxia megállapítására cutan reactio .....           | 109       |
| Anatómiai társaság, német .....                           | 340       |
| Aneurysma aortae kezelése .....                           | 783       |
| Aneurysma arteriae pulmonalis .....                       | 79        |
| Aneurysma arteriovenosum popliteae .....                  | 174       |
| Aneurysma tüdőcavernában .....                            | 821       |
| Angina follicularis kezelése .....                        | 803       |
| Angina pectoris gyomorból eredése .....                   | 486       |
| Angioma a felső szemhéjon .....                           | Sz. 115   |
| Angioma cerebri kiirtása .....                            | 573       |
| Angol orvosi viszonyok .....                              | 8, 23, 37 |
| Aniridia congenitában szenvedő szemén hályogkivonás ..... | Sz. 108   |

|   | Oldal |
|---|-------|
| Anosmia ritka esete .....                             | 289   |
| Anthrax — I. Lépfene .....                            | 93    |
| Antimeningococcus-serum .....                         | 322   |
| Antimeristem .....                                    | 28    |
| Antiphlogistine .....                                 | 77    |
| Antipyrin-mérgezés .....                              | 599   |
| Antroskop-trocar .....                                | 11    |
| Anuria epekőműtét után .....                          | 479   |
| Aorta abdominalis emboliája .....                     | 432   |
| Aorta-aneurysma felismerése .....                     | 783   |
| Aorta-aneurysma kezelése .....                        | 143   |
| Aorta-lövés .....                                     | 950   |
| Aphasia, motoros, sebészi kezelése .....              | 801   |
| Aponal .....  | 877   |
| Appendix en masse reponált sérvtartalomban .....      | 897   |
| Appendix-gümőkór, elsődleges .....                    | 837   |
| Appendix gyulladásos diverticuluma .....              | 875   |
| Appendix Röntgen-ábrázolása .....                     | 801   |
| Appendektomia után visszamaradó kellemtlenségek ..... | 128   |
| Appendicitis actinomycotica .....                     | 755   |
| Appendicitis és dysmenorrhoea .....                   | 269   |
| Appendicitis, gümőkört utánzó .....                   | 282   |
| Appendicitis következtében epilepsziás görcsök .....  | 556   |
| Appendicitis összefüggése a táplálkozással .....      | 167   |
| Appendicitis tuberculosa .....                        | 40    |
| Arachnoidalis cysta műtett esete .....                | 952   |

|  | Oldal   |  | Oldal                              |   | Oldal                   |
|--|---|--|------------------------------------|---|-------------------------|
| Arcz-óriásnövény, féloldali                                | 878   | 559, 614, 648, 664, 711, 785, 804, 820, 840, 858, 875, 896, 916, 938,      | 952                                | Colon-resectio  | 62                      |
| Arczideg-hűdés, sérülésből eredő                           | 631   | Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya            | 376                                | Condom története  | 452                     |
| Arczidegszabák gyógyítása alkohol-be-fecskendezéssel       | 667, 689  | Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya G. 53. G. 121, G. | 190                                | Conjunctiva-bántalom, a Samoa-szigeten előforduló               | Sz. 56                  |
| Arsen hatása chlorosisban                                  | 645   | Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya         | 212, 233, 377, 523, 599, 749, 769, | Conjunctiva cylindroendotheliomája                              | Sz. 85                  |
| Arsenferatose  | 803   | 787  | 787                                | Conjunctiva leforrása   | Sz. 154                 |
| Arsen-haematose „Paul“                                     | 797   | Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya                       | 269, 680,                          | Conjunctiva multiplex papillomája                               | 286                     |
| Arsenkezelés és opsonin                                    | 311   | 767  | 767                                | Conjunctiva pathogen bakteriumainak megsemmisítése              | Sz. 117                 |
| Arsenocerebrin   | 613   | Budapesti orvosi kör   | 433                                | Conjunctiva-tuberculosis kezelése tuberculinnal                 | Sz. 146                 |
| Arteria vertebralis thrombosisa                            | 167   | Buhl-betegség  | 376                                | Conjunctivitis gonorrhoeica új kezelésmódja                     | 840, 917                |
| Arteriák merevsége a gyermekkorban                         | 168   | Bulbaris vérzés lueses alapon  | 174, 634                           | Conjunctivitis, idősült, gyógyítása resorcinnal                 | Sz. 59                  |
| Arteriosclerosis aetiologiája                              | 819   | Butenko-féle reactio   | 569                                | Cornea leforrása  | Sz. 154                 |
| Arteriosclerosis diactás kezelése                          | 662   | Cachexiások vérsavójának hatása a sublimat-véroldásra                      | 213                                | Cornea véres beivódásának felszivódása                          | Sz. 115                 |
| Arteriosclerosis korai felismerése                         | 697   | Carcinoma az alsó orrkagylón   | 128                                | Cretinismus aetiologiája  | 872                     |
| Arteriosclerosis, központi idegrendszerbeli, kezelése      | 913   | Carcinoma az orr melléküregeiben   | 108, 951                           | Cycloform   | 110, 193                |
| Arteriosclerosis iszlés-paraesthesia                       | 765   | Carcinoma gyógyítása   | 27                                 | Cyclorenal  | 894                     |
| Arthritis deformans gyógyítása                             | 678   | Carcinoma kezelése fulguratióval   | 80                                 | Cysta a felkaron csontátültetéssel gyógyítva                    | 171                     |
| Ascaris lumbricoides okozta pyromania                      | 570   | Carcinoma kezelése radiummal   | 727                                | Cysta, garatmögötti és szájpadi                                 | 378                     |
| Asphyxia kezelése oxygen bőr alá fecskendezésével          | 26  | Carcinoma kóroktanában a trauma szerepe                                    | 709                                | Cysta lymphatica, hashártyamögötti                              | 521                     |
| Asphyxia neonatorum ellen oxygen-be-légzés                 | 109   | Carcinoma linguae gyógyítása   | 599                                | Cysta ovarii  | 438                     |
| Associációs vizsgálatok elmebetegeken                      | 665   | Carcinoma miatt végzett teljes gégekiirtás                                 | 877                                | Cystoskopia terén haladás                                       | 531                     |
| Asthma bronchiale és székrekedés                           | 913   | Carcinoma miatt végzett vastagbél-resectio                                 | 11                                 | Császármetszés és hebostestomia                                 | G. 192                  |
| Asthma bronchiale gyógyítása 11, 12, 210                   | 839   | Carcinoma oesophagi felismerése  | 678, 839                           | Császármetszés, ismételt  | 560, G. 118             |
| Astaxia, heveny, gyorsan gyógyult                          | 305   | Carcinoma oesophagi kezelése   | 300                                | Csecsnyujtvány átvilágítása a külső hallójáratból               | 229                     |
| Atheromák kezelése   | 169, 284  | Carcinoma öröklése   | 11                                 | Csecsemő szervezetében a kámfor viselkedése                     | 26                      |
| Atophan  | 336, 575  | Carcinoma prostatae  | 93, 666                            | Csecsemőben a vizeleszlás heveny súlyingadozásoknál             | 343                     |
| Állkapocs, felső, temporaer resectiójának új módja         | 944   | Carcinoma recti, fiatalkori  | 326                                | Csecsemők, elhagyottak, magyar állami védelmének eredményei     | 384, 408, 429, 447, 466 |
| Bacillusgazdák elméleti és gyakorlati jelentősége          | 253   | Carcinoma Röntgen-fény okozta  | 300                                | Csecsemők, emlőn tápláltak, hiányos táplálása                   | 45                      |
| Bacteriumtermékekkel előidézett anaemia                    | 550   | Carcinoma-statisztika, bajor   | 395                                | Csecsemők konyhasólása  | 11                      |
| Balatonfürdő és kádfürdő hatása közötti különbség          | 177, 204  | Carcinoma-statisztikák eredményei  | 146                                | Csecsemők vizeletéből ecetsavval kicsapódó fehérjetest          | 413                     |
| Balkezesség  | 764   | Carcinoma tonsillae kiirtása   | 140                                | Csecsemőkori aetia összefüggése a női tej vastartalmával        | 26                      |
| Balneológiai congressus, magyar                            | 267, 287  | Carcinoma uteri kiterjedtebb kiirtása a hüvelyen át                        | 395, G. 140                        | Csecsemőkori béldaganatok                                       | K. m.                   |
| Basedow-kór és gyógyítása 77, 110, 337, 646,               | 857   | Carcinoma vaginae  | G. 125                             | Csecsemőkori bélelzáródás és Hirschsprung-betegség              | 646                     |
| Basedow-kór prognosisa                                     | 39  | Carcinoma ventriculi eseteiben a glycytryptophan-próba értéke              | 300                                | Csecsemőkori bromoderma   | 802                     |
| Basedow-kór és székrekedés                                 | 210   | Carcinoma ventriculi gyógyítása  | 373                                | Csecsemőkori cardiopasmus                                       | 315                     |
| Bábaképző, budapesti, 1910. évi forgalma                   | 122   | Carcinoma vesicae felleae  | 379, 660                           | Csecsemőkori duodenum-fekély                                    | 952                     |
| † Báron Jónás  | 669   | Carcinomás méh kiterjedtebb kiirtása a hüvelyen át                         | 395, G. 140                        | Csecsemőkori eczema kezelése                                    | 477                     |
| Bárszing ritka megbetegedése                               | 451   | Cardiospasmus, csecsemőkori  | 315                                | Csecsemőkori gonococcus-fertőzés                                | 363, 388                |
| Bárszing sebészete   | 935   | Carotislekötés hatása a retina érrendszere                                 | Sz. 175                            | Csecsemőkori hányás kezelése                                    | 170                     |
| Bárszingból eltávolított pénzdarabok                       | 113   | Cataracta-extractio aniridia congenitában szenvedő szemben                 | Sz. 108                            | Csecsemőkori papulusus tuberculid                               | 469                     |
| Bárszing-polypus, oesophagoskoppal körjelzett              | 507   | Cataracta keletkezésében a lencse-epithel szerepe                          | Sz. 59                             | Csecsemőkori táplálkozás-zavarokra a különféle cukrok hatása    | 264                     |
| Bárszingrák felismerése                                    | 11  | Cataracta-műtét, Smith-féle intracapsularis                                | Sz. 47                             | Csecsemőkori vese- és húgyút-megbetegedések                     | 41                      |
| Bárszingrák kezelése                                       | 678, 839  | Cataracta-műtétek a kolozsvári szemklinikán                                | 634                                | Csecsemőnyál vegyi kémhatása                                    | 856                     |
| Bárszingszűkületek, gyermekkoraiak, radiológiás körjelzése | 68, 86, 106   | Cataracta senilis és glaucoma együttes előfordulása                        | Sz. 20                             | Csecsemővér czukortartalmának meghatározása                     | 283                     |
| Belső secretiók antagonizmusa                              | 96  | Catgut-kérdés  | 124                                | Csecsemővér refractiójának és viscositásának ingadozásai        | 351                     |
| Belső secretiók termékek kölcsönhatása                     | 522   | Cementpaszta   | 633                                | Cseplestömölő-sérvek pathogenesisise                            | 399                     |
| Bernstein-féle emlékeztetvizsgáló-módszer                  | 376   | China-kivonat, Nanning-féle  | 745                                | Csipőizület spontan ficzamadása fertőző betegségek kapcsán      | 26                      |
| Bélcsatorna, levegővel töltött, Röntgenképe                | 265   | Chlorosis gyógyítása   | 505, 556, 645                      | Csipőizületi ficzam vértelen repositiójának ritka következménye | 12                      |
| Bélcsatorna szöveti fejlődése                              | 375   | Choana-fibroma   | 213                                | Csontátültetés  | 271                     |
| Béldaganatok, csecsemőkoriak                               | K. m.   | Choana-polypus   | 23, 600                            | Csontbetegség Köhler-féle                                       | 133                     |
| Bélelzáródás, chronikus, vékonybél-obliteratio alapján     | 878   | Cholecystitis  | 764                                | Csontszövetfejlődés, rendellenes                                | 491                     |
| Bélférges vándorlása                                       | 677   | Cholelithiasis kórtana és gyógyítása                                       | 151, 181, 477, 764                 | Csonttörések a felső végtagon                                   | 506                     |
| Bélhurut, idősült, gyógyítása                              | 710   | Cholera és a Duna vize   | 767                                | Csuklás megszüntetése   | 538                     |
| Bélöblítés protargollal                                    | 208   | Cholera, 1910. évi budapesti, bakteriologiai vizsgálata                    | 527                                | Czombcsont-myxoma kiirtása a végtag megtartásával               | 489                     |
| Bélpangás, idősült   | 607   | Cholera-ról régi magyar orvosok véleménye                                  | 868, 890, 909, 932                 | Czombnyaktörés operatív kezelése                                | 213                     |
| Bélrepedés, subcutan                                       | 65, 79  | Cholera-vibriók a cholera-reconvalescensek bélsarában                      | 108                                | Czomb-verező kórkörös varrata                                   | 472                     |
| Bélresectiók, hosszúk, prognosisa                          | 26, 695   | Cholera-vibriók a Duna vízében   | 70                                 | Czokorkiválasztás elmebetegekben                                | 709                     |
| Bélsárpangás gyógyítása colectomiával                      | 517   | Cholera infantum kezelése  | 64                                 | Czokorkiválasztás mechanizmusa                                  | 49                      |
| Bélszűkület, gyermekkorai                                  | 506   | Chorea degenerativa  | 67, 77, 367, 856                   | Dacryocystorhinostomia  | Sz. 1                   |
| Bismuth-paszta   | 631   | Chorea gyógyítása  | 917, Sz. 145                       | Decompressio, suboccipitalis                                    | 876                     |
| Blenorrhoea — I. Gonorrhoea.                               | 503   | Chorioidea leukosarcoma  | 175                                | Delirium és trauma összefüggése                                 | 596                     |
| Börtön-psychoisok  | 641   | Chorioideal is conglomerattuberculum szövettana                            | Sz. 56                             | Dementia praecox és tuberculosis összefüggése                   | 469                     |
| Bőráttületes helyen képződött rosszindulatú daganat        | 271   | Chorioiditis disseminatával szövődött keratitis parenchymatosa             | 952                                | Dengue-láz keretében elmezavarok                                | 412                     |
| Bőrdaganatok, jóindulatúak, kezelése                       | 144   | Chorionepithelioma fejlődése rendes szülés után                            | 272                                | Dermoid, orrgyöki   | 749                     |
| Bőrkórtanban a túlérzékenység                              | 678   | Cirrhosis hepatis gyógyítása   | 64                                 | Diabetes insipidus ritka esete                                  | 940                     |
| Bőrszarv, multiplex juvenilis                              | 822   | Collargolis kezelés a hadsebészet szempontjából                            | 858                                | Diabetes mellitus aetiologiájához és gyógyításához adatok       | 615                     |
| Brassói szemkórház 1910. évi működése                      | Sz. 156   | Colon-rák  |                                    |   |                         |
| Bromfersan   | 193   |  |                                    |   |                         |
| Bromoderma a csecsemőkori                                  | 802   |  |                                    |   |                         |
| Bromural   | 250, 284  |  |                                    |   |                         |
| Bronchitis gyógyítása                                      | 12  |  |                                    |   |                         |
| Bronchitis putrida gyógyítása                              | 715   |  |                                    |   |                         |
| Budapesti kir. orvosegyesület                              | 14, 62, 96, 112, 128, 146, 171, 195, 231, 252, 319, 395, 416, 472, 489, 521, 539, |  |                                    |   |                         |



|   | Oldal         |  | Oldal              |   | Oldal                      |
|---|---------------|--|--------------------|---|----------------------------|
| Diabetes mellitus és sebészeti beavatkozás                      | 97            | Epilepsia elleni nemzetközi liga   | 89                 | Gége érző idegrostjainak lefutása   | 767                        |
| Diabetes mellitus gyógyítása 27, 97, 373, 486,                  | 727           | Epilepsia és balkezűség  | 817                | Gégegümökórosak dysphagiájának operatív kezelése                                      | 818                        |
| Diabetes mellitusban a mellekvesék működése                     | 935           | Epilepsia gyógyítása   | 558, 613, 950      | Gégegyógyászatban a jothion használata  | 697                        |
| Diabetes mellitusban natrium bicarbonicum intravenás használata | 898           | Epilepsia összefüggése a halánték-agyvelőkarély daganatával                | 817                | Gégehűdés és kezdődő tabes  | 476                        |
| Diabetes mellitusban pankreas-elváltozások                      | 64            | Epilepsiás euthymia és euthymopraxia                                       | 664, 850           | Gégehűdés nyúltvelő-megbetegedés két esetében és a Semon-féle törvény                 | 495                        |
| Diabetes mellitusban szénhidrat-kurák                           | 314, 950      | Epilepsiás görcsök appendicitis következtében                              | 556                | Gégekiirtás rák miatt   | 599                        |
| Diabetes mellitusban zabliszt-kúra                              | 573           | Epileptoid rohamok neuro- és psychopathákon                                | 536                | Gégelupus   | 378                        |
| Diabeteses acidosis kezelése cukorinfúziókkal                   | 568           | Episcleritis sebészeti kezelése  | Sz. 126            | Gégepapilloma kezelése radiummal  | 821, 828                   |
| Diabeteseserin  | 97            | Erb-féle plexus-bénulás  | 64                 | Gégepolypus   | 233                        |
| Diagnostikai apróságok  | 459           | Erdélyi Múzeum-Egylet 44, 64, 214, 286, 320, 418, 438, 634, 666, 821, 878, | 940                | Gége sokszoros osteomái   | 27                         |
| Digipuratum   | 284, 453, 818 | Erysipelas gyógyítása  | 470                | Gége tuberculosos kezelése  | 59                         |
| Digistrophan  | 633           | Erysipelas láz nélkül  | 727                | Giacomini és Lombroso   | 225                        |
| Digitalis, gelatinás  | 458           | Erythema indurativum   | 288                | Gigantismus, infantilismus és acromegalia tünetei ugyanazon egyénen                   | 315                        |
| Digitalis hatása friss billentyűbajokra                         | 356           | Erythema, Röntgen-fény okozta  | 519                | Glaucoma és cataracta senilis együttes előfordulása                                   | Sz. 20                     |
| Digitalis kombinálása ergotinnal                                | 432           | Erythrodermia desquamativa   | 62, 301            | Glaucoma és Dyes-féle érvágás   | Sz. 176                    |
| Digitalis Winckel   | 208           | † Escherich Tivadar  | 123                | Glaucoma, sympathicus-bénulás mellett fejlődött                                       | Sz. 165                    |
| Digityl   | 894           | Eubilein   | 208                | Globulin-reactio idegbajokban   | 745                        |
| Dioradin  | 904           | Eunatrol   | 470                | Glycyltryptophan-próba  | 300                        |
| Diphtheria gyógyítása   | 28, 143, 452  | Eurespiran   | 839                | Glykokoll mint diureticum   | 818                        |
| Diphtheria retour-esetei  | 452           | Eusemin  | 97                 | Glykosuria és phlegmone   | 801                        |
| Diplosal  | 663           | Eustenin   | 538                | Goldschmidt féle irrigációs urethroskop   | 59                         |
| Dispositio  | 845, 865      | Euthymia és euthymopraxia, epilepsiás                                      | 850                | Golyva, bolyhos   | 540                        |
| Diuretin  | 519           | Éhség és étvágy  | 193                | Golyva, endemiás, aetiologiája  | 872                        |
| Dobhártya, mesterséges  | 265           | Érbajok, idegesek  | 433                | Golyva kezelése Röntgen-fénnyel   | 916                        |
| Dobhártyavizsgáló eszköz, új                                    | 320           | Érszaporodás a központi idegrendszerben                                    | 664                | Gonococcus-fertőzés a csecsemőkori és csuszáló leánygyermeken                         | 363, 388                   |
| Dohányzás   | 111           | Étrend gyógyintézetekben és fürdőhelyeken                                  | 316                | Gonorrhoea gyógyítása 228, 338, 357, 392, 453, 710,                                   | 874                        |
| Duodenum fekély, csecsemőkori                                   | 952           | Érvarrat és érátültetés  | 703                | Gonorrhoeás conjunctivitis új kezelésmódja  | 841, 917                   |
| Duodenum-fekély és hernia bursae omentalis                      | 232           | Étvágy és éhség  | 193                | Gonorrhoeás eredetű általános fertőzés  | 302                        |
| Duodenum-fekély gyógyítása                                      | 75            | Étvágy szerepe a gyomorműködésben  | 191                | Gonorrhoeás eredetű spondylitis ankylo-tisans   | 805                        |
| Duodenum Röntgen-ábrázolása                                     | 875           | Étvágytalanság, tüdővészesekeké  | 11                 | Gonorrhoeás ízületgyulladás gyógyítása  | 613                        |
| Dysmenorrhoea   | 58            | Facialis-bénulás, sérülésből eredő   | 631                | Gonorrhoeás mellékheregyulladás gyógyítása  | 783                        |
| Dysmenorrhoea és appendicitis                                   | 755           | Farkastorok varratának egyszerűsítése                                      | 56                 | Gonorrhoeás prostatitis és arthritis vaccinas kezelése                                | 513                        |
| Dystrophia musculorum progressiva                               | 379, 631      | Farkastorokkal szövődött egyoldali nyúlajak kezelése                       | 167                | Gonorrhoeás septicaemia kezelése  | 393                        |
| Echinococcus hepatis és gyógyítása 634, 825, 853,               | 897           | Favus  | 822                | Gőz-sugárral gyógyítás  | 358                        |
| Echinococcus, hasüri multiplex                                  | 804           | Fehérje-bomlástermékekkel való táplálás                                    | 535                | Guajakose   | 393                        |
| Echinococcus, ritka elhelyeződésű                               | 473           | Fehérje-tej  | 130                | Gümöbacillus - I. Tuberculosis-bacillus.  | Gümőkór - I. Tuberculosis. |
| Echinococcusban a fajlagos complement-kötési eljárás értéke     | 4             | Fehérje-vizelés - I. Albuminuria.  | 187                | Gynatresia  | 820                        |
| Eklampsia és kezelése 40, 93, 168, G. 86, G.                    | 224           | Fehérjék anyagcseréjének élet- és kórtana                                  | G. 187             | Gyengeelméjűség tünetei   | 451                        |
| Ekzema, csecsemőkori, kezelése                                  | 477           | Fejlődési rendellenesség laparotomia útján operált esete                   | G. 187             | Gyermekági betegségeknek kezelése intravenosus sublimat-injectiókkal                  | 938, G. 89                 |
| Ekzema, nedvező, kezelése                                       | 873           | Felkartörés extensiók kezelése 232, 474,                                   | 917                | Gyermekági thrombosis és embolia G.   | 225                        |
| Elektrargol   | 631, 745      | Fermocyl   | 97                 | Gyermekhűdés, cerebialis  | 612                        |
| Elektrocardiogramm klinikai értéke 99,                          | 118           | Fertőtlenítő-tanfolyam   | 628                | Gyomor-actinomycosis  | 897                        |
| Elektrophysiologia  | 470           | Fertőző betegségek kapcsán a csipőizület spontan ficzomodása               | 26                 | Gyomor-bélösszeköttetés helyreállítása gyomorresectio után                            | 778                        |
| Elephantiasis vulvae  | 232           | Fertőző betegségekben adrenalin használata                                 | 40                 | Gyomor-béltractus occult vérzéseinek kimutatása                                       | 263                        |
| Elmebajok és homosexualitas                                     | 873           | Fetisismus   | 216                | Gyomor-bajokban a natrium bicarbonicum használata                                     | 575                        |
| Elmebajok, indukáltak   | 487           | Fémeszközök sterilizése  | 874                | Gyomor callosus fekélyének műtéve   | 576                        |
| Elmebajokban a szénsavas fürdők használhatósága                 | 503           | Fény a kozmetika szolgálatában   | 950                | Gyomor helyzete és alakja Röntgen-vizsgálatok alapján                                 | 614                        |
| Elmebajosok élet- és betegségértelme                            | 856           | Fibrin a szemészetben  | Sz. 8              | Gyomor, homokóra-alakú, perforatioja  | 80                         |
| Elmebetegek cukorkiválasztása                                   | 709           | Fibrolysin   | 317, 488, 857, 894 | Gyomorfekély, callosus, kezelése pylorus-kirekesztéssel                               | 14                         |
| Elmebetegeken associációs vizsgálatok                           | 665           | Fibroma choanae  | 213                | Gyomorfekély és gümőkór   | 81                         |
| Elmezavar, autointoxicatiós heveny                              | 325           | Fibroma durum multiplex petrificans  | 129                | Gyomorfekély kezelése 42, 124, 391, 468, 486, 535, 565, 592, 611,                     | 647                        |
| Elmezavarok dengue-láz keretében                                | 412           | Fibroma ventriculi   | 877                | Gyomorfekélyátfuródás Röntgen-diagnosisa  | 126                        |
| Embarin   | 936           | Fibromyoma   | 320                | Gyomorfekély műtétének javalatai  | 115                        |
| Emésztőcsatorna Röntgen-vizsgálata                              | 250           | Fibromyoma uteri gyógyítása laparotomia útján                              | 858                | Gyomorfibroma   | 877                        |
| Emphysema pulmonis gyógyítása                                   | 517           | Filmaron   | 265                | Gyomor functionalis vizsgálata  | 6, 21, 35                  |
| Emphysema subcutaneum laparotomiák után                         | 739, 756      | Fodortömlő, gyermekkori  | F40                | Gyomorkizisekre a helyi érzéstelenítés hatása   | 913                        |
| Empyema kezelése  | 13, 286       | Foerster-műtét   | 44, 731            | Gyomorlövés   | 16                         |
| Endobronchialis spray-készülék, hajlítható                      | 319           | Fogtechnikusok ügye  | 60                 | Gyormegterhelési vizsgálatok  | 110                        |
| Enesol hatása a metalues idegbajokra és a Wassermann-reactióra  | 547           | Fogtechnikusok szabályozása  | 745                | Gyormorműködés és étvágy  | 191                        |
| Engel-Turnau-féle vizelet-reactio                               | 355           | Formicin   | 284                | Gyormorműködés gyermekekben   | 392                        |
| Enuresis gyógyítása   | 678           | Főzélekek emésztése  | 227                | Gyormomyoma   | 683                        |
| Eosinophil-sejtek számlálása Dunger módszer szerint             | 223           | Furunculások kezelése  | 679                | Gyomoröblítés protargollal  | 208                        |
| Epefistula gyógyítása   | 648           | Fül gyökeres műtéve  | 193, 284           | Gyomor physiologiájának és pathologiájának néhány kérdése Röntgen-vizsgálatok alapján | 733                        |
| Epehólyagbajok sürgős műteti javalatai                          | 511           | Fül, középső, átvilágítására új módszer                                    | 635                | Gyomorrák eseteiben a glycyltryptophan-próba-értéke                                   | 300                        |
| Epehólyag-ectasia okozta ileus                                  | 337           | Füledésű leptomeningitis   | 94                 |   |                            |
| Epehólyag-rák   | 379, 660      | Fülkagyló syphillises primaer affectiói                                    | 316                |   |                            |
| Epekőműtét után anuria  | 11            | Fürdő, forró bemártó   | 632                |   |                            |
| Epekőrohamokban szenvedők táplálása                             | 108           | Fürdő, szénsavas, a vérkeringés zavarai                                    | 284                |   |                            |
| Eptractus és gyomorbéltractus anastomosisa                      | 227           | Galandféreg elhajtása  | 265                |   |                            |
| Epeutak fertőzöttségének kezelése                               | 356           | Garatmögötti cysta, embryonalis  | 378                |   |                            |
| Epeutak hydropsa  | 709           | Garatmögötti tályog, gégegörcsű társult                                    | 113                |   |                            |
| Epeutak sebészete   | 252           | Gastritis phlegmonosa  | 842                |   |                            |
| Epés exsudatummal járó peritonitis az epeutak átfuródása nélkül | 40            | Gastroenterostomia után jejunum-fekély                                     | 950                |   |                            |
| Epididymitis gonorrhoeica gyógyítása                            | 783           | Gerinczvelő érző pályái  | 645                |   |                            |
|   |               | Gerinczvelő-műtétek elvei  | 432                |   |                            |
|   |               | Gégedaganat, ritka nagyságú  | 233                |   |                            |
|   |               | Gége-epithelioma kezelése  | 27                 |   |                            |

|  | Oldal        |   | Oldal              |   | Oldal        |
|--|--------------|---|--------------------|---|--------------|
| Gyomorrák eseteiben mononucleosis                                      | 872          | Húgycsőtükrözés értéke  | 893                | Kéneső-injectio rosszul türe a bénult oldalon   | 745          |
| Gyomorrák gyógyítása   | 373          | Húgyhólyagban idegen test   | 72                 | Kéneső-kezelés és opsonin   | 311          |
| Gyomorrák miatt végzett gastrectomia késői eredményei                  | 16           | Húgyhólyagból idegen test eltávolítása                              | 286                | Kézfertőtlenítés  | 356, 369     |
| Gyomorresectio, longitudinalis   | 304          | Húgyhólyag-gümőkör kezelése   | 168                | Kisagyvelő-hídszöglet daganata  | 301          |
| Gyomorresectio, segmentar  | 113          | Húgyhólyag-hüvelyfistula műtéve                                     | 142                | Koeliotomia   | 40           |
| Gyomorresectio után arterio-mesenterialis ileus                        | 455          | Húgyhólyag-kő, szövődményes   | 508                | Kolpopoësis egyszerű módja  | 461          |
| Gyomor secretiók zavarainak felismerése és kezelése                    | 247          | Húgyhólyagmetszés, magas  | 818                | Konyhasóláz, csecsemőké   | 11           |
| Gyomor sósavtartalmának és a gyomor-fal tonusának összefüggése         | 12           | Húgyhólyagresectio, nagy kiterjedésű                                | 474                | Konyhasó-oldatok hatása az újszülöttre  | 684          |
| Gyomor sósavtartalmának kimutatása gyomorszonda nélkül                 | 96           | Húgyhólyag-sarcoma  | 66                 | Koponya nasalis feltárása   | 523          |
| Gyomor-syphilis  | 16           | Húgyhólyag syphilise  | 597, 680           | Koponyahiány pótlása tibialemezzel  | 842          |
| Gyomortartalom összes mennyiségének meghatározása                      | 872          | Húgyivarszervek korcsképződése                                      | 413                | Koponyatörések  | 64, 321      |
| Gyomorzavarok befolyása a fehérje-anyagcserére                         | 806          | Hüttl-féle varróműszer  | 642                | Köhler-féle csontbetegség   | 133          |
| Gyógyszertanban újabb nézőpontok                                       | 147          | Hüvelyfalba benőtt pessarium  | 577                | Köhögés és tüdőgümőkör összefüggése   | 596          |
| Gyulladás és méhszók   | 123          | Hüvelykészítés  | 805                | Könyvevezető készülék bántalmi és gyógyításuk   | Sz. 55       |
| Haematocele peritubaris  | 616          | Hüvelyrák és operálása  | G. 125, G. 200     | Könyorrvezeték stenosisának gyógyítása  | Sz. 129      |
| Haemoglobinuria paroxysmalis aetiologiája                              | 427          | Hydrocephalus kezelése systemás lumbal-punctióval                   | 953                | Könyvtömlő-genyedés operálása módosított Toti-féle műtétrel   | Sz. 109      |
| Haemophilia gyógyítása   | 27, 108, 647 | Hydrotherapia, német és francia, összehasonlítása                   | 453                | Könyvtömlő pótlása vérrel   | Sz. 56       |
| Haemorrhoidák kezelése   | 765          | Hydrotherapiás reakcióképesség mérése                               | 161                | Könyökficzamadás, oldalsó   | 131          |
| Halál után hallható hang   | 75           | Hyperaciditas kezelése  | 229, 468, 663      | Könyökmirigyek jelentősége a gyermekkorban  | 452          |
| Hallóidegbántalom salvarsan után                                       | 84           | Hypnosis therapiái és törvényszéki jelentősége                      | 264                | Köpet fehérjetartalma   | 143, 342     |
| Hasfal előkészítése nőgyógyászati laparotomiákhoz                      | G. 8         | Hypnosis-tünetek  | 475                | Köpet vizsgálata gümöbacillusokra   | 11           |
| Hashártyagyulladás — I. Peritonitis.                                   | 321          | Hypnoval  | 33                 | Köröm alatti vérömleny új gyógyításmódja  | 56           |
| Hasizom, egyenes, szakadása  | 456          | Hypophysis cerebri sebészete  | 126, 144, 228, 782 | Köröm, benőtt, új műtévmódja  | 438          |
| Haslövés okozta többszörös bélsérülés                                  | 456          | Hysteria traumatica   | 191                | Köszvény elkülönítése csúztól   | 950          |
| Hasmetszéseknél drainezés céljából végzett méhkiirtás                  | G. 98        | Hysteria virilis  | 475                | Köszvény gyógyítása   | 336, 575     |
| Has-palpatio elősegítése   | 419          | Hysteriform tünetek organikus idegbántalmak kezdeti szakában        | 919                | Köszvény lényege  | 282          |
| Hasüri sérülés, nyílt áthatoló   | 321          | Icterus, emotiós  | 695                | Kötőhártya — I. Conjunctiva.  | 917          |
| Hasüri tuberculosis  | 270          | Idegés szív- és érbajok   | 433                | Közkórházi orvostársulat 15, 29, 63, 79, 113, 129, 148, 173, 213, 304, 379, 455, 506, 576, 615, 841, 859, 877, 898, | 917          |
| Hályog — I. Cataracta.   | 915          | Ikerterhesség, hármás   | 309                | Kraniometriai vizsgálatok   | 634, 635     |
| Hányás, gyermekkori  | 915          | Ikrek közös amnionban   | G. 207             | Kteino-capsulák   | 338          |
| Hátgerincgörbülésben szenvedő szegény gyermekek kezelése az iskolákban | 659          | Ileus, arterio-mesenterialis, gyomorresectio után                   | 455                | Kürtterhesség, 1 1/2 évig viselt  | 917          |
| Hebosteotomia és császármetszés  | G. 192       | Ileus, peritonitises, kezelése                                      | 192                | Labyrinthus és nystagmus  | 692          |
| Hectin   | 93           | Ileust okozó daganat  | 269                | Laminctomia   | 269          |
| Hedonal intravenás használata  | 830          | Impetigo utáni heveny veselő a gyermekkorban                        | 838                | Laryngitis submucosa acuta hypoglottica   | 377          |
| Helminthiasisban a vérvizsgálat jelentősége                            | 695          | Influenza meningitis  | 301                | abscedens typhosa   | 377          |
| Hemiplegia tünettanának gazdagodása                                    | 872          | Influenza története   | 454                | Lábszárfekély gyógyítása  | 453, 745     |
| Hermaphroditismus  | 195          | Inversio uteri  | 496, G. 58         | Lágyfekély kezelése   | 358, 575     |
| Hernia abdominalis multiplex incarcerata                               | 195          | Ionisatio a húgyszeri betegségek terapiájában                       | 125                | Látásgyengesség, egyoldali, szinlelésének leleplezésére új módszer  | Sz. 38       |
| Hernia bursae omentalis és duodenumfekély                              | 232          | Iridectomia, periferiás   | Sz. 169            | Látás-zavar orrbaj következtében  | 769          |
| Hernia, cseplesztömlőbeli, pathogenesis                                | 399          | Irishiányban, veleszületettben, szenvedő szemén hólyagkivonás       | Sz. 108            | Látás-zavarok gyógyulása orrműtétek után  | Sz. 134      |
| Hernia diaphragmatica spuria   | 666          | Iris luetica kezelése salvarsannal                                  | Sz. 113            | Látóidegsorvadás, tabeses   | 248          |
| Hernia-kizáródás miatt végzett bélresectio                             | 506          | Ischiadicus-resectio sarcoma miatt                                  | 14                 | Láz, nem valódi, a gyermekkorban  | 727          |
| Hernia, kizáródott, visszahelyezésének veszélyei                       | 816          | Ischias-fájdalom gyógyult esete                                     | 483                | Lázellenes szerek használata suppositorium alakjában  | 12           |
| Hernia-umbilicalis belső bélelzáródással                               | 730          | Ischias gyógyítása  | 951                | Leede-féle jel  | 391          |
| Herpes zoster salvarsan-injectio nyomán                                | 59           | Ischias pathologiája és terapiája                                   | 433, 557, 728      | Lepra gyógyulása  | 228          |
| Hexamecol  | 519, 613     | Iszásokok elbocsátása az intézetből                                 | 801                | Leukaemia kezelése  | 371          |
| Highmor-empyema, invertált fog által okozott                           | 128          | Izomcysticercus   | 521                | Leukaemia myeloideában szenvedők vasanyagcseréje  | 26           |
| Hirschsprung-betegség és bélelzáródás                                  | 646          | Izületátültetés, heterolog  | 42                 | Leukosarcoma chorioideae  | 917, Sz. 145 |
| Homloküreg, gyermekkori  | 787          | Izületgyulladás, gastrointestinalis eredetű                         | 126                | Levegőembolia kezelése  | 92           |
| Homokóragyomor, perforált  | 80           | Izületgyulladás, gonorrhoeás, gyógyítása                            | 613                | Leysin  | 650          |
| Homokóragyomrot előidézett gyomorfekély kimetszése                     | 128          | Izületgyulladás, gümőkörös, gyógyítása                              | 613                | Légút-betegségek diatás kezelése  | 434          |
| Homosexualitás és elmebajok  | 873          | Izületgyulladás, idősült, kezelése                                  | 729                | Légutak rosszindulatú daganatainak kezelése radiummal   | 453          |
| Hordeinum sulfuricum   | 110          | Izületi csúsz gyógyítása  | 414, 660, 679      | Lélegzésre való hatása néhány anyagnak  | 64, 215      |
| Hormonal   | 488, 616     | Izületi csúzhoz társult ritka szívsvövdmény                         | 648                | Lépfene   | 65           |
| Hormonok   | 168          | Járóképeség helyreállása 17 év óta fennálló gyermekbénulás esetében | 637                | Lépfene-sepsis gyógyulása   | 617          |
| Hőmérsék-ingadozások a gyermekkorban                                   | 782          | Jod veszélyessége   | 95                 | Léptumorrall társult anaemiák elkülönítő kórjelzése   | 214          |
| Hörgő — I. Bronchus.   | 373          | Jodfoltok eltüntetése   | 210                | Limonen   | 715          |
| Húgyban a gümöbacillus kimutatása                                      | 680          | Jodival   | 284, 318, 663      | Lipánin   | 372          |
| Húgybeszűrődés   | 680          | Jothion   | 697                | Lombroso és Giacomini   | 225          |
| Húgyelkülönítés, intravesicalis  | 209          | Kalapácsujj gyógykezelése   | 126                | Lordosis albuminuria  | 143          |
| Húgy-tarthatatlanság   | 680          | Kancsalság kezelése műtét nélkül                                    | Sz. 168            | Lószőr mint varratanyag   | 114          |
| Húgycsőbeli massage és aspiratio                                       | 783          | Kancsalság terapiájának kedvezőtlen eredményei                      | Sz. 165            | Lupus gyógyítása  | 372, 765     |
| Húgycsődefectus pótlása a féregnyulvánnyal                             | 893          | Kankó — I. Gonorrhoea.  | 263                | Lupus laryngis  | 378          |
| Húgycsődiverticulum  | 680          | Karell-gyógymód   | 935                | Lupus tonsillae   | 787          |
| Húgycsőfájdalom gyógyult urethritis után                               | 557          | Katonia javulása strumectomia után                                  | 26                 | Lupuscarcinomás talajon fejlődött sarcoma   | 302          |
| Húgycső hyperaemiás kezelésének methodikája                            | 553          | Kámfor viselkedése a csecsemő szervezetében                         | 26                 | Mackenzie szívpathologiája  | 384          |
| Húgycső-láz  | 612          | Kámfor-aether okozta fekély   | 28                 | Malaria diagnosa  | 710          |
| Húgycső prostata-szakaszában kő  | 670          | Keloidok, ritkák  | 174                | Mandelbaum-féle seroreactio   | 54           |
| Húgycső-repedés  | 578, 680     | Keratitís parenchymatosa szövődése chorioiditis disseminatával      | Sz. 56             | Mandola — I. Tonsilla.  | 372          |
| Húgycsőstrictura, traumás, gyors recidívája                            | 27           | Keratoconjunctivis eczematosa                                       | Sz. 170            | Mastisol  | 412          |
| Húgycsőszűkületek  | 338          | Keratoconus pathologiája  | Sz. 31             | Mastix-kötés  | 164          |
| Húgycsőszűkület gyökeres műtéve  | 470          | Keratoma palmare et plantare hereditarium átöröklési viszonyai      | 696                | Mágnés-műtétek  | Sz. 596      |
|  |              |   |                    | Máj cavernosus daganatának kiirtása   | 272, 803     |
|  |              |   |                    | Máj-cirrhosis gyógyítása  | 803          |

|   |                     |          |
|---|---------------------|----------|
| Máj-echinococcus és gyógyítása  | 634, 825, 853,      | 897      |
| Máj lőtt sérülése   |                     | 143      |
| Májszakadás   |                     | 821      |
| Májtályog, gyermekkori  |                     | 131      |
| Mediastinum-daganat Röntgen-kezelése  |                     | 616      |
| Mediastinum, elülső, feltárása  |                     | 124      |
| Megacolon congenitum  |                     | 804      |
| Mellékhere korai syphilitis bántalma  |                     | 789      |
| Mellhártyagyulladás — I. Pleuritis.   |                     |          |
| Mellkas lőtt sérülése   |                     | 270      |
| Mellkas, merev, operatív mobilizálása                                       |                     | 58       |
| Mellüregbe hatoló sérülések kezelése  |                     | 502      |
| Meningitis cerebrospondialis poliomyelitis tüneteivel                       |                     | 893      |
| Meningitis gyógyítása   |                     | 110, 710 |
| Meningitis, influenzás  |                     | 301      |
| Meningitis nélkül lefolyt septicaemia meningococcica                        |                     | 58       |
| Meningitis parasymphilitica   |                     | 817      |
| Meningitis tuberculósában a liquor cerebrospondialis mikroszkopi vizsgálata |                     | 842      |
| Meningomyelitis syphilitica, atypusos                                       | 1,                  | 19       |
| Mesenterium-csavarodás által előidézett bélelhálás laparotomia után         | G. 116              |          |
| Metritis chronica miatt teljes méhkürtés                                    | G. 195              |          |
| Méhénkülvül terhesség   | G. 194              |          |
| Méhfüggelék-bajok, gyuladósok   | G. 173              |          |
| Méh, hátrahajlott terhés, incarcerationa                                    | 29                  |          |
| Méh-inversio  | 496, G. 58, G. 219  |          |
| Méhlepényleválás, korai   | G. 221              |          |
| Méhlepény-retentio kezelése   | G. 222              |          |
| Méhnyoma és operálása   | G. 127, G. 202      |          |
| Méhnyak polyposus sarcomája   |                     | 287      |
| Méh, rákos, kiterjedtebb kiirtása a hüvelyen át                             | 395, G. 1, G. 140   |          |
| Méhrepedés operatív kezelése  |                     | 559      |
| Méhvérzés újabb kezelésmódjai   |                     | 125      |
| Momburg-féle vérzéscsillapítás a szülészetben                               | 489, G. 20          |          |
| Mongol-folt lényege   |                     | 283      |
| Moral insanity önálló kórforma-e?   | 482,                | 499      |
| Morphin-csoport hatása a légzésre   |                     | 215      |
| Morphiumról leszoktatás   |                     | 598      |
| Much-féle granulák  | 902,                | 928      |
| Mucocele fronto-ethmoidalis   |                     | 377      |
| Mucocele orbitalis endonasalis terapiája                                    | Sz. 163             |          |
| Munkásbiztosítás és orvosképzés   | 515,                | 532      |
| Munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén               | 779, 798, 814,      | 833      |
| Müller-féle inhártyakimetszés   | Sz. 75              |          |
| Műtét területének fertőtlenítése  |                     | 356      |
| Myoma és terhesség  | G. 216              |          |
| Myoma uteri   | G. 127, G. 202      |          |
| Myoma ventriculi  |                     | 683      |
| Myrmalyd  |                     | 783      |
| Myxoma a zombcsontban és kiirtása a végtag megtartásával                    |                     | 489      |
| Nanning-féle extractum chinae   |                     | 745      |
| Naphtalin-mérgezés  |                     | 950      |
| Nátha gyógyítása  |                     | 951      |
| Nemi bajok és alkohol   |                     | 696      |
| Nemi szervek, külsők, rendellenessége                                       |                     | 287      |
| Nephrectomia — I. Vesekiirtás.  |                     |          |
| Neuro- és psychopathák epileptoid rohamai                                   |                     | 536      |
| Neutrolon   |                     | 935      |
| Novocain  |                     | 60       |
| Novocain-suprarenin-oldat sterilizése                                       |                     | 282      |
| Nőgyógyászati Röntgen-therapia  | 196, 235, 537,      | 596      |
| Női hajzat molyossága   |                     | 588      |
| Nőorvosok egyesülete, német   | 476, 508, 543, 562, | 578      |
| Nucleinsav mint tonicum   |                     | 598      |
| Nystagmus és labyrinthus  |                     | 692      |
| Nyak, ferde, gyógyítása   |                     | 126      |
| Nyakcsigolya, első, törése  |                     | 946      |
| Nyakmetszés   |                     | 214      |
| Nyakmirigyek gümőkórjának kozmetikai műtete                                 |                     | 645      |
| Nyálkó  |                     | 787      |
| Nyelv-rák gyógyítása  |                     | 709      |
| Nyirokcsomók regenerációja  |                     | 660      |
| Nyirokkeringés, borbéli, klinikai vizsgálása                                |                     | 641      |
| Obstipatio és asthma bronchiale   |                     | 913      |
| Obstipatio chronica paraffin-kezelése                                       |                     | 57       |

|  |                 |               |
|--|-----------------|---------------|
| Oertel-gyógymód  |                 | 263           |
| Oesophagus — I. Bárszing.  |                 |               |
| Ondóhólyag járatrendszere  |                 | 896           |
| Ondóhólyag-sepsis, idősült, gyógyult esete                         |                 | 605           |
| Ondózsínór-csavarodás operált esete                                |                 | 875           |
| Opiummal szemben érzékenysége a gyermekkorban                      |                 | 936           |
| Orbáncz — I. Erysipelás.   |                 |               |
| Orrbeli műtétek utáni tamponálás                                   |                 | 599           |
| Orr- és gégegyógyászati congressus, nemzetközi                     |                 | 711           |
| Orr és melléküregeinek viszonya a könyvelevezető szervekhez        | Sz. 72          |               |
| Orrgyök-dermoid  |                 | 749           |
| Orrkagyló, alsó, rákja   |                 | 213           |
| Orrkagyló-resectio után kiesési tünet az orrban                    |                 | 858           |
| Orr-könycsatorna megnyitása a középső orrjárat előterében          | Sz. 111         |               |
| Orrmegbetegedés következtében látászavar                           |                 | 769           |
| Orr-melléküreg rákja miatt végzett gyökeres műtét                  |                 | 128           |
| Orr-melléküregei a gyermekkorban                                   |                 | 212           |
| Orr-melléküregbajok befolyása a látóidegre                         | Sz. 172         |               |
| Orr-melléküregeinek bajai által okozott oculo-orbitalis tünetek    |                 | 619           |
| Orr-melléküreggyulladásának kezelése                               |                 | 358           |
| Orr-melléküreggyulladás syphilitis                                 |                 | 393           |
| Orrműtét után gyógyult látászavar                                  |                 | 319           |
| Orrműtétek, gyökerek, javalatai                                    |                 | 192           |
| Orrműtétek látászavarok ellen                                      | Sz. 134         |               |
| Orrnyálkahártya érzéstelenítése                                    |                 | 229           |
| Orrplastika  |                 | 615, 680, 730 |
| Orrsövény fejlődési rendellenessége                                |                 | 634           |
| Orrsövény-tuberculoma  |                 | 658           |
| Országos orvos-szövetség congressusa                               |                 | 77            |
| Orvosegyesület, budapesti kir. — I. Budapesti kir. orvosegyesület. |                 |               |
| Orvostársulat, közkórházi — I. Közkórházi orvostársulat.           |                 |               |
| Orvosi könyvkiadó-társulat   |                 | 268           |
| Orvosi kör, budapesti  |                 | 767           |
| Orvosi titoktartás   |                 | 937           |
| Orvosi viszonyok Angliában   | 8, 23,          | 37            |
| Os lunatum-ficcamodás, izolált kétoldali                           |                 | 475           |
| Osteoma multiplex laryngis   |                 | 27            |
| Osteomalacia gyógyítása  |                 | 918           |
| Osteopsathyrosis idiopathica                                       |                 | 597           |
| Osteosclerosis   |                 | 11            |
| Ovaradentri-ferrin   |                 | 679           |
| Ovarium-cysta  |                 | 438           |
| Ovarium-daganat és terhesség                                       | G. 133          |               |
| Ovarium-kiirtás befolyása a havibajra                              | G. 143          |               |
| Ovarium-terhesség  |                 | 648           |
| Oxygen bőr alá fecskendezése                                       |                 | 26            |
| Oxygenbelégzés újszülöttek asphyxiája ellen                        |                 | 109           |
| Oxygenfürdő  |                 | 94            |
| Oxygenszegény levegő therapiás alkalmazása                         |                 | 412           |
| Ozaena aetiologiája és pathologiája                                |                 | 358           |
| Ozaena gyógyítása  |                 | 265           |
| Pankreas-cysták  |                 | 861, 887      |
| Pankreas-készítmények hatása az adrenalin-glykosuriára             |                 | 227           |
| Pankreas nagyfokú lipomatosisa                                     |                 | 64            |
| Pankreatitis parotitis epidemica kapcsán                           |                 | 646           |
| Pantopon   | 12, 598,        | 874           |
| Papilla, pangásos, genesis   | Sz. 57          |               |
| Papilla, pangásos, és trepanatio                                   | Sz. 57, Sz. 165 |               |
| Papilloma conjunctivae multiplex                                   |                 | 286           |
| Papilloma laryngis kezelése radiummal                              | 821,            | 828           |
| Papilloretinitis gyors javulása                                    | Sz. 155         |               |
| Paralysis bulbi apoplectica keresztezett hemianaesthesiával        |                 | 841           |
| Paralysis, görög nőké  |                 | 433           |
| Paralysis progressiva keretében paranoiás tünetcsoport             |                 | 611           |
| Paralysis progressiva prognosisa és therapiája                     | 322, 414, 487,  |               |
| Paralysis puerilis   |                 | 195           |
| Paralysisben Butenko-reactio értéke                                |                 | 174           |
| Paralysisben a kisagyvelőbeli neurofibrillumok elváltozása         |                 | 611           |
| Paralytikusok, fiatalkoriak, agyvelejének fejlődés-zavarai         |                 | 451           |

|   |           |          |
|---|-----------|----------|
| Paranoiás tünetek gyermekeken                                 |           | 664      |
| Parametriumban idegen test                                    | G. 201    |          |
| Parotitis epidemica kapcsán pankreatitis                      |           | 646      |
| Patella-ficcam, öröklött, veleszületett                       |           | 695      |
| Patella-törés ambulans conservativ kezelése                   |           | 232      |
| Pellagrás gyermekek   |           | 635      |
| Pemphigus vegetans  |           | 304      |
| Periarteritis nodosa  | 751, 776, | 793      |
| Pericarditis exsudativa tuberculosa                           |           | 614      |
| Perisigmoiditis chronica                                      |           | 855      |
| Peristaltica-hormon   |           | 168      |
| Peritonitis diffusa kezelése                                  |           | 76       |
| Peritonitis postoperativ prophylaxisa                         |           | 301      |
| Peritonitises ileus kezelése                                  |           | 192      |
| Peritonsillitis   |           | 873      |
| Pertussis gyógyítása  | 229, 765, | 818      |
| Pertussis kórokozója  |           | 818      |
| Pessarium benövése a hüvelyfalba                              |           | 577      |
| Pestis-conferentia  |           | 359      |
| Petefészek — I. Ovarium.                                      |           |          |
| Pécsvárosi közkórház szemészeti osztályának működése 1910-ben | Sz. 140   |          |
| Phlegmone és glykosuria                                       |           | 801      |
| Phosphaturia  |           | 696      |
| Pick-féle pseudocirrhosis pericardiaca pathogenesis           |           | 621      |
| Pirquet-reactio mennyiben specifikus                          |           | 349      |
| Pirquet-technika módosítása                                   |           | 195      |
| Pituitrin 559, 918. G. 105, G. 160, G. 220, G. 223            |           |          |
| Placenta accreta  | G. 56     |          |
| Placenta praevia centralis                                    | G. 207    |          |
| Placenta praevia totalis gyógyítása császármetéssel           |           | 559      |
| Pleuritis, kétoldali genyes                                   |           | 301      |
| Pleuritis sicca kezelése                                      |           | 801      |
| Pneumonia gyógyítása  | 745,      | 822      |
| Poliomyelitis-esetek gyűjtése és kötelező bejelentése         |           | 881      |
| Poliomyelitis, meningealis typusú                             |           | 953      |
| Polypus choanae   | 233,      | 600      |
| Polypus laryngis  |           | 233      |
| Polypus oesophagi   |           | 507      |
| Ponto-cerebellaris bántalom                                   |           | 953      |
| Portarendszerbeli pangás kezelése a végtagok lekötésével      |           | 771      |
| Pott-kór korai felismerése                                    |           | 42       |
| Presbyophrenia  |           | 893      |
| Priapismus  |           | 838      |
| Prostata-carcinoma  |           | 666      |
| Prostata-cysta  |           | 63       |
| Prostata-cytotoxinnal kísérletek                              |           | 721      |
| Prostata körüli aponeurosisok                                 |           | 802      |
| Prostata-rák  |           | 93       |
| Prostata-túltengés kezelése a herék röntgenezésével           |           | 838      |
| Prostata-túltengés műtéti kezelése                            |           | 42       |
| Prostatectomia  |           | 896      |
| Prostatectomia késői eredményei                               |           | 856      |
| Prostatitis kezelése  |           | 679      |
| Prostituáltak vizsgálatában a Wassermann-reactio értéke       |           | 646      |
| Prostitutio New-Yorkban                                       |           | 209      |
| Protargol   |           | 208      |
| Pruritus gyógyítása   |           | 729      |
| Pruritus vulvae gyógyítása                                    |           | 710      |
| Psoriasis és ásvány-anyagcsere                                |           | 709      |
| Psychogalvános reflex-tünetmenny                              |           | 711      |
| Psychosis testvéreken   |           | 574      |
| Psychotherapiás irányzatok                                    |           | 643      |
| Pupillák viselkedése alkoholmérgezésben                       |           | 556      |
| Purpura kezelése  |           | 647      |
| Purpura haemorrhagica gyógyítása                              |           | 598      |
| Pylorus-stenosis  |           | 357      |
| Pyocyanase  |           | 575      |
| Pyosalpinx, emberfönyi, kétoldali                             |           | 952      |
| Pyromania, ascaris lumbricoides okozta                        |           | 570      |
| Rachischisis operált esete                                    |           | 44       |
| Rachitis kezelése   |           | 266      |
| Radiopan  |           | 434      |
| Radiumemanatiós ivókúra és sclerodermia                       |           | 369      |
| Radiumemanatiós kúrák   | 806,      | 899      |
| Radium-inhalatio  |           | 687      |
| Radium-therapia mai állása                                    |           | 290      |
| Radiummal gyógyított gégepapillomák                           | 821,      | 828      |
| Rák — I. Carcinoma.   |           |          |
| Recessus frontalis  |           | 378      |
| Rectoromanoskopia   |           | 217, 242 |

|  | Oldal    |  | Oldal    |   | Oldal    |
|--|----------|--|----------|---|----------|
| Reflexek, felső végtagokéi, megváltozása   | 677      | Süketség, salvarsan-befecskendezés után    | 539      | thalmus miatt támadt szaruhártya-             | 67       |
| Respirációs vizsgálatok                    | 717      | Sycosis parasitaria                        | 577      | megbetegedésnél — — — — — Sz.                 | 67       |
| Retina érbetegségeinek összefüggése az     |          | Syphilis a bőrön és a nyálkahártyákon      | 898      | Szemüreg-exenteratio az orr melléküre-        | 490      |
| agy ereivel — — — — — Sz.                  | 58       | Syphilis a mellékherében — — — — —         | 789      | geinek kitakarításával — — — — —              | 490      |
| Retina és carotislekötés — — — — — Sz.     | 175      | Syphilis az orrmelléküregekben — — — — —   | 393      | Szemüreg-exenteratio után támadó defec-       | 125      |
| Retina-leválás műtéti kezelése — — Sz.     | 172      | Syphilis, általános, háziynulakon — — —    | 109      | tusok ellátása — — — — — Sz.                  | 125      |
| Retinitis exsudativa syphilitica — — —     | 490      | Syphilis congenitában szemfenék-lelet —    | 487      | Szemüregét harántul érő lősérülések           | 173      |
| Retinitis proliferans kétoldali — — —      | 917      | Syphilis congenitában szenvedő gyerme-     | 810      | hatása — — — — — Sz.                          | 173      |
| Retrorectalis daganat mint szülési aka-    |          | kek további fejlődése — 774, 791,          | 810      | Szédülés, állandó — — — — —                   | 337, 893 |
| dály — — — — — G.                          | 213      | Syphilis, embryokori — — — — —             | 649      | Székrekedés — I. Obstipatio.                  |          |
| Rhinoscleroma és rhinolaryngoscleroma      | 212      | Syphilis, extragenitalis — — — — —         | 304      | Szénaláz műtéti kezelése — — — — —            | 110, 783 |
| Rindfleisch-műtét — — — — —                | 173, 282 | Syphilis folyamán észlelhető immunitás     | 469      | Szénhidrátok anyagcseréjének élet- és         | 162      |
| Rostacsont endonasalis megnyitása — —      | 894      | Syphilis gyógyítása 93, 228, 249, 284,     |          | körtana — — — — —                             | 162      |
| Rostasejtek átvilágítására új módszer —    | 635      | 574, 936. — L. Salvarsan alatt is.         |          | Szénsavas fürdők a vérkeringés zava-          | 284      |
| Röntgen-carcinoma — — — — —                | 519      | Syphilis kísérletes tanulmányozása 283,    | 357      | raiban — — — — —                              |          |
| Röntgen-dermatitis, halálos — — — — —      | 646      | Syphilis kór- és gyógytanának mai állása   | 913      | Szívárványhártya — I. Iris.                   |          |
| Röntgen-fény mennyiségi meghatározása G.   | 216      | 148, 381,                                  |          | Színpróbák — — — — — Sz.                      | 87       |
| Röntgen-fény okozta bőrértágulás — —       | 820      | Syphilis befolyásában változások intenzív  | 807      | Szívhajók, idegesek — — — — —                 | 433      |
| Röntgen-fény nylt kezelt golyva — — —      | 916      | gyógyítás után — — — — —                   | 632      | Szívhajók orvoslása — — — — —                 | 598      |
| Röntgen-sugarak hatása daganatokra — —     | 60       | Syphilis maligna — — — — —                 | 918      | Szívburóklob — I. Pericarditis.               |          |
| Röntgen-sugarak hatása fiatal sejtekre —   | 77       | Syphilis oculi — — — — —                   |          | Szív-collapsus kezelése — — — — —             | 679      |
| Röntgen-therapia a nőgyógyászatban 196,    |          | Syphilis serum-diagnosisa 536, 646, K. m.  |          | Szívgyengeség kezelése — — — — —              | 358      |
| 235, 537,                                  | 596      | Syphilis serodiagnosisa újabb módo-        | 305      | Szívmassage — — — — —                         | 143      |
| Russo-féle próba — — — — —                 | 102      | Syphilis terápia, modern, és idegrendszer- | 887      | Szív nagy verőereinek transpositiója —        | 135      |
| Sabromin — — — — —                         | 77, 145  | bajok — — — — —                            | 16       | Szívpathologia, Mackenzie-féle — — —          | 384      |
| Sacralis segmentum, második, bántalma-     |          | Syphilis ventriculi — — — — —              | 680      | Szív pillanatos Röntgen-képe — — — —          | 96       |
| zottságának tünetana és ennek dia-         |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 597, 680 | Szívelés — — — — —                            | 749      |
| gnostikai jelentősége — — — — —            | 651, 671 | Syphilisben pseudoprimaer affectiók —      | 504      | Szöllőcukorral táplálás subcutan és           |          |
| Salicyl veseizgató hatásának elkerülése    | 451      | Syphilis alapon bulbaris vérzés — — —      | 376      | intravenás úton — — — — —                     | 167      |
| Salvarsan 12, 15, 17, 41, 76, 258, 271,    |          | Syphilis atypus meningomyelitis 1,         | 19       | Szövetek mesterséges tenyésztése — — —        | 505      |
| 286, 315, 333, 372, 376, 402, 413,         |          | Syphilis fekély, daganatot utánzó, a       | 233      | Szűnyogcsipés megelőzése és kezelése 434,     | 598      |
| 434, 490, 518, 539, 612, 617, 661,         |          | kemény szájpádon — — — — —                 | 258      | Szülés és lelki zavar — — — — —               | 233      |
| 729, 782, Sz. 51, Sz. 113, Sz.             | 141      | Syphilis heveny vesegyulladás gyógyi-      | 113      | Szülés utáni vérzés kezelése — — — —          | 143      |
| Salvarsan chorea minor ellen — — — —       | 367      | tása salvarsannal — — — — —                | 597      | Szülések, szűk medenczések — — — —            | 149      |
| Salvarsan gyógyhatása a gyermekkori        |          | Syphilis iritis kezelése salvarsannal Sz.  | 316      | Szülészetben Momburg-féle vérzészilla-        |          |
| luesben — — — — — K. m.                    | 741      | Syphilis láz — — — — —                     | 192      | pítás — — — — — 489. G.                       | 20       |
| Salvarsan-reactio oka — — — — —            | 503      | Syphilis primaer affectiók a fülkagylón    | 765      | Szülészeti szövödmények, ritkák — G.          | 54       |
| Salvarsan után látóidegbántalom — — —      | 84       | Syphilis recidivák, késői másodlagosak     | 216      | Tabes kezdődése gégehűdéssel — — — —          | 476      |
| Santonin-mérgezés — — — — —                | 144      | Syphilis superinfectio — — — — —           | 216      | Tabes kéneső-kezelése — — — — —               | 66       |
| Santyl — — — — —                           | 857      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tabes csont- és ízületváltozások — — —        | 167      |
| Sarcoma a czombon — — — — —                | 419, 438 | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tabeses gyomorkrízis operatív kezelése        | 731      |
| Sarcoma kóroktanában a trauma szerepe      | 727      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tabeses látóidegsorvadás — — — — —            | 248      |
| Sarcoma lupuscarcinomás talajon — — —      | 302      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tabulae antiscleroticae — — — — —             | 169      |
| Sarcoma polyposum cervicis uteri — — —     | 287      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Taetoválás — — — — — 283,                     | 666      |
| Sarcoma vesicae urinae — — — — —           | 66       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tamponálás endonasalis beavatkozás            |          |
| Sarcomát utánzó gyuladással daganat —      | 715      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | után — — — — —                                | 599      |
| Sarton — — — — —                           | 97       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tannismut — — — — —                           | 813      |
| Scarlatina — I. Vörheny.                   |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tarabogan — — — — —                           | 170      |
| Schede-féle thoracoplastika — — — — —      | 286      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tatabányai typhus-járvány — — — — —           | 273, 294 |
| Schiötz-féle tonometer — — — — — Sz.       | 89       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Táplálás fehérje-bomlástermékekkel —          | 535      |
| Scleritis sebészeti kezelése — — — — — Sz. | 126      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Társadalom védelme a büntetettek ellen        |          |
| Sclerodermia és gyógyítása — 369, 509,     | 576      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | 421, 445, 463                                 | 873      |
| Scleroma Röntgen-gyógyítása — — — — —      | 210      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tej (női) konzerválása perhydrolal — — —      | 26       |
| Sclerosis tuberosa — — — — —               | 231, 433 | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tej vastartalma és ennek összefüggése a       | 378      |
| Scrotum-plastika — — — — —                 | 129      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | csecsemők anaemiájával — — — — —              | 894      |
| Sebészttársaság, magyar 436, 456, 492,     |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tengeri betegség és vestibularis készülék     | 649      |
| 524, 541,                                  | 561      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tengeri betegség gyógyítása — — — — —         | 663, 818 |
| Sebészttársaság, nemzetközi — — — — —      | 747      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Teratoid fardaganat, veleszületett, mű-       | 286      |
| Sebészttársaság, német — 341, 360, 396,    | 437      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | tevése — — — — —                              | 677      |
| Sebklinika, budapesti II. számú, beteg-    |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhesek tüdővészének sanatoriumi ke-         | 133      |
| forgalma 1910-ben — — — — — K. m.          | 697      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | zelése — — — — —                              | 217      |
| Sebsarjadzás elősegítése — — — — —         | 320      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhesség és tuberculosus 699, 723. G. 87, G. | 680      |
| Secretio, belső — — — — —                  | 29       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhesség és vese kiirtás — — — — —           | 680      |
| Sepsis kezelése intravenosus sublimat-     | 31       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhesség meghatározására serologiai          |          |
| injeccióval — — — — —                      | 29       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | eljárás — — — — — G.                          | 40       |
| Sérv — I. Hernia.                          |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhességben ritka kiindulású sepsis — —      | 559      |
| Sinus sphaenoidalisból eltávolított löveg  | 112      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhességben a vérnyomás és szív munka        |          |
| Situs inversus viscerum — — — — —          | 614      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | G. 219  | 600      |
| Smith-féle intracapsularis hályogműtét     |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Terhességi tetania gyógyítása — — — — —       | 837      |
| Sz. 47                                     |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tetania saját szerű esete — — — — —           | 917      |
| Sóretentio hatása a vesebajosok vér-       |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tetania, terhességi, gyógyítása — — — —       | 837      |
| keringésére — — — — —                      | 96       | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tetaniás gyermekek gerinczveleje — — —        | 838      |
| Spasmus nutans, kísérletes — — — — —       | 413      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tetanus gyógyítása — — — — —                  | 662      |
| Spondylitis ankylosans régi gonorrhoea     |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tetanus-méreg terjedése az idegek útján       | 455      |
| kapcsán — — — — —                          | 805      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Térdízületi merevség gyógyítása — — —         | 59       |
| Spondylitis tuberculosa gyógyítása lamin-  |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Térdkalács — I. Patella.                      |          |
| ectomiával — — — — —                       | 269      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Thallium élettani hatása — — — — —            | 109      |
| Sternum-hiány — — — — — G.                 | 191      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Thioestrin — — — — —                          | 729      |
| Stomatitis necrotisans — — — — —           | 233      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Thiosinamin — — — — —                         | 419      |
| Strabismus — I. Kancsalság.                |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Thoracoplastika, Schede-féle — — — —          | 286      |
| Streptococcus-abortusok és kezelésük G.    | 171      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Thyreochrom — — — — —                         | 373      |
| Streptococcusok megkülömböztetése —        | 337      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tiodin — — — — —                              | 913      |
| Stridor inspiratorius congenitus aetiolo-  |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tonometer, Schiötz-féle — — — — — Sz.         | 89       |
| giája — — — — —                            | 469      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tonsillagyulladás és veselob — — — — —        | 208      |
| Struma, bolyhos — — — — —                  | 540      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tonsilla-lupus — — — — —                      | 787      |
| Strumectomia után javult katatonia — —     | 935      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      | Tonsilla-rák kiirtása — — — — —               | 146, 302 |
| Sublimat-injecció, intravenás, befolyása a |          | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      |   |          |
| szervezet védőanyagaira — — — — —          | 922      | Syphilis vesicae urinae — — — — —          | 216      |   |          |

|   | Oldal |  | Oldal |   | Oldal |
|---|-------|--|-------|---|-------|
| Tonsillectomia  | 413   | Tuberculosis meningitisben a cerebrospinalis folyadék mikroszkopi vizsgálata | 842   | Vesefeltárás, kétoldali, vesegümőkórban                             | 943   |
| Tonsillitis, chronikus, és gyógykezelése  | 441   | Tuberculosis pericarditis exsudativa   | 614   | Vesefurunculus alapján fejlődött paranephritisés tályog             | 859   |
| Tonsillitis összefüggése belső bajokkal   | 380   | Tuberculosis spondylitis gyógyítása laminectomiával                          | 269   | Vesegümőkór és kezelése 168, 661. G.                                | 130   |
| Toroköblögetés  | 338   | Tussis consulsiva — I. Pertussis.  | 265   | Vesegyulladás és tonsillitis  | 208   |
| Toti-műtét és módosítása Sz. 1, Sz.   | 109   | Tüdő-echinococcus  | 631   | Vesegyulladás, fiatalkori, prognosisa                               | 487   |
| Törpeség különböző alakjai  | 248   | Tüdőgyulladás, hurutos, kezelése   | 769   | Vesegyulladás, syphilises heveny, gyógyítása salvarsannal           | 258   |
| Tracheotomia-statisztika  | 536   | Tüdőkő   | 172   | Vesekiirtás 171, 680,   | 730   |
| Trachoma aetiologiája Sz. 55. Sz.   | 57    | Tüdősequester, kiköhögött  | 172   | Vesekiirtás és terhesség  | 680   |
| Trachoma jodsavas kezelése Sz.  | 147   | Tüdőtágulat — I. Emphysema.  | 892   | Vesekörüli hályog   | 859   |
| Transfusio, direct  | 108   | Tüdővész az öregkorban   | 102   | Vesekő  | 876   |
| Transplantatiók részére kötés   | 97    | Tüdővészben a Russo-próba diagnostikai és prognostikai értéke                | 211   | Vesekő-műtét  | 731   |
| Trauma és delirium összefüggése   | 596   | Tüdővész elleni védekezés országos szervezése                                | 596   | Vesemedence-tágulás   | 472   |
| Trauma szerepe a rák és a sarcoma kór-<br>oktanában                                     | 727   | Tüdővész és köhögés összefüggése   | 677   | Vese munkája  | 212   |
| Traumás hysteria  | 191   | Tüdővész gyógyítása 393, 414, 610, 613,                                      | 172   | Vesesebészet köréből esetek   | 822   |
| Trepanatio  | 380   | Tüdővész, hilus-táji, Röntgen-képe   | 11    | Vese, vándorló, kezelése  | 936   |
| Trichophytiasis fajlagos kezelése   | 557   | Tüdővész az öregkorban   | 12    | Vesék és húgyutak csecsemőkori meg-<br>betegedései                  | 41    |
| Trypsin megtámadja-e az élő szövetet  | 912   | Tüdővész és köhögés összefüggése   | 731   | Vestibularis készülék és tengeri betegség                           | 649   |
| Tuberculid, papulosus, csecsemőkori   | 469   | Tüdővész és köhögés összefüggése   | 54    | Vesztség ismeretéhez adatok   | 255   |
| Tuberculin, a szervezetben termelt, sorsa   | 240   | Typhus abdominalisban a Mandelbaum-<br>féle reactio módosítása               | 122   | Vérhímlőoltást védő tapasz  | 914   |
| Tuberculin-kezelés a gyermekkorban  | 41    | Typhus-bacillus okozta exsudatum pelveo-<br>peritoniticum G.                 | 301   | Végbél-fissura gyógyítása   | 323   |
| Tuberculin-reactio a corneában Sz.  | 166   | Typhusbacillusgazdák sebészi kezelése  | 451   | Védbélen át táplálás állandósított klys-<br>mákkal                  | 336   |
| Tuberculoza a porczos orrsővény nyálka-<br>hártyáján                                    | 658   | Typhus gyógyítása  | 625   | Végbélrák, fiatalkori   | 326   |
| Tuberculosis appendicis primaria  | 897   | Typhus-immunserum hatásmódja   | 273,  | Végtagcsonttörések gyógyítási módjainak<br>végeredményei            | 141   |
| Tuberculosis-bacillus kimutatása a húgy-<br>ban   | 373   | Typhus-járvány, tatabányai   | 294   | Végtag-lekötések vérzescsillapító hatása                            | 412   |
| Tuberculosis-bacillusok a lumbal punctiós<br>folyadékban                                | 249   | Typhus kapcsán átfúródás nélkül képző-<br>dött genyes hashártyagyulladás     | 213   | Vékonybél csavarodása hossz tengelye<br>körüli                      | 63    |
| Tuberculosis-bacillusok kimutatása a kö-<br>petben                                      | 11    | Typhusban occult vérzés  | 323   | Vér czukortartalma csecsemőkben                                     | 283   |
| Tuberculosis conjunctivae kezelése tuber-<br>culinál Sz.                                | 146   | Typhusos bélvérzés kezelése  | 558   | Vérelváltozások achylia gastrica eseteiben                          | 677   |
| Tuberculosis ellenes küzdelem állása<br>Németországban                                  | 558   | Typhusos léptályogok   | 677   | Vérkeringés, collateralis   | 249   |
| Tuberculosis elleni védelem terén a<br>munkásbiztosítás feladata 760, 779,<br>798, 814, | 833   | Ulcus rodens   | 820   | Vérkeringés mesterséges megkisebbitése<br>mint orvosló módszer      | 62    |
| Tuberculosis, emberi és marha, közti<br>különbség                                       | 744   | Ureabromin   | 800   | Vérkeringés-zavarok kezelése  | 284   |
| Tuberculosis és dementia praecox össze-<br>függése                                      | 469   | Ureterkatheterismus  | 209,  | Vérnyomás a gyermekkorban   | 337   |
| Tuberculosis és gyomorfekély  | 81    | Ureter-kő, természetes úton ürült  | 474   | Vérsavó, normalis állati, hatása genyes<br>folyamatokra 51, 72, 87, | 104   |
| Tuberculosis és orthotikus albuminuria  | 681   | Ureter-kövek eltávolítása 307, 521,  | 627   | Vérszegénység — I. Anaemia.   | 201   |
| Tuberculosis és terhesség 699, 723,<br>G. 87, G.  | 217   | Ureter-kövek sebészi kezelése  | 487   | Vérvizsgálat eszközei és jelentősége                                | 201   |
| Tuberculosis genitális kezelése Röntgen-<br>fénynyel                                    | 557   | Ureterbe ékelt kövek   | 452   | Vérvizsgálat jelentősége helminthiasisban                           | 695   |
| Tuberculosis, hasúri  | 270   | Urologiai társulat, német  | 713   | Vizeloszlás a csecsemőben heveny súly-<br>ingadozásoknál            | 343   |
| Tuberculosis keletkezése  | 781   | Urticaria gyógyítása 250, 598,   | 745   | Vízgyógyászat, német és francia, össze-<br>hasonlítása              | 453   |
| Tuberculosis laryngis okozta dysphagia<br>operatív kezelése                             | 818   | Utzai fiúk   | 728   | Vízgyógyászati reakcióképesség mérése                               | 161   |
| Tuberculosis localisatiója a tüdő külön-<br>böző részeiben                              | 25    | Uzara  | 800   | Vörheny aetiologiája  | 745   |
| Tuberculosis nem miliaris formájában<br>előforduló bacteriaemia                         | 708   | Újszülöttek gonococcus nélküli szemblen-<br>norrhoeájának aetiologiája Sz.   | 57    | Vörheny gyógyítása dioradinnal 885,                                 | 904   |
| Tuberculosis oculi-ra a sugárzó energia<br>hatása Sz.                                   | 176   | Újszülöttré a konyhasó-oldatok hatása  | 684   | Vörheny körjelzése 250,   | 391   |
| Tuberculosis portionis  | 419   | Vaccinatio új módja  | 58    | Vörheny, occult, körjelzése és prophylaxia                          | 655   |
| Tuberculosis renis  | 661   | Vakbél-kiirtás   | 271   | Vörheny ragályossága a kezdeti időszak-<br>ban 221, 262,            | 280   |
| Tuberculosis renum körjelzése nőkben G.   | 130   | Validol  | 663   | Vörheny terjedésmódja   | 75    |
| Tuberculosis, sebészeti, kezelése kámfor-<br>naphtollal                                 | 60    | Vas-sajodin  | 95    | Vörheny új tünete   | 249   |
| Tuberculosis, sebészeti, trypsin-kezelése   | 76    | Vasotonin  | 647   | Vörheny-vaccinatio  | 955   |
| Tuberculosis serodiagnosisa viscositas-<br>mérések alapján                              | 638   | Vastagbél antiparistaltikája   | 265   | Vörhenyben szenvedő anya szoptassa-e<br>a gyermekét                 | 631   |
| Tuberculosis specifikus kezelése  | 92    | Vastagbél mozgása  | 816   | Vulva-elephantiasis   | 232   |
| Tuberculosis utánzó appendicitis  | 282   | Vállzületi ficzomodás, heveny, repositioja                                   | 744   | Wassermann-reactio 305, 536, 646, K. m.                             | 264   |
| Tuberculosis izületgyulladás gyógyítása   | 613   | Ventrofixatio után keletkezett bélleszorítás                                 | 730   | Wassermann-reactio anyatejvel                                       | 416   |
|   |       | Veronal  | 558,  | Wertheim-műtét  | 263   |
|   |       | Vertigo permanens  | 337,  | Widal-Strauss-gyógymód  | 573   |
|   |       | Vesebajok prognosisa   | 282   | Zink-perhydrol  | 302   |
|   |       | Vesebajosok vérkeringésére a sóretentio<br>hatása                            | 96    | Zonula ciliaris fejlődése   | 375   |
|   |       | Vese, beteg, czukorátbocsátó képessége                                       | 296   |   |       |
|   |       | Vesedaganatok  | 173   |   |       |
|   |       | Vese és mellékvese viszonya a magas<br>vérnyomáshoz                          | 502   |   |       |

## NÉVMUTATÓ.

|                      | Oldal   |                    | Oldal  |                     | Oldal                               |                   | Oldal   |                      | Oldal                   |
|----------------------|---|--------------------|--|---------------------|-------------------------------------|-------------------|---|----------------------|-------------------------|
| Alexander Béla       | 491, 649  | Donath Gyula       | 33, 576, 643   | Hermann Imre        | 375                                 | Manninger Vilmos  | 252, 455, 747, 916  | Scherer Sándor       | 476, 508, 543, 562, 578 |
| Apáthy István        | 216, 941  | Elfer Aladár       | 201  | Herzog Ferencz      | 1, 19, 99, 118                      | Mansfeld Ottó     | G. 51, G. 56, G. 58, G. 130, G. 213   | Schiller Károly      | 474                     |
| Arany S. Zsigmond    | 162, 187  | Elischer Gyula     | 96, 614, 733, 875  | Hevesi Imre         | 44                                  | Manu Emil         | Sz. 97  | Schmidlechner Károly | 559, G. 89              |
| Austerlitz Vilmos    | 64  | Engel Károly       | 479, 717   | Hillebrand Jenő     | 375                                 | Marek József      | 208   | Scholtz Kornél       | 744                     |
| Auszterveil László   | 333   | Entz Béla          | 79, G. 62, K. m.   | Hirsch Hugó         | 419, 822                            | Markbreiter Irén  | Sz. 8   | Schöller Károly      | 813                     |
| Avarffy Elek         | 309   | Erdély Jenő        | 123  | Hochhalt Károly     | 29, 616                             | Mátyás Mátyás     | 822   | Schuster Gyula       | 664                     |
| Áldor Lajos          | 217, 242  | Fabritius Ágost    | Sz. 156  | Holzwarth Jenő      | 861, 887                            | Ményhért Vilmos   | 615   | Scipiades Elemér     | 559, G. 110             |
| Ángyán János         | 601   | Faragó Ödön        | 221, 280   | Horváth Mihály      | G. 208                              | Mihákovics Elemér | G. 175  | Sellei József        | G. 8, G. 62, G. 721     |
| Árkövy József        | 800   | Faragó Zsigmond    | 875  | Hönig Adolf         | Sz. 101                             | Molnár Béla       | 96, 522   | Simkó Lajos          | 213                     |
| Babarczy-Schwartz    |   | Fáykiss Ferencz    | 730  | Hudovernig Károly   | 325, 919                            | Moravcsik Ernő    | Emil 421, 445, 463, 711   | Singer Hugó          | 616                     |
| Ottó                 | 57  | Fejes Lajos        | 51, 72, 87, 104, 427, 550                                    | Hutyra Ferencz      | 208                                 | Morelli Károly    | 212, 213, 507   | Soltész Elek         | 174                     |
| Bakay Lajos          | 133, 703  | Fejér Gyula        | 148, 918, Sz. 108  | Illés Aladár        | 113                                 | Moskovitz Ignác   | 858   | Stein Adolf          | 576                     |
| Balás Dezső          | 326   | Fichter Ernő       | 769, 2   | Illyés Géza         | 472, 473, 474, 943                  | Müller Mária      | Sz. 85  | Steiner Pál          | 64, 65, 321, 822        |
| Balogh Andor         | 560, G. 116, G. 187                             | Fischer Aladár     | 944  | Id. Imre József     | Sz. 121                             | Nagy László       | 375   | Stiller Bertalan     | 81                      |
| Bauer Lajos          | 62, 149   | Fischer Ernő       | 213, 232, 506, 521, 917                                      | Ifj. Imre József    | Sz. 89                              | Nagy Samu         | 666   | Ströszner Ödön       | 70                      |
| Baumgarten Egmont,   | 319, 476, 769, Sz. 134                          | Fischer Ignác      | 89, 482, 499   | Irsay Artúr         | 233                                 | Nagy Tivadar      | G. 160  | Sugár K. Márton      | 84, 692                 |
| Baumgarten Samu      | 595   | Fleischmann Mór    | 658  | Issekutz Béla       | 64, 215                             | Nádratil Dezső    | 233, 599  | Szabados Sándor      | Sz. 155                 |
| Bálint Rezső         | 96, 522, 568                                    | Flesch Armin       | 68, 86, 106, 934, 621  | Jakabházy Zsigmond  | 65                                  | Nador Henrik      | 258   | Szabó József         | 64, 216, 438, 634       |
| Báron Sándor         | 151, 181  | Fogarasi Imre      | 621  | Jency Sándor        | 369                                 | Nádasy István     | K. m. 539   | Szabóky János        | 102                     |
| 565, 592, 875, K. m. |   | Földes Dezső       | 63   | John M. Károly      | 252                                 | Neubauer Adolf    | 539   | Szana Sándor         | 384, 408, 429, 447, 466 |
| Bársony János        | 938   | Földi Ottó         | 614  | Jung Géza           | 456                                 | Neuber Ede        | 311   | Szili Jenő           | 952                     |
| Bencze Gyula         | 96  | Frank Géza         | 79   | Justus Jakab        | 645                                 | Obál Ferencz      | 731   | Szokolik Ede         | Sz. 38                  |
| Benczúr Gyula        | 369, 899  | Frey Ernő          | 547, 953   | Kabdebó Kálmán      | 64                                  | Okolicsányi-Kuthy | Dezső 172, 195  | Tangl Ferencz        | 212                     |
| Benedict Henrik      | 841, 842  | Freystadt Béla     | 495, 711   | Kallós József       | 741                                 | Ország Oszkár     | 273, 294  | Terray Pál           | 648                     |
| Berend Miklós        | 343   | Friedrich Vilmos   | 760, 779, 798, 814, 833                                      | Kelen Béla          | 196, 235                            | Ónodi Adolf       | 212, 225, 378, 523, 619, 767, 855, 872, Sz. 72  | Tezner Ernő          | 343, 349, 953           |
| Bíró Ede             | 892   | Frigyesi József    | 489, 559, 699, 723, G. 20, G. 105                            | Kenessey Aladár     | Sz. 140                             | Pach Henrik       | 515, 532  | Tél Ferencz          | 850                     |
| Bíró Ödön            | 616   | Galambos Arnold    | 6, 21, 35, 223   | Kentzler Gyula      | 273, 294, 569                       | Paunz Márk        | 377   | Tomor László         | 212                     |
| Blaskovics László    | Sz. 74, Sz. 75, Sz. 109                         | Gáli Géza          | 305  | Kenyeres Balázs     | 64                                  | Pándy Kálmán      | 195, 231  | Torday Árpád         | 17, 406, 638            |
| Blazsek Emilia       | 438   | Gámán Béla         | 287  | Keppich József      | 379, 506, 642, 877, 878             | Pekánovich István | 902, 928  | Tornai József        | 62, 771                 |
| Blum Simon           | 129, 680  | Gáti Géza          | 917, 918   | Királyfi Géza       | 8, 23, 37, 384, 699, 723            | Pertik Ottó       | 195   | Tóth István          | 395, G. 1, G. 98        |
| Bogdanovics Milos    |   | Gellért Elemér     | 472, 576   | Kiss Gyula          | 767                                 | Pécsi Dani        | 914   | Tóthfalussy Imre     | 341, 360, 396, 437      |
| Borbély Samu         | 191   | Genersich Gusztáv  | 45, 321, 363, 388, 635                                       | Kleits János        | 195                                 | Péteri Ignác      | 68, 86, 106, 684  | Tóvölgyi Elemér      | 319, 599                |
| Borgyoski Milivoj    | 16  | Gergely Endre      | 64, 438, 666   | Konrádi Dániel      | 262                                 | Picker Rezső      | 474, 483, 605, 805, 896   | Török Ervin          | Sz. 1                   |
| Boross Ernő          | 531   | Gergő Imre         | 51, 72, 87, 104, 129, 436, 456, 492, 524, 541, 561, 739, 756 | Körömczi Emil       | 214                                 | Polyák Lajos      | 599, 821, 828, Sz. 111  | Török Ödön           | 376                     |
| Borsos Imre          | 65  | Gerlóczy Zsigmond  | 885, 904   | Krcsméry Károly     | 878                                 | Porosz Mór        | 553   | Turán Géza           | 475                     |
| Borszáky Károly      | 14, 128, 232, 399, 565, 592, 825, 853, 877, 897 | Geszti József      | 240  | Krepuska Géza       | 199                                 | Pólya Jenő        | 63, 80, 113, 115, 146, 213, 304, 425, 455, 461, 489, 490, 511, 577, 607, 615, 648, 731, 778, 804, 876, 952, Sz. 125 | Unterberg Hugó       | 896                     |
| Boschán Frigyes      | 355   | Géber János        | 65, 822  | Kubinyi Pál         | 62, 416, 858, G. 62, G. 127, G. 194 | Pólya Jenő        | 63, 80, 113, 115, 146, 213, 304, 425, 455, 461, 489, 490, 511, 577, 607, 615, 648, 731, 778, 804, 876, 952, Sz. 125 | Uthy László          | 749                     |
| Bókay Árpád          | 147, 208  | Goldzieher Miksa   | 320  | Kuzmik Pál          | 269, 270, 271                       | Pólya Jenő        | 63, 80, 113, 115, 146, 213, 304, 425, 455, 461, 489, 490, 511, 577, 607, 615, 648, 731, 778, 804, 876, 952, Sz. 125 | Vas Bernát           | 527                     |
| Bókay János          | 31, 67, 123, 881, 934, 953, K. m.               | Goldzieher Vilmos  | 490, 491, 840, 917   | Láng Adolf          | 830                                 | Purjesz Béla      | 419   | Vas J.               | 774, 791, 810           |
| Bókay Zoltán         | 135, 508, 934, K. m.                            | Grósz Emil         | Sz. 113  | Láng Kornél         | 112, 113, 128, 233, 600             | Radosz Béla       | 419   | Vándor Dezső         | 687                     |
| Braunstein Gábor     | 4   | Grósz Gyula        | 804  | Leitner Vilmos      | Sz. 39                              | Réthy Aurél       | 787   | Verebely Tibor       | 131, 171, 271, 506, 540 |
| Brósz Sándor         | 29, 232, G. 577, G. 201                         | Guszman József     | 271, 402, 789  | Lengyel Árpád       | 600                                 | Révész Margit     | 665   | Veress Ferencz       | 807                     |
| Buday Kálmán         | 44  | Gyergyai Árpád     | 65, 419, 634, 635  | Lengyel János       | Sz. 117                             | Rigler Gusztáv    | 868, 890, 909, 932  | Vermes Lajos         | Sz. 126, K. m.          |
| Büchler Antal        | 492   | Haberern J. Pál    | 680  | Lenhossék Mihály    | 340, 375                            | Rihmer Béla       | 730   | Veszprémi Dezső      | 751, 776, 793           |
| Büchler Dezső        | 419, 940  | Hainiss Géza       | 130, 367, 797  | Lenkei Vilmos       | Dani 177, 204                       | Rosenfeld Miksa   | Sz. 20, Sz. 154   | Vértés Oszkár        | 287, 320, G. 143        |
| Csabay Géza          | 411   | Hajós Lajos        | 475  | Lénárd Vilmos       | 625                                 | Rosenthal Jenő    | G. 40   | Vidakovich Kamill    | 321, 438, 821           |
| Csapodi István       | Sz. 87  | Halász Aladár      | 278, 296   | Lénárt Zoltán       | 441                                 | Rotter Henrik     | 648   | Vladár Márton        | László 655              |
| Csepai Károly        | 638   | Hammers Dezső      | 628  | Id. Liebermann Leó  | 845, 865                            | Róna Dezső        | 755   | Waldmann Iván        | Sz. 51, Sz. 157         |
| Csillag Jakab        | 588   | Hanasiewicz Oszkár | 64, 321  | Ifj. Liebermann Leó | Sz. 94, Sz. 115, Sz. 117            | Rudas József      | Sz. 147   | Weisz Ármin          | 496                     |
| Csohány János        | G. 205  | Hatiegán Gyula     | 65   | Lisznai Imre        | 304                                 | Rusz Imre         | 351   | Weisz Ede            | 290                     |
| Dalmady Zoltán       | 161, 641  | Havas Adolf        | 148, 381, 577, 820, 898                                      | Lobmayer Géza       | 56                                  | Safranek János    | 289, 378, 787   | Weisz Ferencz        | 627, 713                |
| David Jenő           | 634, 635  | Háhn Dezső         | 670  | Lorenz Hugó         | 649                                 | Sarbo Artur       | 651, 671  | Wenczel Tivadar      | G. 192                  |
| Deák István          | 321, 570  | Herczel Manó       | 307, 521, 859, 897   | Lovrich József      | G. 72                               | Sándor István     | 173, 174, 578   | Widder Bertalan      | 141, 659, 946           |
| Demeter György       | 65, 214, 287, 666, 821, 878                     |                    |  | Löte József         | 255                                 |                   |   | Wiesinger Frigyes    | G. 133                  |
| Deutsch Ernő         | 10  |                    |  | Magyar Lajos        | 517                                 |                   |   | Windisch Ödön        | G. 122, 125             |
| Dirner Gusztáv       | 122   |                    |  | Magyar-Kossa Gyula  | 49                                  |                   |   | Winter Ferencz       | 376, 664                |
| Doctor Károly        | 54  |                    |  | Makai Endre         | 820, 842, 917                       |                   |   | Zacher Pál           | 287, 666                |
| Dollinger Béla       | 637   |                    |  | Makara Lajos        | 286, 634                            |                   |   |                      |                         |
| Dollinger Gyula      | 166, 395, 667, 689, 785, Sz. 67                 |                    |  | Mann Miksa          | 379, 506                            |                   |   |                      |                         |



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Herzog Ferenc:** Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Atypusos meningomyelitis syphilitica. 1. lap.  
**Braunstein Gábor:** Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferenc József tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyet. tanár, udvari tanácsos.) A fajlagos complementkötési eljárás értéke az emberi echinococcosisban. 4. lap.  
**Galambos Arnold:** Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.) A gyomor functionalis vizsgálatáról. 6. lap.  
**Királyfi Géza:** Az angol orvosi viszonyokról. (Uti levél.) 8. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Deutsch Ernő:** Közlemények a gyermekvédelem és a gyermekhygiene köréből. — **Rudolf Schmidt:** Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. — Uj könyvek. — **Lapszemle. Általános kör- és gyógytan.** — **Löffler:** A köpet vizsgálata gümöbacillusokra. — **R. Schmidt:** A rák és a fertőző

betegségek közötti összefüggés. — **Belorvostan. Schleisiek:** A tüdővészések étvágytalanságáról. — **Kuhn:** Asthma bronchiale. — **Sebészet. Brünings:** Bárszingrák felismerése. — **Nehrkorn:** Heves fájdalommal járó osteosclerosis. — **Clairmont-Haberer:** Az epekömütetek után támadó anuria. — **Gyermekorvoslás. Nothmann:** A csecsemők konyhasólázának kérdése. — **Venerás betegségek. Kromayer:** A syphilisnek 006-tal való idült kezelése. — **Orthopaedia. W. Böcker:** A világrahozott csípőízületi ficzomodás véres műtét nélküli kiigazítása. — **Röntgenologia. Brünning H.:** A gyomor sósavtartalmának, legmélyebb pontjának, valamint a gyomorfal tonusának összefüggése. — **Schilling:** Az idült hörgőhurut s az asthma Röntgen-therápiája. — **Kisebb közlések az orvogyakorlatra. L. Grillius Davis:** Heveny tüdővízenyő esete. — **Lemansky:** Hyperthermia. — **Haymann:** A pantopon használatáról a pszichiatriában. — **Malderescu:** Empyema kezelése. 10–13. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat.** — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 13. lap.

**Vegyes hírek. Pályázatok.** — Hirdetések. 13. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 14–16. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)**

### Atypusos meningomyelitis syphilitica.

Írta: **Herzog Ferencz dr.,** tanársegéd.

B. A., 30 éves napszámost 1908 október 12.-én vettük fel a klinikára. Apja, anyja mellbajban, három testvére ismeretlen betegségben halt meg. Egy testvére mellbajos. Idegbaj nem fordult elő családjában. 10 év előtt a betegnek fekélye volt, a mely miatt kenőkrát végzett. Ezenkívül csak hat éves korában volt beteg, ezen bajáról azonban nem tud részletesebb felvilágosítást adni.

1908 tavaszán állítólag igen megerőltette magát. Ezen év júliusában lassan gyengülni kezdett mindkét karja. Karjában fájdalma nem volt. Jobb lábában volt zsiabongása és gyakran szagatása, mely azonban sohasem volt heves. Vízelés-zavar nincsen. Szék rendszerben.

Potust bevall, bort, pálinkát ivott.

Csontrendszer ép, bőr halvány, bőralatti zsírszövet erősen megfogyott. A fejbiczczentő izmok mögött és a jobb sulc. bicipit. int.-ban megnagyobbodott mirigyek tapinthatók.

A mellkasi és hasúri szervekben nem mutatható ki eltérés. A vizelet rendes. Wassermann-reactio positiv.

Passiv mozgás sehol sem korlátozott. A bal felső szemhéj valamivel lejjebb van a jobbnál. Az arcizmok mindkét oldalon egyformán és jól működnek. A nyelv mozgása rendes. A rágóizmok jól húzódnak össze. A nyelvben és beszédben nincsen zavar. A fejnek mozgása minden irányban teljes.

Mindkét vállöv izmai sorvadtak. A felkar fejének és a lapoczkának körvonalai jól látszanak. Mindkét fossa supra-és infraspinata erősen besüppedt. A lapoczkák távolabb állanak a gerincoszloptól, közelítésük hiányosan sikerül. A vállakat

elég jól emeli, úgyszintén mindkét m. pectoralis és m. lat. dorsi működése is rendes. Ha a lapoczka rögzített, akkor karjait csak hátrafelé tudja emelni. Előre és oldalt ez nem sikerül. A lapoczkák mozgása segítségével karjait kb. 30°-nyira tudja oldalt emelni a törzstől. A felkarokon a hajlító izmok sorvadtak. Mindkét könyök behajlítása sikerül, de csak igen gyenge erővel történik. A felkarok feszítő izomzatának ereje és tömege rendes. Az alkarok ellenállás elleni behajlításakor nem húzódik össze a m. brachio-radialis. Mindezen izmok bénulása kétoldalt kb. egyforma. A többi alkarizom és a kis kézizmok jól működnek.

A törzs mozgása rendes.

Az alsó végtagok mozgása jó, csak a lábszár hajlító izmai kissé gyengék mindkét oldalon.

A hát és az alsó végtagok izmaiban hypotonia. A jobb láb mozgása kis fokban bizonytalan.

A patella- és Achilles-inreflex egyik oldalon sem váltatható ki. A talpreflex mindkét oldalon élénk, hajlító. A jobb alsó has- és a jobb cremaster-reflex gyenge. A bal cremaster- és a bal has-reflex s a jobb felső has-reflex jól kiváltható. A triceps-reflexek kiválthatók.

Az érzésben felvételkor nem találtunk eltérést.

A szemek tengelye egy horopterben találkozik. A szemmozgások szabadok. A jobb pupilla valamivel tágabb, mint a bal. Fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A szemfenék ép.

A hallás jó.

Mindkét oldalon a deltaizom elülső és középső portiójában, továbbá a m. infraspinatusban és supraspinatusban hiányzik a farados ingerlékenység. Ugyanezen izmokban galvánáramra renyhe rángások keletkeznek. A deltaizmok hátulsó portiójában rendes a villamos ingerlékenység.

Észlelésünk folyamán a bénulások alig változtak. Csak a felkarok hajlító izomzatának ereje csökkent még nagyobb mértékben és a jobb czomb m. quadricipse is gyengült. Kevésbé állandók voltak a bal szemben levő tünetek. Időnként eltűnt a szemrések tágassága közötti különbség és a

pupilladifferentia. Többnyire azonban szűkebb volt a bal szemrés és a bal pupilla, de nem mindig ugyanazon mértékben. Ha kifejezett volt ezen különbség, akkor a bal szem kötőhártyája gyakran vérdúsabbnak látszott és gyakran mindkét arcfél kipirult.

Észlelésünk vége felé a mellkason anaesthesiás foltok fejlődtek ki, előbb baloldalt, majd a jobb oldalon is.

A csekély intelligenciájú betegnek szellemi képessége egyre hanyatlott, életének utolsó hetében pedig időnként zavart lett a beteg. Ilyenkor pl. nem ismerte meg az orvost, könyörgött, hogy ne bántsák, hangosan, összetett kezekkel imádkozott. Majd nem evett, mert attól félt, hogy megmérgezik. Az orvosságot sem vette be. Halála előtti napon éjjel nagyon izgatott volt, kiabált, ki akart ugrani az ablakon. 1909 február 24.-én éjjel meghalt. Ekkor ilyen izgalmi tünetek nem voltak.

Betegségének egész tartama alatt időnként rohamokban dyspnoës lett a beteg, pulsusa is szapora és gyenge volt ilyenkor.

Eleinte jodkaliumot, majd szürkekenőcs-bedörzsöléseket kapott a beteg. Az izgalmak ellen pedig bromon kívül morphiumra is szükség volt.

Összefoglalva ezen tüneteket, polyneuritis degenerativára kellett tennünk a diagnosist. A peripheriás neuronok megbetegedését kétségtelenné tette az izmoknak atrophiaival és elfajulásos reakciónak járó bénulása, és összhangban voltak ezzel a mély reflexeknek hiánya az alsó végtagokon és a paraesthesiák és fájdalom a jobb lábban. Az, hogy a bénulás nem terjedt ki némelyik ideg minden részére (pl. csak kevésbé sérült a delta-izmoknak hátulsó portiója), nem szólt diagnosistunk ellen, mivel a degenerativ polyneuritisben ez előfordul, sőt jellemző, hogy nem bizonyos idegek, hanem hasonló funkciójú rostok bénulnak. Esetünkben a bénult izmok valóban hasonló funkciót végeztek: az alkarnak hajlítását (m. biceps br., m. brachial. intern. — n. musculo-cutaneus; az alkaron a m. brachio-radialis — n. radialis). Bénultak voltak továbbá az alkart kifelé mozgató izom (m. infraspinatus), a felkart oldalt és előre mozgató izmok (m. delt. I. és II. része, melyek külön mozgató ponttal bírnak és egymástól és a harmadik portiótól függetlenül működnek, *Jendrassik*<sup>1</sup>) és a vállizület biztosítására szolgáló izom (m. supraspinatus).

Ha tehát ilyen szempontból tekintjük a bénulást, a typusa megfelel annak, melyet polyneuritis degenerativában szoktunk látni, a mi a többi tünet mellett szintén támogatja diagnosistunkat.

Az érzésben kezdetben nem volt eltérés, később azonban anaesthesiás foltok fejlődtek ki a törzsön, a mi épen úgy eredhetett az intercostalis idegek megbetegedéséből, mint a gyökörnek sérüléséből. Az utóbbiaknak megbetegedésére jellemző heves fájdalmak azonban hiányoztak, úgy hogy valószínűbbnek kellett tartanunk, hogy a peripheriás idegek sérültek.

A rohamokban keletkező nehéz légzést a n. phrenicus megbetegedésére vonatkoztattuk. A rekesznek mozgása ugyanis korlátolt volt.

A bal szemben levő tünetek és az egész arcnak kipirulása időnként csak a nyaki sympathicus bénulásából származhattak. Bár a sympathicus megbetegedésére mutató tüneteket gyakran látunk polyneuritisben, ezen tünet mégis feltűnő volt, mivel oly helyen voltak sympathicus-tünetek, hol más peripheriás idegek nem bénultak.

A betegség legvégső szakában kifejlődött psychés zavarokat úgy értelmeztük, hogy ezek a polyneuritisszel összefüggésben vannak, habár nem is feleltek meg a *Korsakow*-féle kórképnek. Keletkezésüket előmozdíthatta a betegen kifejlődött cachexia.

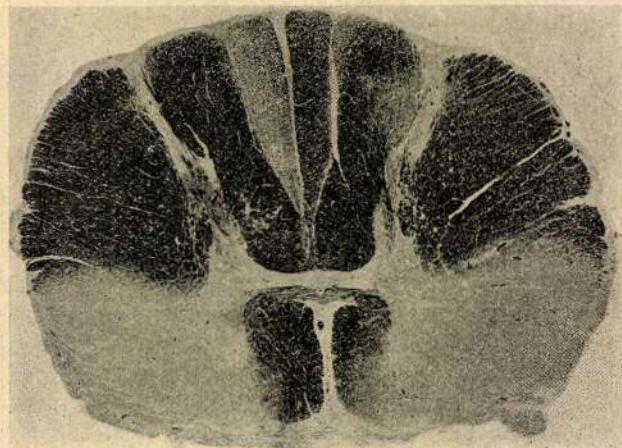
Mivel a többi tünet megfelelt a polyneuritis degenerativa kórképének és olyan tünet nem volt, mely a gyököröknek vagy a gerincvelőnek megbetegedésére mutatott volna, azért elfajulásos polyneuritist diagnosztáltunk. A betegség okának a luest és potust tartottuk. Az előbbi is azonban csak mint toxinos degeneratiókat okozó jöhetett számba és nem mint specifikus elváltozás.

A bonczolási jegyzőkönyvből (*Goldzieher* dr.) veszem a következő adatokat:

Dura mater feszes. Sinusaiban bő, folyékony vér. Az agy lágyburka nedvdús, nehezebben levonható s tejszerűen fehéres, átlátszatlan s megvastagodott. A gyrusok jól kifejezettek. Az agy metszéspapján a szürke és fehér állomány határa mindenütt jól kivehető. A gerinczagy tapintata általában, de főleg a nyaki és lumbalis részen feltűnően lágy. A lumbalis résznek megfelelően a gerinczagy hátulsó felszínén a gerinczagy szabálytalan, dombordad kiemelkedései észlelhetők, a metszéspapján a fehér állomány előbuggyan s rendkívül lágy tapintatú, főleg az említett köles-, egész borsónyi elődomborodásoknál. A hátulsó kötegekben, főleg a lumbalis részben kissé mélyebben fekvő, szürkésen elszíneződött részleteket láthatunk a *Goll*-féle kötegeknek s a *Burdach*-féle kötegek hátulsó külső részleteinek megfelelőleg; a szürke állomány mindenütt feltűnik halvány színezetével. A diaphragma bal felén az izomzat igen erősen sorvadt, alig 2 mm.-nyi, halvány halhúszerű. Mindkét m. deltoideus rendkívül erősen sorvadt s a többi izomzat sötétebb vöröses színével szemben igen halvány halhúsra emlékeztető. A szövettani vizsgálat céljából kipaeparált idegek közül főleg a n. axillaris és a n. phrenicus a rendesnél vékonyabb, laposabb, halványszürkés árnyalatú.

A központi idegrendszert, a vizsgálatra szánt peripheriás idegeket, valamint részleteket a diaphragmából és deltaizmokból rövid formol-fixálás után *Müller*-féle folyadékba tettem. Majd az egész anyagból darabkákat vágtam ki a *Marchi*-féle festéshez, a szomszédos darabok metszeteit pedig *Weigert-Pal* szerint és haematoxylin-*van Gieson*-festéssel vizsgáltam meg. Azonkívül thioninnal festettem meg mindkét gangl. fusiforme-t.

Gerinczvelő. A gerinczvelő felső nyaki része a kivételkor megsérült. A nyaki gerinczvelő közepe táján (4—6. segm., 1. ábra) mindkét elülső oldalsó kötegben lágyulás, mely baloldalt valamivel nagyobb. Középen legnagyobb a lágyulás



1. ábra.

kiterjedése, lefelé és felfelé kisebbedik. Középen lágyult az oldalsó nyaláboknak a commissura griseán át húzott vonal előtt fekvő része és nagyrészt lágyultak az elülső nyalábok. Ezekben csak a s. longitud. ant. melletti részben festődnek jól a velős hüvelyek. A lágyulás ráterjed mindkét oldalon az elülső szarvakra. Ezekben is alig van velős hüvely, vagy pedig teljesen hiányzanak. A commissura anteriorban igen erősen megfogytak a rostok. A gócz felső és alsó része kisebb kiterjedésű és nem éri el az elülső szarvakat. Az elülső nyalábok itt kevésbé sérültek, csak oldalsó részükben van rostritkulás. Legerősebb a degeneratio az oldalsó nyaláboknak előbb leírt részletében. A commissura ant. rostjaiban ezen a helyen nincsen ritkulás.

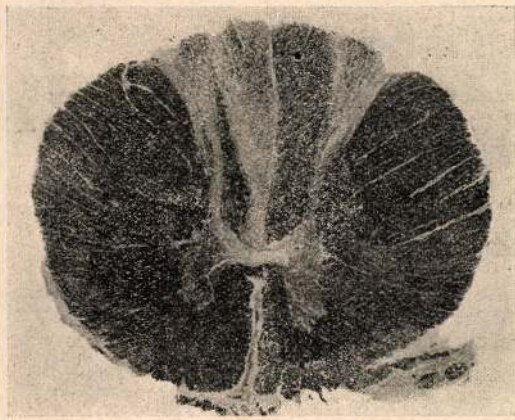
Az oldalsó nyaláboknak azon része, mely az előbb említett vonal mögött fekszik, épek látszik. A hátulsó nyalábokban kifejezett degeneratio van. A jobb *Goll*-féle nyalábban erősen ritkultak a rostok, leginkább a *Burdach*-féle nyaláb mentén. A bal *Goll*-féle nyalábban is van degeneratio,



de csak kisebb fokú. Mindkét *Burdach*-nyalábnak a *Goll*-nyalábbal szomszédos szélének hátulsó harmadában ritkultak a rostok. Ezenkívül erős degeneratio van a bal *Burdach*-féle nyalábban a subst. gelatin. Rolandi mellett.

Ugyanezen részekből *Marchi* szerint, továbbá haematoxylin-van *Gieson*-nal festett metszeteken a degeneratio hasonló kiterjedésű. Az utóbbi metszeteken feltűnő a lágy buroknak megvastagodása a gerinczvelő elülső felszínén. Ezen a helyen a buroknak vastag kötőszöveti rostok között gömbsejtes infiltrációt látni. Az ereknek fala erősen megvastagodott, egyes rétegek nem ismerhetők fel, a kis arteriákat nem lehet a venáktól megkülönböztetni.

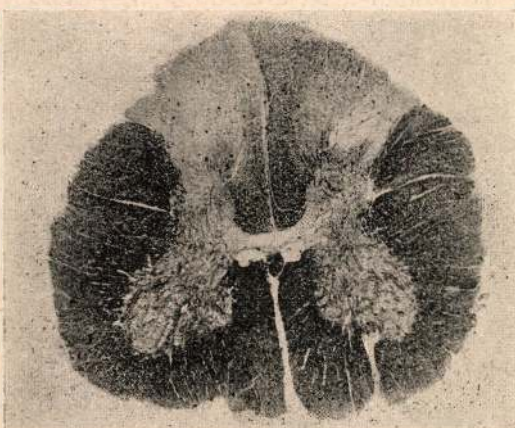
Az elülső és oldalsó nyaláb degenerált területén tetemesen megsaporodtak az erek, a szürke és fehér állomány határa nem ismerhető fel, a velős hüvelyek hiányoznak, helyenként látni idegsejtet is, mely azonban nem bír a



2. ábra.

typusos alakkal, hanem gömbölyded és erősen megkisebbedett. A sejtek száma tetemesen megfogyott. Az erek mentén és a lágyburok szomszédságában számos amyloid testecskét látni. A lágyburokban, a benne haladó arteriákban és vénákban levő elváltozásokat más helyen tárgyalom, mivel nem csak ezen gerinczvelőrészről illetik.

A háti gerinczvelő felső részében (2. ábra) *Weigert* és *Marchi* szerint festett metszeteken legerősebb az elfajulás a hátulsó nyalábokban. Jobboldalt erősen degenerált a *Goll*-féle nyaláb és a *Burdach*-féle nyalábnak a hátulsó szarv mellett és mögött fekvő része. Ezen nyalábnak ventrális részében és hátrafelé a *Goll*-nyaláb mellett fekvő részében jól festődnek a rostok. A bal *Goll*-nyalábban és a *Burdach*-félének hátulsó részében is van rostritkulás, mely az utóbbiban erősebb. Azonkívül kisebbfokú rostritkulást látni az elülső és



3. ábra.

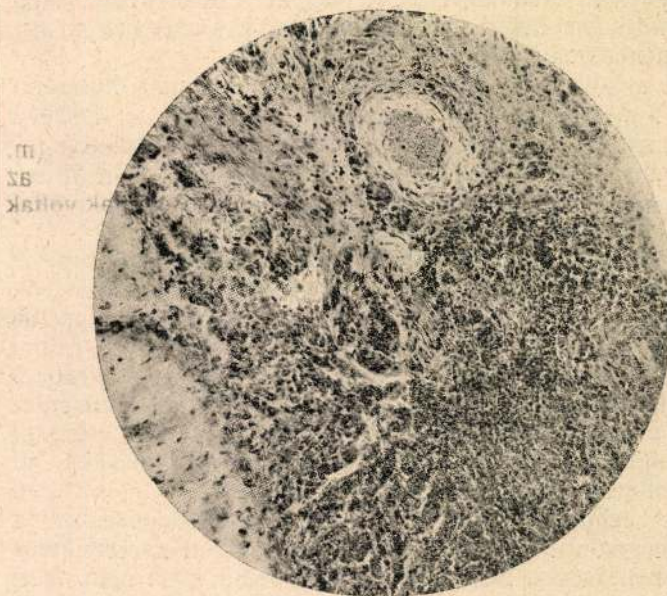
oldalsó nyalábokban is, leginkább az elülső gyökereknek kilépése táján a gerinczvelő peripheriáján, helyenként azonban az elülső szarv szomszédságában is. Az ellenőrzésre készült *Marchi*-készítményeken hasonló kiterjedésű az elfajulás.

A háti gerinczvelő alsó részében az elülső és oldalsó nyalábokban hasonló elfajulást látni, mint a felső háti részben. A jobb hátulsó kötegben azonban még nagyobb terjedelmű az elfajulás. Itt mindenütt erősen megfogytak a rostok. A sulc. longit. post. mellett van még a legtöbb ép rost. A bal hátulsó nyalábban foltoszerű, szabálytalan területeken látni rostritkulást. A *Marchi* szerint kezelt készítményeken is megvannak a leirt elfajulások.

Az ágyéki gerinczvelőben (3. ábra) az elülső és oldalsó nyaláb épek látszik. A jobb hátulsó nyaláb erősen degenerált, csak ventralis része tartalmaz aránylag sok ép rostot. A bal hátulsó nyalábban foltokban látni degenerációt a nyalábnak háti felében. A sacralis velőben csak a jobb hátulsó nyalábban van kifejezett rostritkulás. *Marchi*-készítményeken hasonló a lelet.

A lágyburokban és gyökerekben súlyos elváltozások vannak, melyek a központi idegrendszer elfajulásainak egy részét okozták. A burkoknak megbetegedése nem egyenletes, hanem némely helyen igen kifejezett, másutt pedig igen csekély fokú.

A lágyburok a nyaki gerinczvelőnek közepe táján, a ventralis felszínén betegedett meg legsúlyosabban (4. ábra). A burok itt erősen megvastagodott és részben vasos kötőszöveti rostokból, részben pedig fiatal sarjszövetből áll. Az ereknek a fala tetemesen megvastagodott, nagyrészt nem ismerhetők fel benne az egyes rétegek, sok helyütt pedig a



4. ábra.

környező durva, rostos kötőszövettől sem határolható el az érfal. Ezen rostok között leginkább az erek mentén látni gömbsejtes infiltrációt. Az erekben vörös vérsejtek, alvadékok nem találtam. Az ereknek elváltozása nem szorítkozik a lágyburokra, hanem betérjed a gerinczvelő állományába. Azon a helyen, melyet az előbb leirt lágyulás foglal el, számos eret látni, melyeknek fala vastagabb, adventitiájukban pedig tetemesen megsaporodtak a sejtmagvak. A lágyburok és a gerinczvelő-állomány között rosszul festődő amyllum-szemcsékből és törmelékből álló anyag van. Ezen anyag leginkább a sulc. longit. ant.-ban látható.

Ugyanezen metszeteken a gerinczvelő hátulsó felszínén a lágyburok épek látszik. A hátulsó nyalábok degenerált részében valamivel több az ér és a kötőszövet. Ezen elváltozás azonban olyan fokú, mint a milyen a secundaer degeneratióban lenni szokott.

A háti gerinczvelőn a lágyburok csak némely helyen, leginkább a hátulsó felszínén, vastagodott meg kissé, általában pedig normalisnak mondható. Azonban a benne haladó erek körül sok helyen van perivascularis infiltratio.

(Folytatása következik.)

**Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: dr. Purjesz Zsigmond egyet. tanár, udvari tanácsos.)**

### A fajlagos complementkötési eljárás értéke az emberi echinococcusban.

Irta: **Braunstein Gábor** dr. klinikai gyakornok.

A fajlagos complementkötési eljárásoknak egyik szerencsés terrenuma azon megbetegedési forma, melyet emberben az echinococcus okoz.

Ha még nem találunk az irodalomban nagyobb számú kísérleti adatot erre vonatkozólag, mégis a közölt adatoknak egybehangzósága sejtetni engedti azt, hogy a későbbi adatgyűjtés a fajlagos complementkötési eljárás diagnostikai jelentőségét e megbetegedésben csak erősíteni fogja.

A sikerült complementkötésről *Ghedini*<sup>1</sup> munkájában található első ízben adatok, aki 1906-ban két emberi máj-echinococcus esetében kapott pozitív reactiót.

Megelőzőleg már *Gherardini*<sup>2</sup> igyekezett ezen betegség körjelzésére a fajlagos complementkötési eljárást alkalmazni, de kísérleteit szarvasmarhákon végezte, s eredményei negatívak voltak.

A francia irodalomban főleg *Weinberg*<sup>3</sup> érdeméül tudandó be az echinococcusban a complementkötési eljárás diagnostikai alkalmazása.

A német irodalomban *Putzu*<sup>4</sup>, *Lippmann*<sup>5</sup> és *Jianu*<sup>6</sup> közölt pozitív eredményeket, a magyar irodalomban pedig *Vas Bernát*<sup>7</sup> ismertett májechinococcus egy esetében pozitív complementkötési reactiót.

Mi a kolozsvári belgyógyászati klinikán már hosszabb idő óta foglalkozunk azon kísérletekkel, melyek a fajlagos complementkötési eljárás használhatóságát a taenia echinococcus által okozott megbetegedési formában bizonyítják. Épen ezért röviden beszámolok azon tapasztalatainkról, melyeket munkálataink közben szerezhettünk.

Mint hogy a complementkötési eljárás szigorúan a *Bordet-Gengou* értelmében vett fajlagos complementkötési eljárások közé tartozik, itt is ugyanazon elvek az irányadók, mint az egyéb fajta fajlagos complementkötési eljárásokban. Ebből következik, hogy a reactiók sorozatában mindazon ellenőrző vizsgálatok megejtése szükséges, melyek ily irányú vizsgálatoknál elengedhetetlenek. Itt is ismernünk kell összes reagensinknek egyes sajátosságait s különös mértékben áll ez az antigent szolgáltató anyagot illetőleg.

Az echinococcus által okozott megbetegedésben a complementkötési eljáráshoz szükségelt antigen nyerése különösebb nehézségbe nem ütközik, még pedig azért nem, mert antigenül nem csupán az emberben székelő hólyag tartalma használható, hanem épen olyan jó eredményeket érhetünk el az állatban kifejlődött echinococcus hólyag tartalmával is. Mint hogy pedig az echinococcus hólyag szövetéből készült kivonatok semmivel sem adnak jobb eredményt, mint a hólyag nedvtartalma, a használandó antigen nyerése a lehető legegyszerűbb.

Többszörös tapasztalásaink megerősítenek azon véleményünkben, hogy igen jó antigent szolgáltató maga az echinococcus hólyag tartalma, származott légyen az akár állatból, akár emberből. A juhechinococcus-antigenre vonatkozólag, melylyel állítólag mások érzékenyebb reactiót kaptak, nem rendelkezünk tapasztalatokkal.

Úgy a marha-, mint az emberi antigen 1/2%-os carbolsav hozzáadására sötét és hűvös helyen hónapokon át (4 hónap) eltartható anélkül, hogy hatását vesztené.

<sup>1</sup> *Ghedini*: Gazetta d. Osped. 1906. decz. 23. és junius 13.

<sup>2</sup> *Gherardini*: Il moderno zooiatro, 1906. 46-52. szám.

<sup>3</sup> *Weinberg*: Compt. rend. soc. biol. 1909. 6. szám.

Annal. de l'Inst. Pasteur 1909. 6. szám.

<sup>4</sup> *Putzu*: Centrbl. für Bact. etc. 54. kötet, 1. füzet.

<sup>5</sup> *Lippman*: Berl. klin. Wochenschr. 1910. 1. sz.

<sup>6</sup> *Jianu*: Wiener klin. Wochenschr. 1909. 42. sz.

<sup>7</sup> *Vas Bernát*: Orvosi Hetilap, 1910. 21. sz.

A többi reagens nyerése és kezelése semmiben sem tér el a más complementkötési eljárásoknál uralkodó szabályoktól. Részletezésük tehát teljesen felesleges. Annyit megemlíthetünk, hogy haemolytikus systemánk immun nyúl-savóból és marhavérsejtekből állott és hogy az immunsavóból legalább is háromszorosan oldó adagot alkalmaztunk minden kísérletben. A complement átlagos adagát 0.1 cm<sup>3</sup>-nek vettük, mely rendszerint az oldó adag 2<sup>1/2</sup>-szeresét tette. Az antigen mennyiségét állandóan 0.4 cm<sup>3</sup>-ben használtuk, mint a mely mennyiségnek még kétszeres adagja sem tud önmagában complementeltérést okozni.

Kísérleti összeállításunkban a kérdéses inaktivált emberi vérsavó különböző mennyiségével dolgoztunk. Ezt részünkről elengedhetetlennek tartjuk annál is inkább, minthogy, a mint alábbi adataink is mutatják, míg egyfelől az echinococcusban szenvedők vérsavójában a megfelelő antitestnek jelenléte annak oly kis mennyiségében is kimutatható, a melyben a vérsavónak rendesen jelenlévő általános complementeltérítő képessége már nem jelentkezik; másfelől vizsgálatainkban azt a tapasztalást tettük, hogy az echinococcusos egyének vérsavója erősebb általános complementeltérítő hatást mutat. Már ezen egy okból is kénytelenek voltunk az antitest megtitrálását rendszeresen végezni. Ha ilyen módon járunk le, akkor a vérsavók általános complement-eltérítő hatása által okozott zavarok többnyire kizárhatók lesznek. Ennek feltűntetésére szolgáljon a következő táblázatunk:

| Vérsavó      | Malacz-antigen | Friss tengeri malacz complement | Eredmény  |
|--------------|----------------|---------------------------------|-----------|
| Echinococcus | 0.4            | 0.1                             | + oldás   |
|              | 0.3            | 0.1                             | kisfokú " |
|              | 0.2            | 0.1                             | kisfokú " |
|              | 0.1            | 0.1                             | kisfokú " |
|              | 0.08           | 0.1                             | O "       |
|              | 0.06           | 0.1                             | kisfokú " |
|              | 0.04           | 0.1                             | +++ "     |
|              | 0.02           | 0.1                             | ++++ "    |
|              | 0.4            | 0                               | ++ "      |
|              | 0.1            | 0                               | teljes "  |
|              | 0.02           | 0                               | teljes "  |
|              | Egészséges     | 0.4                             | 0.1       |
| 0.3          |                | 0.1                             | kisfokú " |
| 0.2          |                | 0.1                             | ++ "      |
| 0.1          |                | 0.1                             | +++ "     |
| 0.4          |                | 0                               | ++ "      |
| 0.1          |                | 0                               | ++++ "    |
| 0            |                | 0.1                             | teljes "  |
| 0            |                | 0.8                             | teljes "  |

1 órát 37<sup>o</sup> C-os thermostaban; utána a haemolytikus systema, 0.05 cm<sup>3</sup> marhavérsejttel + 3 × oldó dosis nyúl-immunsavó. Ismét 2 órát 37<sup>o</sup> C-os thermost. Eredményelolvasás 12 óra múlva.

Ezen táblázatból azon általánosan ismert tény tűnik ki, hogy ha oly egészséges vérsavót használunk fel ellenőrző vérsavó gyanánt, mely önmagában is az alkalmazott 0.4, sőt még 0.2 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben is 2 órán belül a complement hatását paralyzálni tudja, kisebb mennyiségben alkalmazva e complement-eltérítő hatása ad minimum redukálódott; vagyis, hogy a vérsavó csökkent mennyiségével kisebb lesz a complement-eltérítő hatás is. Másként látjuk azt oly vérsavónál, mely a fajlagos ellentestet tartalmazza. Ennél feltűnik egyrészt az, hogy az alkalmazott 0.4, vagy 0.2 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben kapunk ugyan pozitív complementkötési eredményt, de ezek olyan mennyiségek, melyek önmagukban a complement hatását jelentékenyen gyengítik; másrészt azonban azt is látjuk, hogy az alkalmazott legnagyobb adag (0.4 cm<sup>3</sup>) mellett a haemolysis kis foka már látható. Ha sorozatunkban a complementkötés mértékét nézzük, bizonyos *optimalis* adaghoz jutunk el, melyen felüli és aluli adagokban a kötés nem annyira kifejezett.

Ismételtén hangoztatjuk tehát, hogy semmiesetre sem tartjuk elegendőnek a kísérletekben a 0.4, 0.3, 0.2 és 0.1 cm<sup>3</sup>-nyi savómennyiséggel való dolgozást, hanem ki kell terjeszkedünk jóval kisebb adagok alkalmazására is. Mi részünkről lehágó

adagban 0·01 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségig alkalmaztuk az echinococcusban szenvedő beteg vérsavóját.

A kontrollul szolgáló egészséges egyének vérsavójára vonatkozólag szintén fontosnak tartjuk a hosszabb sorozatban való titrálást ép úgy, mint a kérdéses vérsavónál, mint-hogy e vérsavók complementeltérítő hatása az alkalmazott kis adagokban is, ritkán bár, de mégis előfordul, mint arról kísérleteink közben alkalmunk volt meggyőződni. Igaz ugyan, hogy a nem echinococcusban szenvedők vérsavója által okozott complementeltérítő hatás nem olyan tartós és hogy az alkalmazott mennyiségekben is szembeötlő különbségek vannak, mindazonáltal a kontrollul szolgáló egészséges vérsavók kisebb-nagyobb complementeltérítő hatását, mint a reakciózavaró körülményt ismernünk kell. Ilyen esetben pedig a vizsgálat csak úgy lehet eredményes, ha a vérsavókat hosszú sorozatban megtitrljuk, a mikor a két vérsavó gátlóképessége közötti különbség pozitív esetekben szembeötlő.

Kísérleteinkben rendszerint a következő adagokat használtuk:

Antigen (marha vagy emberi): 0·4 cm<sup>3</sup>.

Inaktivált kérdéses emberi savó: 0·4—0·01 cm<sup>3</sup>.

Friss tengerimalacz-complement: 0·1 cm<sup>3</sup>.

Immun nyúlsavóval páczolt marhapirosvérsejt: 0·05 cm<sup>3</sup>.

Ellenőrző savóként állandóan 2 egészséges egyén és egy biztosan echinococcusban szenvedő egyén vérsavója szolgált.

Mellesleg megjegyezzük, hogy az antigent sokszorosan kipróbáltuk és hogy annak a kísérletet zavaró befolyását döntő kísérleteinkben sohasem észleltük.

Mielőtt embereken végzett vizsgálataink eredményéről beszámolnánk, felemlíteni kívánjuk, hogy előbb tájékoztató vizsgálatokat végeztünk nyolcz esetben szarvasmarhákön. E nyolcz esetből háromban echinococcusban semmi nyoma sem volt az állat levágatásakor található, ötben ellenben kisebb-nagyobb számmal voltak echinococcoshólyagok találhatóak a tüdőben és a májban.

Röviden összefoglalva az ezekre vonatkozó vizsgálati adatainkat, mondhatjuk, hogy a nyolcz állat vérsavójával végzett complementkötési reakciónál egyik-másik esetben az echinococcusos állat vérsavója antigennel némi kötést mutatott ugyan, de ingadozó eredményeinknek bizonyító értéket nem tulajdoníthatunk, annál kevésbé, minthogy ez irányú vizsgálatainkat külső körülmények folytán nem folytathattuk, miért is az emberben találandó viszonyokkal ezen adatainkat nem akarjuk összefüggésbe hozni; csak röviden utalunk rájuk, mint érdekes vizsgálati adatokra.

*Emberen végzett vizsgálatainkat három csoportban tárgyalhatjuk.*

*Az első csoportba soroljuk azon eseteinket, melyekben az echinococcusban szenvedő egyénektől in vivo vett vérrel végeztük a vizsgálatokat; a complementkötési reakciót a műtét követte, mely a reactio helyességét beigazolta.*

I. eset: 22 éves nőbeteg, 4 hónapja májtáji fájdalmai vannak. A jobb epigastriális táj eldomborodó. A hasban a jobb bordaív alól kiindulólag a köldök alá 3 ujjnyira, balra a középvonalat 5 cm.-nyire meghaladó, tompaszélű, síma felületű, feszes, elasztikus képlet tapintható, mely kifejezetten fluktuál és a légzés-mozgásokat jól követi. A beteg láztalan. Vérlelet: 4·0 millió vörösvérsejtszám, 6500 fehérvérsejtszám, 100 haemoglobin-érték, eosinophilsejt 4·9%, lymphocytá 26·3%, a többi polynuclearis sejtforma.

Klinikai diagnózis: Echinococcus hepatis.

Complementkötési reactio a műtét előtt pozitív (még 0·01-dal is teljes kötés).

Sebészeti diagnózis: Mint a belgyógyászati.

II. eset: 10 éves leánybetegnek 5 év óta van a hasában daganata. A középvonalban a bal bordaívtól kiindulólag csaknem a köldökig érő, ökölnyi, egyenetlen felületű, helyenkint fluctuáló képlet tapintható, mely a légzés-mozgásokat jól követi. A jobb lumbalis táj eldomborodó, a mélyben fluctuatio, kistökű érzékenység. A lumbalis tájon végzett próbapunctióra víztiszta folyadék ürül, melyben horgok voltak találhatóak. Láztalan. A punctiót követő napon urticaria jelentkezik.

Diagnózis: Echinococcus hepatis.

Complementkötési reactio positiv (még 0·036-dal is csaknem teljes kötés).

Klinikailag és a compl.-kötési reactio értékesíthetősége szempontjából legérdekesebb a III. eset. A 41 éves nőbeteg 6 év előtt kezdődött gyomortáji fájdalmakról panaszkodik. Kistökű gastroptosis mellett a középvonaltól jobbra a lejjebb fekvő májnak tenyérnyi helyen legömbölyített széle tapintható ki, mely mélyebb belégzéskor, avagy a beteg állóhelyzetében kissé kidomborodik. E lelet miatt némi gyanunk támadt echinococcusra, a mely gyanunk azonban ismételt vizsgálattal és Röntgen-átvilágítással sem nyer több valószínűséget. Az echinococcusreactio még 0·06 cm<sup>3</sup> vérsavóval teljes complementkötést mutat (de 0·01-dal is kifejezett a kötés), azonban másfelől a Bordet-Wassermann-reactio is teljes compl.-kötést adott, habár a beteg tagadta, hogy valaha lueses fertőzésben szenvedett volna. A lues-reactio positiv volta miatt szóba kerülhetett a máj gummája, bár állítólag már 6 év óta érez a beteg a fent jelölt helyen kellemetlenséget s a hely nyomási fájdalmassága sem olyan, mint gümme esetén. Ezen okokból azt ajánlottuk a betegnek, hogy vagy hosszabb idejű jod-therapia után ismét jelentkezék, vagy pedig vesse magát alá a műtétnek. A beteg az utóbbit választotta és a műtétkor a májnak szélén gyermekökölnyi echinococcus-tömlőt találtak.

Habár ez esetünkben a Bordet-Wassermann-reactio megzavarta diagnosizunkat, mégis épen ez az esetünk mutatta meg leginkább az echinococcus-serumreactio nagy jelentőségét.

*A második csoportban említjük azon két esetünket, melyben a reakciót hullavérrel végeztük, mert az echinococcus csak a bonczasztalon derült ki és csak mint melléklelet szerepelt.*

Az egyik ilyen nőbetegünk insuff. aortae-ban halt el, a májában pedig ökölnyi zsugorodott echinococcus-tömlőt is találtak. A compl.-kötési reactio 0·2 cm<sup>3</sup>-rel teljes kötést adott (a vérsavó kevés mennyisége miatt részletesebb titrálást nem végezhetünk).

A másik vizsgálatunkat egy pancreascarcinomában elhalt 45 éves férfihulla vérsavójával végeztük: a máj bal lebenyének alsó felületén egy teljesen elmeszesedett burkú, ökölnyi echinococcus-tömlő volt. A complement-kötési reactio még 0·4 cm<sup>3</sup>-rel is teljesen negatív reakciót mutatott.

*A harmadik csoportba soroljuk végül azon 3 esetünket, melyben a compl.-kötési reactio az echinococcus műtéti eltávolítása után rövidebb-hosszabb idő múlva lett végezve.*

A legtöbb szerző ugyanis felemlíti azon érdekes körülményt, hogy klinikailag teljesen gyógyultnak mondott esetek nagy részében még évek multán is sikerül a vérsavóban fajlagos ellentestet kimutatni. A mi ezirányú vizsgálataink is hasonló eredményre vezettek, a mennyiben mind a három esetben a vérsavó fajlagos ellentestet tartalmazott.

Az első esetben 10 nappal a műtét után még 0·01 cm<sup>3</sup> savóval is teljes compl.-kötési reakciót kaptunk. (Az eset leírását lásd az I. csoportban, I. eset.)

A második esetben egy év előtt lép-echinococcus miatt végzett műtét után ejtettük meg a vizsgálatot. A 31 éves férfi ma klinikailag teljesen gyógyultnak mondható. A compl.-kötési eljárással teljesen pozitív reakciót még 0·4 cm<sup>3</sup> mennyiség alkalmazásakor sem kaptunk kifejezetten. De ha tekintetbe vesszük azt, hogy a vérsavónak a teljes compl.-kötési reakcióban kifejtett compl.-eltérítő hatása jóval nagyobb, mint az antigen nélküli reactio-menethen — természetesen mindig ugyanazon savómennyiségekről lévén szó —, nem zárkozhatunk el azon feltevés elől, hogy még a műtét után egy év múlva is megvan a lehetősége a fajlagos ellentestek jelenlétének, bár csak kis mennyiségben. Ezen feltevésünket támogathatjuk azon sokszoros tapasztalásunkkal, hogy az általunk alkalmazott adagban úgy emberi, mint marha-antigenünk a vérsavóban rendszeren jelenlévő általános compl.-eltérítő sajáttságot fokozni nem szokta, vagy csak igen kis mértékben.

A harmadik esetben 41 éves férfibetegről van szó a ki első ízben 2 év előtt jött a belklinikára, a hol a nagy-

fokú icterus, megnagyobbodott, érzékeny máj, a gyakori rázóhideg, leucocytosis stb. miatt cholecystitist és cholangitist körjelzettünk; a sebészeti klinikára átvéve, itt cholecystotomiát végeztek rajta. A beteg állapota azonban nem javult, magas hőemelkedései és icterusa állandóan fennállottak. Körülbelül egy hónap múlva a jobb mellkasfelében a diaphragma az V. bordáig fel van tolvá, alatta resistens tompulat. Transdiaphragmalis punctióra 2 liternyi dögbűzű geny ürült, sok echinococcus-hólyaggal keverve. Három hónap múlva jobboldali empyema thoracis támadt és az ekkor reszekált borda helyén genyedő sipoly maradt vissza. Most, a műtét után 22 hónappal, az empyema még mindig fennáll a genyedő sipolylyal együtt s a most végzett compl.-kötési reactio még 0.01 cm<sup>3</sup>-rel is kifejezetten positiv.

Ezen esetünkben tehát genyedéssel komplikálódott májehinococcosisról van szó. Nem lehetetlen, hogy az empyema az echinococcusos fertőzés következménye és hogy az echinococcosis még most sem gyógyult meg teljesen, s így a vérsavóval kapott positiv compl.-kötési reactio még a jelenleg is fennálló fertőzést mutatja. De ha az empyema más természetű fertőzés következménye volna, akkor esetünk annyiban bir érdekességgel, hogy műtét után 2 évvel is találunk még a vérben fajlagos ellentestet.

Ha az emberi echinococcosisnál végzett vizsgálataink eredményét összefoglaljuk, látjuk, hogy 3 élőből vett vérsavónak még 0.01 cm<sup>3</sup>-e is positiv compl.-kötési reactiót adott a rendszeren alkalmazott 0.4 cm<sup>3</sup> antigennel.

Láthatjuk másfelől hullán végzett vizsgálatainkból, hogy a compl.-kötési reactio sikerül hullavérrel is. Egyik echinococcosisban szenvedő hulla vérevel nem kaptunk positiv reactiót még 0.4 cm<sup>3</sup> vérsavóval sem. Nem tudjuk, hogy ezen esetben miféle körülmény okozta a reactio elmaradását (a reactio megejtése a halál beállta után 3 óra múlva történt), nem tartjuk azonban kizártnak azt, hogy talán szerepet játszott ebben az esetben az a körülmény, hogy az echinococcus teljesen elmeszesedett, kőkemény burokkal volt körülveve.

Végül olyan egyének vérsavójával végzett vizsgálataink, kikből az echinococcus műtét útján több-kevesebb idő előtt távolítottat el, azt mutatják, hogy a fajlagos ellentest a klinikailag teljesen gyógyult egyének vérsavójában is rövidebb-hosszabb (1 év) ideig kimutatható.

Eddigi vizsgálati adataink szerint tehát echinococcosis esetekben a compl.-kötési eljárást igen értékes diagnostikai segédeszköznek tartjuk.

**Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.)**

### A gyomor functionalis vizsgálatáról.

Irt: Galambos Arnold dr., klinikai gyakornok.

Vizsgálatom céljául azon viszonyok megállapítását tűztem ki, a mely a gyomorbetegségekben az anamnestikus adatok, a gyomor s az egész szervezet objectiv vizsgálata s a functionalis vizsgálat eredményei közt fennáll. Meggyőződni igyekeztem arról, hogy vajjon mennyiben vonhatunk következtetést gyomorbajos egyének panaszainak s az objectiv vizsgálatnak alapján a gyomor functionalis zavaraira.

A vizsgálat anyagát a klinika ambulantiája szolgáltatta. Az első 350 beteg közt előfordult gyomorbajos betegeket tettem vizsgálat tárgyává. Minden betegben a részletes anamnesis és status praesens felvételén kívül az Ewald-Boas-féle próbareggelivel összekötött vizsgálatot végeztem s így 86 egyéntől nyert 103 próbareggeli eredményét gyűjthettem össze. A functionalis vizsgálatot a legcsekélyebb gyomorpanasz esetén is elvégeztem. A vizsgáltak közt volt egy-néhány, a kinek semmiféle gyomorpanasza sem volt, s a kin normalis — ellenőrzésül szolgáló — gyomortartalom nyérése végett végeztem a functionalis vizsgálatot.

Az esetek száma aránylag csekély, azonban a betegség

könnyű vagy súlyos fokára való tekintet nélkül, minden gyomorpanaszos egyéneken végeztem functionalis vizsgálatot s így annak eredménye megközelítheti azt az arányszámot, a melyben az a valóságban csakugyan előfordul.

Ha hyperchlorhydriáról akkor szólunk, midőn a gyomornedv aciditása congópapírral meghatározva 40-en felül van, ha normalis secretiónak a 25—39 aciditású értékeket veszszük fel, ha 1—24 aciditás közti értékek esetén hypaciditásról szólunk s anacidnak a szabad sósavat nem tartalmazó gyomornedvet nevezzük, akkor a 86 eset közül

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| hyperchlorhydria | 27               |
| norm. acid.      | 20               |
| hypochlorhydria  | 21               |
| anaciditas       | 18 esetben volt. |

Ha pedig a betegségek neme szerint osztályozzuk a 86 esetet, akkor a következő táblázatot nyerjük:

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| tiszta hyperchlorhydria         | 16 |
| „ hypochlorhydria               | 15 |
| „ anaciditas                    | 12 |
| Gastritis                       | 6  |
| c. hyperacid.                   | 3  |
| norm. acid.                     | 3  |
| c. hypacid.                     | 3  |
| Hypersecretio aliment.          | 2  |
| Hypersecretio cont. (Reichmann) | 3  |
| Ulcus ventr.                    | 1  |
| Carc. ventr.                    | 2  |
| Erosion. haemorrh.              | 2  |
| Crises gastr.                   | 1  |
| Stenosis pylori                 | 1  |
| Egyéb insuff. motor. maj. gr.   | 2  |
| Tuberc. pulm.                   | 0  |
| hyperacid.                      | 3  |
| norm. acid.                     | 1  |
| hypacid.                        | 2  |
| anacid.                         | 2  |
| Cholelithiasis                  | 2  |
| Különböző bajok                 | 9  |

86

A beosztásnak több hibája van; ilyen pl. az önkényesen felvett alsó határa a hyperchlorhydriának (congóval 40); ha pl. 42 lett volna a hyperchlorhydria alsó határa, akkor 12 lett volna a valódi hyperchlorhydria száma s 19 az összes — hyperchlorhydriával járó — esetek száma (ellentétben 40 acid. mellett 16 és 27); hibát okoznak a kombinált eseteknek (pl.: hypersecretio + ulcus ventr., vagy crise gastr. + insuff. mot.) valamely csoportba való önkényes beosztása, a statisztikába fel nem vehetett esetek (vérző ulcus ventr., acut gastritis) stb. stb.

#### Anamnesis.

Az anamnestikus adatok értékesíthetőségének kérdésében azon panaszok állanak előtérben, melyek valamely megbetegedés természetére, fokára megbízható következtetést engedhetnek, a melyek körjelző fontosságúak. A mellékelt kis táblázatból könnyen beláthatjuk, hogy pathognomostikus gyomorpanasz nincsen és hogy valamely gyomorbajra többé-kevésbé jellemző panasz is csak kis számmal van.

|                  | Hyperchlorhydria<br>20 esete | Hypochlorhydria<br>17 esete | Anacid.<br>16 esete | Gastritis chr.<br>12 esete |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Gyomorerégés     | 10                           | 7                           | 3                   | 3                          |
| savanyú felbőgés | 8                            | 3                           | 4                   | 4                          |
| bőgés            | 4                            | 5                           | 6                   | 3                          |
| gyomornyomás     | 5                            | 3                           | 8                   | 1                          |
| hányásinger      | 8                            | 9                           | 6                   | 6                          |
| hányás           | 9                            | 1                           | 4                   | 6                          |
| fájdalom         | 7                            | 11                          | 9                   | 10                         |
| gyomorgörccs     | 5                            | 4                           | 3                   | 0                          |
| étvágytalanság   | 8                            | 6                           | 6                   | 6                          |
| soványodás       | 3                            | 4                           | 6                   | 5                          |
| rossz szájíz     | 2                            | 0                           | 2                   | 6                          |
| nyálfolys        | 2                            | 0                           | 1                   | 0                          |
| szédülés         | 6                            | 5                           | 4                   | 6                          |
| székrekedés      | 7                            | 3                           | 1                   | 5                          |
| hasmenés         | 0                            | 0                           | 6                   | 1                          |

A gyomorégés nem jellemző tünete a hyperchlorhydriának, mert hiszen hypo-, sőt achlorhydriánál is elég gyakran fordul elő; ugyanez mondható a savanyú felbőfögésről is. Gyomorégés és savanyú felbőfögés sokszor együtt fordul elő, de elég gyakori a disszociált előfordulásuk is. Vannak igazi achylia gastricában szenvedő betegek csaknem típusos, hyperchlorhydriára jellemzőnek tartott panaszokkal! Viszont hyperchlorhydriánál — néha magasfokú hyperchlorhydriánál — elég gyakran, az esetek felében hiányzik a gyomorégés, a savanyú felbőfögés. A hyperchlorhydriások gyomorégése főleg étkezés után, a hypochlorhydriások gyomorégése sokszor étkezés előtt jelentkezik s étkezésre javul vagy szűnik; máskor meg állandóan fennáll az étkezéstől függetlenül, sőt éhomra is.

A közönséges, nem savanyú felbőfögésnek még sokkal kisebb a jelentősége, rendszerint a leírása is megbízhatatlan; hol iztelen, hol keserű folyadéknak, hol pedig len szagtalan vagy szagos gázoknak felbőfögéséről tesznek említést a betegek.

A gyomornyomás érzése — többnyire étkezés után — legalább is oly jellemző az anaciditásra, mint a gyomorégés a hyperchlorhydriára; a gyomornyomás gastritisnél elég ritka.

Az émelygés és hányásinger sokszor a hányást előzi meg, sokszor azonban hányás nélkül is hosszan fennállhat. A hányás általában hyperchlorhydria-esetekben sokkal gyakoribb, mint hyp- vagy anaciditásnál. Sokszor nem is igazi hányás az, a mit a betegek ilyennek írnak le, hanem nagyobb mennyiségű savanyú folyadéknak a felbőfögése. A gyakori hányásinger hányás nélkül hypaciditásnál gyakori jelenség.

A gyomorfájdalom és a gyomorgörcs a legkülönbözőbb formában, időben s intenzitásban jelentkezhet bármely functionalis gyomorbajban. Jellemző sajátságuk, kisugárzási irányuk stb. nincs. Feltűnő, hogy gastritisnél milyen gyakori a gyomorfájdalom s ezzel ellentétben görcsös fájdalmak egy esetben sem voltak. A fájdalom jelentkezése s kisugárzási iránya stb. még legjellemzőbb ulcus ventr. eseteiben.

Az étvágytalanságnak pathognomostikai jelentősége egyáltalában nincsen.

A lesóványodás valamivel gyakoribb gastritisnél s anaciditásnál, mint hyperaciditásnál. Jelentősége legnagyobb a kezdődő carcinomában. Oka sem egységes; szerepel: intoxicatio (carcin.), gyakori hányás, csökkent táplálkozás (étkezés utáni fájdalom, hysteria), hiányos felszívódás, hasmenés stb.

A rossz szájíz (keserű, savanyú, édeskés) többnyire reggelentként jelentkezik, néha állandóan fennáll. Leggyakoribb gyomorhurut eseteiben; hypaciditásnál nem fordult elő.

Nyálfolyásról 2 hyper- s 1 achlorhydriás beteg panaszkodott.

A Trousseau által leírt vertigo e stomacho laeso sokkal gyakrabban fordul elő, semmint hogy egyéb okból (anaemia, labyrinthusmegbetegedés, cerumen stb.) létrejöjtenek volna feltételezhető. Bármely bajban előfordulhat, de talán gastritisben a leggyakoribb. Többnyire üres gyomorra, főleg éhomra, de elég gyakran az étkezés után, vagy az étkezéstől függetlenül jelentkezik a szédülés. Néha állandó volt.

A székrekedés aránytalanul gyakoribb hyperchlorhydriánál, mint achlorhydriánál; viszont a hasmenés hyper- és hypochlorhydriánál teljesen hiányzott; anaciditásnál, főleg achylia gastr.-nál gyakori, gastritisnél ritka.

A tuberculotikusok gyomorpanaszai között legállandóbb az étvágytalanság. Sok kezdődő tüdőcsúcsuruhnál semmi más panasz nincsen, csak a nagyfokú étvágytalanság. Mint-hogy az étvágytalanság mögött igen sokféle irányban térhet el a gyomor funkciója, belátható, hogy főleg a kezdődő tüdőbajban milyen fontos a functionalis gyomorvizsgálat alapján történő therapiás beavatkozás. Ezenkívül gyakori tüdőbajosokon, főleg az előhaladottabb szakban a makacs hányásinger és hányás. A szédülés sokszor chloroanaemiás eredetű. Előfordulhat mindenféle egyéb panasz is.

Ulcus ventr. s gastrosuccorrhoea esetén a panaszok rendszerint eléggé jellemzők.

A vérhányás jelentősége ulcus s carcinoma eseteiben, valamint a tömeges hányás motorius insufficientia mellett jól ismert.

Tabes dorsalis 7 esetét vizsgáltam; a gyomorpanaszok semmi jellemző sajátságot sem mutattak; a functionalis lelet érdekes: 5 esetben hyperaciditás volt, gastrikus krízis egy esetben sem volt; egy eset hypacid volt, évek óta tartó igen heves krízissel; az utolsó eset normalis aciditást mutatott, 1 év óta tartó krízissel.

Az anamnesisben az említett panaszokkal legalább is egyenértékű, sokszor még fontosabb a betegség kezdetének, fejlődésének története. A betegségnek időnkinti megszűnése, majd kiújulása, a betegség intenzitásában előforduló gyors s indokolatlan változás, a tünetek sokfélesége, bizonyos kúrának, gyógykezeléseknek eredményes vagy eredménytelen volta a diagnosis helyes felállításának s a megindítandó gyógyszeres beavatkozás irányának alapjául szolgálhat.

Az anamnesisből tudhatjuk meg, hogy pl. évek előtt ulcus ventr.-ban szenvedett a beteg, a mi a jelenlegi kétséges stenosis pylori-diagnosist megerősítheti. Valamely gyomorbaj fennállásának ideje alapján már a priori is kizárhatjuk a kérdéses esetben carcinoma fennállását.

Az anamnesisből ismerhetjük meg a beteg táplálkozásának minőségét és mennyiségét, az alkohol- és nicotin-abusust, a hiányos rágást stb. stb.

Égészen természetes, hogy az anamnestikus adatok legnagyobb része nem spontán bement, hanem az ezirányú direct tudakozódás eredménye.

#### Status praesens.

A status praesens a gyomor s az egész szervezet objectiv vizsgálatának eredménye. A szervezet átvizsgálásakor különös figyelmet azon szervek vagy képletek érdemelnek, melyeknek valamely irányú kóros elváltozása rendszerint megtalálható functionalis vagy organikus gyomorbaj eseteiben; ilyenek a nyelv, a hasfal, a belek, a vesék, a 10. borda, az idegrendszer stb. A gyomor objectiv vizsgálatok: a gyomor helyzete, nagysága, alakja, a gyomorfal tonusának ismerete érdekel, ezenkívül tapintás útján megismerhetjük az esetleges fájdalommasság helyét, terjedelmét vagy tumornak jelenlétét. Hallgatózaskor felületes vagy mély mély loccsanás, ezenkívül a „Spritzgeräusch“ jelenléte érdekel.

A régen a gyomorbetegségek aesthesiometerének tartott nyelvnek szerepe a gyomorbajok diagnostikájában minimalis. A nyelvnek lepedéke (vékony vagy vaskos, szürkés, fehéres, sárgás, barna) többnyire a foggal vagy más éles eszközzel lekapható; ritka esetben tapad oly erősen, hogy a lekaparásnak ellenáll; innét van, hogy rendszerint a hátulsó, gyöki része a nyelvnek vaskosabb réteggel bevont, mint az előlő, a fogak által mechanikailag tisztítható része.

Sok esetben észlelhető, hogy teljesen ép gyomrú embereknek bevont nyelvük van, míg ellenben súlyos gyomorbajban szenvedőkön (carcin., ulcus, gastrosuccorrh.) sokszor élénk vagy halványpiros nyelvet találunk. A gyomorbajok kíséretében fennálló glossitis — a mi néha részjelensége a stomatitisnek — teszi érthetővé azon eseteket is, midőn a nyelv fogbenyomatokat mutat. A nyelvtremor jelentősége azonos az ujjaknak vagy a szemhéjaknak tremoráéval.

A gyomor alakjának, nagyságának és helyzetének megállapításakor a nagy curvatura állásának kopogtatás útján történő meghatározásán kívül (ptosisos gyomrokon a kis curvatura állásának meghatározása mellett) rendszerint a Korányi Sándor-féle gyomorlégőlyag meghatározását is használtam.

A nagy curvatura kopogtatás útján történő meghatározása csak azon esetekben sikerül, a melyekben a gyomor tompa kopogtatási hangot adó folyadékot, vagy szilárd anyagot tartalmaz; ekkor a tompulat a gyomor alatt elhúzódo colon transversum dobos kopogtatási hangjától jól elkülöníthető. Mint-hogy betegeim legnagyobb része oly időben került vizsgálatra, midőn gyomra a reggeli tartalmától még nem szabadult meg teljesen, a legtöbb esetben sikerült is a nagy curvatura kikopogtatása. Ptosis eseteiben, midőn a gyomorhatárok a sokszor vékony hasfalán áttűntek, már inspectio útján is meghatározható volt a gyomor határa.

Ezenkívül igen jó szolgálatot tett az esetek nagy részében

jelenlevő loccsanás is, mert ebből is hasonló következtetések vonhatók, mint a gyomorlég-hólyag nagyságából, helyzetéből; t. i. a gyomor nagyságával arányban áll az a felület, a melynek ütögetésekor loccsanás váltható ki. *A loccsanó gyomorfelület nagysága azonban nemcsak a gyomor abszolút nagyságával áll arányban, hanem sokkal közvetlenebb arányban áll a gyomorlég-hólyag nagyságával, a mi különben szintén a gyomor nagyságával arányban változik.*

A Rieder és Holznecht által Röntgen-képen kimutatott gyomorlég-hólyagot Korányi S. kopogtatta ki a Goldscheider-féle „Schwellenwertpercussio” segélyével. A gyomorlég-hólyag centruma normalisan, háton fekvő emberen kb. a 7. borda magasságában, a parasternalis s a medioclavicularis vonal közt van s a hólyag átmérője 10 cm.-nél kisebb. A Sahli-féle felületes loccsanás eseteiben a lég-hólyag centruma az epigastriumba jó ki vagy annak jelentékenyebb része a bordán alól az epigastriumba terjed át. Korányi szerint valahányszor kiváltható a felületes loccsanás, mindannyiszor a gyomorlég-hólyag részben vagy egészben az epigastriumban foglal helyet. A felületes loccsanás oka e szerint abban a körülményben keresendő, hogy a gyomorlég-hólyag a borda porc-os váza alól az epigastriumba került, ez pedig létrejön mindannyiszor, valahányszor a normalis helyzetű gyomor kitágul (pl. dús étkezés után), vagy a normalis nagyságú gyomor lejjebb száll (gastroptosis). Tehát Korányi Sándor szerint a felületes loccsanás *nem mindig atoniás gyomorban jön létre, létrejöhet normalisan is.*

Stiller ezzel szemben minden felületes loccsanás esetében atoniát vesz fel; szerinte *a normalis gyomor sohasem loccsan.*

A loccsanás főfeltétele, hogy folyadék és levegő együtt legyen a gyomorban. Stiller szerint: a loccsanás létrejöttéhez *a levegőnek a folyadékba történő behatolása szükséges*, míg a folyadékoszlop ütögetésekor — a melynek a mobilizálása sokkal nehezebb, mint a levegőé — nem áll elő.

Korányi S. vizsgálatai kimutatták, hogy a gyomorlég-hólyag normalisan legfeljebb egy ujjal haladja meg a bal bordaívét, míg atoniánál, gastrectasiánál igen nagy lehet s a bordaív alól mindig az epigastriumba hatol; minthogy pedig Stiller szerint csakis a levegőoszlop ütögetésekor áll elő a loccsanás, Korányi S. szerint pedig a gyomorlég-hólyag normalisan a bordaív alatt van, csak atoniánál, gastrectasiánál stb. jelentkezik az epigastriumban, e szerint — s itt találkozik Stiller és Korányi látszólag ellentétes felfogása — *normalisan nincs megadva a fizikai lehetősége a loccsanás létrejöttének, atoniánál azonban igen.* Vitás csak az lehet, hogy mi az oka annak, hogy a túltelt normalis gyomor felett Korányi kap loccsanást? Ezt Stiller szerint csak úgy magyarázhatnók meg, ha felvonnók, hogy a gyomor a túlterhelés ideje alatt *ideiglenesen* atoniás lesz, mint a szív túlterhelő munka után passive kitágul, de az ok szüntével, mint a szív passiv dilatatiója, a gyomorfallal tonuscsökkenése is megszűnik. A felületes loccsanás tehát csak *rendszerint* az atonia jele.

E szerint a loccsanó gyomorfelület nagysága a gyomorlég-hólyagnak a bordák által fedetlenül hagyott nagyságával egyenlő s mindkettő a gyomor valódi nagyságával rendszerint arányosan változik. Azonban a loccsanásra való vizsgálatnak — ép úgy, mint a gyomorlég-hólyag kikopogtatásának — *bizonyos s állandó idővel* a próbaétkezés után kell megtörténnie, mert hisz jelenlétük feltétele, hogy a gyomor még tartalmazzon folyadékot. *Legzélszerűbbnek látszik, ha próbareggeli után  $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{4}$  óra mulva végezzük.* Ha oly időben kapunk loccsanást a gyomor felett, a mikor annak már üresnek kellene lenni, akkor ez motorius insufficientia biztos jele, épen úgy, mint az ily időben még kikopogtatható gyomorlég-hólyag, mit Korányi a motoros insufficientia *legérzékenyebb* szonda nélküli jelének tart.

A gyomor nagyságának meghatározása — folyadékkal vagy levegővel való megtöltés útján — sem ad jobb eredményeket, mint az imént leírtak; mert Pesthy I. vizsgálatai óta tudjuk, hogy a gyomor felfuvódásakor kapott értékek s

az auscultációs percussio útján megállapított gyomorhatár-értékek közt — a gyomor falának tonusváltozása szerint — igen nagy különbségek vannak. Az izomtonus-csökkenéssel a különbség nő; normalisan a differentia 2 cm., ptosis esetén 3 cm., atonia, motor. insuff. eseteiben 4—6 cm. Egyébként a gyomor nagyságának megállapítása nem is nagyon fontos; vannak teljesen ép, jól functionáló megalogastríák. De a beteg tág gyomornál sem a gyomor tágsága a kóros, mert a tágulás mindig másodlagos. Az elsődleges ok a gyomor kiürülésének akadályozott volta, minek következtében az előbb hypertrophizált gyomorfallal passive dilatálódik (per analogiam: szívhypertrophia s szívdilatatio).

Mihelyt a gyomor a passiv dilatatio stádiumába jut, a mit ectasia ventriculinek nevezünk, motorius tekintetben is kezd insufficiens lenni; nem tud kellő időben kiürülni, retentio támad, pangás és bomlásfolyamatok székhelye lesz a gyomor; a functionalis diagnostika segélyével megállapíthatjuk a passiv dilatatio beálltát.

A felületes loccsanás igen gyakori, mert a gyomorhajók nagy részét tevő, astheniás alapon fejlődő functionalis gyomorhajók legnagyobb részében jelen van; azonban ulcus ventr., gastritis stb. eseteiben is találkozhatunk felületes loccsanással; mert hisz atoniás gyomorban is keletkezhetik ulcus, gastritis stb., vagy fordítva: gastritis is vezethet az izomzat tonuscsökkenéséhez. Mély loccsanás nagyfokú insuff. motorica esetén van.

Atonia ventriculi mellett sok esetben találtam kis fokban csökkent hajtóerőt (reggeli után  $2\frac{1}{2}$ —3 óra mulva loccsanás). A valóságban még gyakoribbnak kell lenni, mert eseteimben csak a positiv esetek voltak bizonyítók; a negativ esetek egy része nem bizonyított semmit, minthogy az ambulans betegek különböző idővel reggelijük elfogyasztása után kerültek vizsgálatra. Ha loccsanás volt: atonia volt felvehető; ha  $2\frac{1}{2}$ —4 órával a reggeli után is találtunk loccsanást, akkor a loccsanás kisebb vagy nagyobb fokú insufficientia motoricát is jelentett. Ha 4—5 órával a reggeli után hiányzott a loccsanás, ez nem bizonyított kisfokú motor. insuff. ellen; a reggeli utáni órában vizsgáltak loccsanása nem bizonyított motor. insuff. mellett.

(Folytatása következik.)

## Az angol orvosi viszonyokról.

— Úti levél. —

Irta: Királyfi Géza dr.

London, 1910 szeptember.

A tudomány internacjonalizmusa az összes tudományok végczéljában: az igazság keresésében leli alapját. Daczára ennek az internacjonalizmusnak azonban a nagy kulturnemzetek egyes tudományágak haladására, fejlődésére, egész kialakulására rányomják sokszor saját nemzetiségük bélyegét. Így kétségtelen, hogy a mai orvosi tudomány a német iskola jegyében áll. Az a rohamos haladás, melyet az orvostudomány egyes ágaiban különösen az utolsó két évtized szolgáltatott, nagyobbrészt Németország intuitív munkásságának köszönhető. És ha az egyes kérdések továbbfejlesztésében nagy és kis nemzetek vállvetve buzgólkodtak is, a kérdések felvetésében a vezetőnek nehéz, de értékes szerepét kétség-telenül Németország vállalta magára. Ez az oka a német iskola nagy asszimiláló hatásának.

De míg a nagy nyugateurópai nemzetek természet-szerűleg bele tudják vinni nemzeti jellegüket a saját orvosi iskolájukba, addig mi, mint kis náczió, a melynek külön saját orvosi iskola megalapítására még nagyon fiatal a kulturája, teljesen és csaknem kizárólag a német iskola alapján állunk. Pedig épen a tudományban semmi sem károsabb, mint a separatio, és semmi sem termékenyítőbb, mint az idegen iskolák elveinek, nézeteinek, tanításainak az ismerete. Ez vezette mélyen tisztelt főnökömet, báró Korányi Sándor tanár urat is akkor, a midőn annak a belorvosi iskolának, a melytől jelenleg talán legtávolabb állunk, az angol orvosi iskolának a megismerését ajánlotta.

És csakugyan, az angol viszonyokat oly kevésbé ismerjük itthon, hogy talán nem túlzás az az állítás, hogy az angol iskola orvostudományunk fejlődésére tulajdonképpen kevés hatással volt. Az angol litteraturát kevesen olvassák, az angol laboratorumok munkásságát alig ismerjük, az angol klinikusok működéséről nem veszünk eléggé tudomást. Pedig egy olyan nemzetnek az orvosi iskolájába járni, a mely egy *Harveyt*, egy *Huntert*, egy *Charles Bellt*, egy *Jennert*, egy *Listert* szolgáltató az orvosi tudománynak, nemcsak érdemes, de mindenképpen hasznos és tanulságos.

A mai angol orvosi iskolának az egész berendezése sok tekintetben eltér a miénktől, a mint általában Anglia és a kontinens rendkívül sok vonatkozásban tökéletesen ellentétes irányokat képvisel. Az angol a maga nemzeti jellegét nemcsak socialis intézményeibe, de a tudományba is igyekszik belevinni.

Az angol orvosi egyetemi systema is a miénktől teljesen eltérő alapokon épült felt. Az egyetemi tanítás rendszere decentralizált. A nálunk és a kontinens többi államában levő központi orvosi egyetem helyett London 10—12 hatalmas, nagy kórházának mindegyike voltaképpen egy-egy kis egyetemet képvisel. A kórházak *Medical School*-lal vannak ellátva; ezekben, a kórházakhoz csatolt orvosi iskolában nyerik az orvostanhallgatók kiképzésüket és pedig nemcsak a gyakorlati, klinikai, hanem az előkészítő, theoretikus tantárgyakból is. Hogy ennek a rendkívül praktikus intézkedésnek mennyi előnye van a gyakorlati oktatás szempontjából, az igen könnyen érthető. Elég csak a mi egyetemünknek túlszűfoltására és az ebből épen a gyakorlati oktatásra, a tanításra háramló nagy károokra gondolnunk, hogy beláthassuk, mennyivel alaposabb, behatóbb és valóban az egyes tanulók egyéni képességeihez alkalmazkodni tudó gyakorlati oktatás folyik ezekben az orvosi intézetekben.

Az egyik nagy előny ilyen módon az orvostanhallgatók érdekeit szolgálja. A másik előny, a mely e tanítási rendszer belső berendezéséből folyik, a tanulmányaikat végzett fiatal orvosoknak szól. Az orvosi szolgálatot ugyanis a kórtermekben a *physician*, a *house-physician* és az ez utóbbi mellé beosztott 6—8 orvostanhallgató, *clerk* látja el. A *physician*, a kórházi főorvos, az egyetemi oktatást teljesítő szolgálata révén az egyetemi tanárnak, a *house-physician*, a ki rendszerint az épen diplomát nyert fiatal orvosokból kerül ki, az egyetemi assistensnek felel meg. A *physician*, a ki körülbelül 50—70 beteg felett rendelkezik, hetenkint 2-szer, 3-szor vizitet tart az orvosi személyzettel, egyébként pedig a teljes felelősséget az 50—70 beteg felett ez a fiatal *house-physician* vállalja. Ez a rendszer alkalmat nyújt ilyen módon e fiatal orvosoknak arra az értékes tapasztalatgyűjtésre, a melyet cspán az önálló működési kör, a saját felelősségérzetének tudata szolgált. Minthogy a *house-physician*-ek állása 6 hónaponként változik, beláthatjuk, hogy milyen bőséges alkalom kínálkozik a fiatal orvosi generáció helyes kiképzésére. A systema harmadik előnye pedig a kész orvosokra háramlik. Ezek a nagy, hatalmas *Hospital*-ek ugyanis rendszerint 5—6—800 ágyval rendelkeznek (a *London Hospital*-nek 922 ágya van) és így könnyen érthető, mily nagy ezeknek az egyetemi oktatást ellátó *physician*-eknek a száma és ezzel együtt mily nagy tér kínálkozik itt az arra alkalmas erők foglalkoztatására, kihasználására is. Ilyen módon ennek a decentralizált és berendezésében a praktikusság elvét követő egyetemi systemának a nagy előnye végig kíséri az orvosi hivatásra lépőt hallgató korától kezdve egész késői élet-pályájáig.

Ezeknek az orvosképzést szolgáló kórházaknak a berendezése igazán mintaszerű. A „*London Hospital*“ mint London legnagyobb kórháza szolgálhat e szempontból mintául. A theoretikus tárgyak számára külön *department*-je van a biológiának, (botanica, zoologia és embryologia), a chemia és physicának, a *materia medica* and *pharmacy*-nak (magában foglalja a gyógyszeriant, méregtant és törvényszéki orvostant), az anatomianak, a physiologianak, a pathologianak (kórbonczolástan, bakteriologia, *experimental-pathologia*) és a közegészség-

tannak. Mindegyik szakosztály természetesen a megfelelő laboratorumokkal, múzeumokkal, előadási és demonstráló termekkel, illetve boncztermekkel van ellátva. Ezenfelül régi és modern orvosi munkákból álló hatalmas nagy könyvtár áll a hallgatók rendelkezésére. A gyakorlati tanítás a fentebb említett módon a kórtermekben folyik és magában foglalja az összes ismert klinikai tárgyak mellett a tropusi betegségek tanát. A fekvő beteganyagon kívül a kórháznak hatalmas, nagy ambulatoriuma, a mely állandó, éjjel-nappali orvosi szolgálatot követel, szintén nagy mértékben hozzájárul a gyakorlati kiképzés sikeréhez. A *London Hospital Clubs' Union*, a melynek külön tennis, cricket, football, hockey, golf stb. stb. clubja van, gondoskodik az ifjúságnak a testi neveléséről.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni és dicsérni azt, az egész nemzet életére kiható üdvös irányzatot, a melyet a sport nagy arányú művelésével az egyetemi oktatás systematizált. Ez, a szellemi kiképzéssel egybekapcsolt egészséges testi nevelés talán nagy részben hozzájárul annak a feltétlen tiszteletre méltó magas erkölcsi piedesztálnak a megteremtéséhez is, a melyen a mai angol ifjúság áll és a mely egyúttal tetterős, életképes generáció képzésével az államnak is azt a szilárd, biztos alapot szolgáltatja, a melyre később, a saját külön nemzeti „*struggle for life*“-jének legkülönbözőbb körülményei között feltétlenül támaszkodhatik.

A *London Hospital*-nek itt vázolt viszonyaival körülbelül teljesen egyező úgy a kórházi berendezése, mint a *Medical School*-ja a többi nagy kórháznak is.

Egy szót talán maguk a kórházi betegszobák, a *wardok* is megérdemelnek. A kórtermek, daczára, hogy a kórházak nagy része több százados multra tekint vissza, mindenben lépést tartva a hygiene újabb eredményeivel és megfelelő módon átalakítva, a modern közegészségügyi követelményeknek mintaszerűen megfelelnek. Ezen felül még egy, a betegek szempontjából eléggé meg nem becsülhető szép és nemes tendencia jut érvényre bennök: a testi szenvedésektől elgyötört betegek lelki világának, kedélyének az emelése. A mi, többé-kevésbé sivár, rideg betegszobáinkkal szemben ezek a kórtermek valósággal üdítőleg hatnak a szemlélőre. Az otthontól való távollét megkönnyítésére valósággal új otthont igyekeznek a szenvedő betegek elé varázsolni. A betegágyak mindegyike külön lefüggönyözhető; a kórtermekben annyi a friss virág, a palma, az örök-zöld, hogy egyik-másik betegszoba valósággal virágos kertnek felel meg; a falakon sok helyütt festmények, művészi reproductiók és a legkülönbözőbb modern fal-díszítmények láthatók; a fényesre csiszolt parquetten kényelmes puha karosszékek, sőt egyik-másik kórteremben — a mi számunkra talán horribile dictu! — még zongora is áll a betegek rendelkezésére. A gyermekosztályokon még nagyobb a luxus. A falakon egész gyermekmeséknek a színes illusztrációi kirakott porcellánból, a betegszobákban minden elképzelhető játék, egészen a modern grammophonig. Egy másik, a mi szemünknek szintén szokatlannal kellemes jelenség az a rendkívül sok alapítványi ágy, a mely egy ilyen kórteremben látható. Mindegyik felett kis emléktábla mondja el az alapítványi ágy történetét. Valóban a legszebb módja a kegyeletnek, a melylyel egyesek hozzátartozóik emlékeit megörökíthetik!

Röviden meg kell emlékeznünk azokról a névtelen munkásairól is a jótékonyágnak, a kik ezeknek a kórházaknak igazi fentartói, az angol ápolónőkről, a *nurse*-ökről. Számsan vannak közöttük olyan fiatal nők, a kiket nem a megélhetés gondja vagy a kényszerűség, hanem a hivatás szerezete készít erre a munkakörre, melynek a teljesítésében példás lelkiismeretesség, emberszeretet és alapos tudás jellemzi őket. Másrészt viszont a kórházak is igyekeznek mindenképpen megbecsülni ápolónőiket és ezzel az általuk teljesített nagy szolgálatot. Talán nem érdektelen annak a felemelése, mert némileg bevilágít az angol ember nagystíliú és nemes gondolkozásmódjába, hogy például a *London Hospital*-hez kapcsolt *Nurse-Homenak* a berendezése, a mely mellett egyébként az ápolónőknek külön tennis-groundjuk is van,

egy modern európai szálló igényeit is bátran kielégíthetné. 700 nurse számára 700 szépen berendezett hálószoba áll rendelkezésre!

És mindez annál dicséretesebb, mert a kórházaknak fentartása teljesen, az utolsó kis virágszálig, a mely a kórterem ablakát díszíti, magánosok nagylelkű adakozásának köszönhető. A legszebb példával járt elől maga Alexandra királyné, a ki 1900-ban az első Finsen-apparatust ajándékozta a London Hospitalnak, a melylyel azóta a lupusos betegeknek nagy számát tudják gyógykezelésben részesíteni. Ha tekintetbe vesszük, hogy a városnak vagy az államnak a kórházakkal hivatalból szemben semmiféle kötelezettsége nincsen és e 10—12 hatalmas nagy intézmény, a mely a gyógyítás és az oktatás kettős nemes czélját teljesíti, tisztán magánemberek nemeskeblűségére támaszkodik, úgy el nem tagadható bizonyos magasabb humanitarius érzés és tisztultabb erkölcsi fel fogás az egész nemzet részéről.

Hogy milyen óriási, nagyarányú működést fejtenek ki ezek a kórházak, erre nézve csak néhány adatot iktatok ide a London Hospital statisztikájából. Évente átlag 14.000 a kezelésben részesülő fekvő betegek, az *in-patient*-ek száma és 230.000 ambulans beteg jelentkezik az *out-patient*-ek osztályon. A London Hospitalhoz, a mely az angol fővárosnak legnagyobb kórháza, körülbelül hasonló arányú a gyönyörű fekvő *St. Thomas Hospital*, a mely a Themse partján, szemben a parlamenttel, 7 különálló hatalmas épületet foglal el. Szintén nagystílű és különösen Medical-Schooljáról nevezetes az *University College Hospital*, a melynek a tanítói karában olyan nevekkel találkozunk, mint *Barlow* és *Gowers*. Igen kiváló orvosi iskolája van a *Guy's Hospitalnak*, a *Bartholomews*, a *St. Mary's*, a *George Hospital*-nak, stb. Igen érdekes a tropusi betegségben szenvedők számára épült *Seamen's Hospital*, a londoni egyetemmel kapcsolatban levő *London School of tropical medicine*, a melynek negyedévi kurzusait igen nagy számban hallgatják az angol gyarmatokra kivonuló orvosok. Így az elmúlt esztendőben 900 volt a hallgatók száma. Rendkívül tanulságos a kórháznak a múzeuma, a melyben igen szép maduraláb, szívizomfilaria, amoeba-coli okozta májabscessus stb., továbbá praeparatumgyűjteménye, a melyben gyönyörű *trypanosoma Lewisi*, nagana, továbbá febris recurrens, malignus malaria, bilharzia, halteridium által eldugaszolt tüdőcapillaris stb. készítményeket volt alkalom látni.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Deutsch Ernő: Közlemények a gyermekvédelem és a gyermekhygiene köréből.** Megjelent a Társadalmi Múzeum kiadványai között. 1910.

Szerző a Társadalmi Múzeum Értesítőjének II. évfolyamában megjelent cikksorozatát a Társadalmi Múzeum igazgatóságának kérésére bővítve és javítva külön munka alakjában is kiadta, hogy ily módon összefoglaló képet nyújtson a külföldi és hazai ezirányú intézkedésekről és intézményekről. A munka öt fejezetre oszlik. Az első az anyaság védelmével foglalkozik és ennek keretében ismerteti egyebek közt a „*mutualité maternelle*“-t, a terheseke otthonát és a budapesti Weiss Alice-féle gyermekágyas-otthont. A csecsemőhalandóság okai közt kiterjeszkedik bőséges statisztikai adatok alapján mindazon tényezőkre, melyek erre befolyással vannak. A csecsemő-kórházak fejezetében nagy közvetlenséggel beszél ezek nagy jelentőségéről és a nehézségek dacára is áldásos működéséről. A negyedik fejezetben foglalkozik a csecsemők intézeten kívüli ellátásának módjairól: leírja a *consultations des nourisson*-t, a *gouttes de lait*-t, ismerteti ezek mellett a szerző vezetése alatt álló budapesti „Ingyen-tej“ működését.

Látjuk ez utóbbin, hogy első sorban a természetes táplálást iparkodik hirdetni és minél nagyobb mértékben terjeszteni. Hogy az ilyen intézmények működésének hatása a csecsemők általános halálozásán nem vehető észre, az — dacára intensív működésüknek — onnan ered, hogy működésük mégis aránylag kisebb körre szorítkozik. Miután még a hygienés tejnyeres föltételeit és eszközeit írja le, áttér a hazai gyermekmektvédelemre, melynek keretében ismerteti mindazt, a mit e téren nálunk a társadalom alkotott és kifejttet.

Az élvezetes, könnyed stylusban, részletesen megírott és nagyszámú (86) ábrával ellátott munka kitűzött feladatát kétségtelenül nagyon jól tölti be és vele a művelt közönség, de az ezirányú kérdések iránt érdeklődő orvosi kar is jó, megbízható tájékoztatóhoz jutott. *Flesch Ármin dr.*

**Rudolf Schmidt: Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane.** Urban & Schwarzenberg. Wien-Berlin, 1911.

A hasüri rákok korai felismerése nemcsak egyik legnehezebb feladata a belgyógyásznak, hanem egyszersmind olyan feladat, melynek megoldása első sorban az általános gyakorlat terén működő orvosra és különösen a házi orvosra hárul. Csak akkor, ha ő felismeri a sokszor jelentéktelennek látszó, gyakran könnyelmű módon egyszerűen „idegességnek“, „vérszegénységnek“, „tüleröltetésnek“ stb. tulajdonított kezdeti ráktüneteknek igazi jelentőségét, csak akkor vonulhat fel a specialista klinikus az ő finomabb vizsgálati módszereivel, a modern laboratoriumi vizsgálódás számos segédeszközével, hogy a bajt megállapítsa, csak akkor nyílik hálás tere a sebésznek, hogy a még kezdeti szakában levő daganatot kiirtsa; azok az esetek, a hol a rák diagnosisa kiabál, már rendszerint alkalmatlanok a gyökeres gyógyításra. A gyakorló orvos ezen nagy felelősségén óhajt könnyíteni *Schmidt* szóbanforgó könyve, mely nagy praecisítással írja le a hasüri rákok tünettanát, azt a számos és változatos kórképet, mely alatt ezen betegségek lefolynak s egyszersmind alaposan megismerteti ama vizsgálati módszereket, melyek különféle esetekben a diagnosist megállapítására vezethetnek. A bő tapasztalásokon nyugvó, nagy szakértelemmel és kiváló gyakorlati érzéssel megírt és számos érdekes köreset leírásával illusztrált könyvet melegen ajánljuk úgy a gyakorló orvosok, mint a specialisták figyelmébe. *P.*

### Új könyvek.

*P. Römer*: Lehrbuch der Augenheilkunde. Wien, Urban und Schwarzenberg. 20 m. — *H. Meyer-Rüegg*: Die Geburtshilfe des Praktikers. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *R. Bernstein*: Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter. Stuttgart, F. Enke. 6 m. — *K. Mendel*: Die Paralysis agitans. Berlin, S. Karger. 4 m. — *A. Schüle*: Wesen und Behandlung der Achylia gastrica. Halle, C. Marhold. 1'20. — *Pfaundler und Schlossmann*: Handbuch der Kinderheilkunde. Erster Ergänzungsband. Leipzig, F. C. W. Vogel. 20 m. — *Pospischill und Weiss*: Über Scharlach. Berlin, S. Karger. 5 m. — *W. Stöltzner*: Oxyphathie. Berlin, S. Karger. 3 m. — *H. Boas*: Die Wassermann'sche Reaction. Berlin, S. Karger. 5 m. — *L. E. Bregman*: Diagnostik der Nervenkrankheiten. Berlin, S. Karger. 12 m. — *Eppinger und Hess*: Die Vagotonie. Berlin, A. Hirschwald. 2'80 m. — *E. Kindborg*: Theorie und Praxis der inneren Medizin. Band. I. Berlin, S. Karger. 7 m. — *A. Kussmaul*: Die Störungen der Sprache. 4. Auflage. Herausgegeben von H. Gutzmann. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — *O. Rigler*: Die Therapie der täglichen Praxis. Band I. Leipzig, G. Thieme. 8 m. — *H. Rohleder*: Die Zeugung beim Menschen. Mit Anhang: Die künstliche Zeugung beim Menschen. Leipzig, G. Thieme. 7 m. — *H. Schelble*: Bakteriologische und pathologisch-anatomische Studien bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. Leipzig, G. Thieme. 4 m. — *W. M. Brickner, E. Moschcowitz und H. M. Hays*: 700 diagnostisch-therapeutische Ratschläge für die chirurgische Praxis. Leipzig, J. A. Barth. 4 m. — *K. Hasebroek*: Die Blutdrucksteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Standpunkt. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3'60 m. — *A. Wassermann*: Hämolyse, Zytotoxine und Präzipitine. Leipzig, J. A. Barth. 4'80 m. — *A. Wurtz*: Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinde und Private innerhalb des deutschen Sprachgebiets. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — *Castaigne et Chiray*: Manuel des maladies du foie et des voies biliaires. Paris, Masson et comp. 20 fr. — *A. Martinet*: Thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire. Paris, Masson et comp. 3'50 fr. — *Lardennois et Okinczyk*: Étude sur les hernies du gros intestin. Paris, Masson et comp. 2'50 fr.



## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

**A köpet vizsgálata gümöbacillusokra** sokszor nagyon fáradságos a gümöbacillusok csekély száma miatt. A vizsgálat megkönnyítésére ilyen esetekben már sok módszert dolgoztak ki, a melyekhez *Löffler* (Greifswald) most egy újabbat csatol. Ez az úgynevezett chloroform-eljárás röviden a következő: Bizonyos mennyiségű (5, 10, 20 cm<sup>3</sup>) köpetet ugyanannyi 50%-os antiforminnal keverve lombikban felfőzünk. Erős habképződés és némi megbarnulás mellett a folyadék úgyszólván rögtön homogénné válik. 10 cm<sup>3</sup>-éhez már most 10 térfogatrészt chloroform és 90 térfogatrészt alkohol elegyének 1:5 cm<sup>3</sup>-ét téve, a folyadékot erősen összerázzuk és a centrifugáló-készülék csövecskéibe öntve, 15 percig centrifugáljuk. Ilyenkor a csövecske alsó csúcsos részét kitöltő chloroform felett korong képződik, a melyet a felette levő folyadék leöntése után egészében kivesszünk, tárgyüvegre teszünk és 1 csepp tojásfehérje hozzátevésével (a tojásfehérjét 0.55% carbol hozzáadásával conserválva tartjuk kézszenlében) egy másik tárgyüveggel finoman eldörzsöljük. A két tárgyüveg széthúzása után a rajtuk levő réteget megszáritjuk, lángon többször áthúzással rögzítjük s a szokásos módon megfestjük (forrásig hevített carbolfuchsin, 3%-os sósavas alkohol, lemosás, utána festés malachitzölddel vagy methylenkékkel). (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 43. szám.)

**A rák és a fertőző betegségek között bizonyos összefüggést** tételez fel *R. Schmidt*, a mennyiben statisztikai adatai szerint a rákbetegség és a fertőző betegségek gyakorisága fordított arányban áll. Ennek folytán a rák esetek szaporodása az újabb időben arra volna visszavezethető, hogy a modern hygiene a fertőző betegségeket erősen csökkentette. (Mediz. Klinik, 1910. 43. szám.)

### Belorvostan.

**A tüdővészések étvágytalanságáról** ír *Schleisiek*. Három alakját különbözteti meg. Az első a gyomorchemismus zavarain alapszik; ilyenkor a meglévő chemismus-zavar (hyperaciditas, subaciditas, anaciditas) orvoslandó. A másik alak latens vakbél-folyamatra vezethető vissza. A szerző tapasztalatai szerint étvágytalanság esetén, a mikor a gyomor vizsgálata motorius zavart állapít meg, nagyon alaposan kell megvizsgálni a vakbél tájékát; ily módon akárhányszor már olyankor fogunk találni appendix-gümőkört, a mikor a betegnek még semmiféle localis panasza sincs. Ezekben az esetekben természetesen a műtéti beavatkozás szüntetheti csak meg az étvágytalanságot. A harmadik a toxikus alak. Az étvágytalanságnak ez az alakja főleg a tüdővész legkezdetibb szakában, a mikor a tüdőben objectiv elváltozás még alig mutatható ki, annyira gyakori, hogy *Sée* külön latens dyspepsiás phthisisről beszél. A toxikus anorexia rendkívül makacs; a szokásos stomachicumokat megkísérelhetjük, de többnyire semmire sem megyünk velük. A tuberculinnal azonban ilyen esetekben igen jó eredményt érhetünk el. (Zeitschrift für Tuberkulose, 16. kötet, 5. füzet.)

**Asthma bronchiale** eseteiben *Kuhn* szerint nem — mint a hogy eddig tettük — a kilégzés megnyújtására kell törekednünk, hanem épen ellenkezőleg a belégzést kell hosszabbá tenni. A belégzési gyakorlatokkal gyorsíthatjuk a gyűjtőeres keringést, a jobb szívet tehermentesítjük; a tüdőnek bővérből való válsága folytán a levegő oxygenjének kihasználódása a tüdőben fokozódik. A belégzést tovább azért is czélszerű meghosszabbítani, mert ily módon tovább maradnak nyitva a kis bronchusok s így a bronchus-izomzat görcse ellen is hathatunk. A belégzés mélyítésére nagyon jól használható a *Kuhn*-féle szívó-álarcz. A vérnek a tüdő felé terelődése folytán az agyvelő kevésvérvé lesz, a vagus-központ izgalma csökken s ezért a bronchus-görcs szűnik. A tüdőnek bővérvé válása miatt a köhögés többnyire megszűnik, a

szívós váladék folyékonyvá válik. Végül még a tüdő térfogatának megkisebbedése, a mellkas mozgékonyabbá válása, a légzőizmok erősítése és a szív megerősödése tekintetében kedvező hatású a *Kuhn*-féle álarcz használata. Az elmondottakból érthető, hogy asthma bronchiale eseteiben nagyon jó eredménnyel használják ma már nagyon sok helyen a *Kuhn*-féle álarczot. (Mediz. Klinik, 1910. 42. és 43. szám.)

### Sebészet.

**Bársingrák** felismerésére *Brünings* a közönséges szondák helyett olyanokat használ, a melyeknek végén éles ablakú oliva van; ily módon úgyszólván mindig sikerül daganat-részecskéket kapni a szondázás alkalmával a mikroszkopi vizsgálat számára. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 47. sz.)

**Heves fájdalommal járó osteosclerosis** esetét írja le *Nehrkorn*. A 40 éves nő évek óta szenvedett heves végtagfájdalmakban, a nélkül, hogy sikerült volna a fájdalmak okát kideríteni. Az eleinte csúszosnak és neuralgiásnak feltevezett fájdalmak ellen irányult kezelés teljesen hatástalan volt. Később a *Röntgen*-kép alapján periostealis hyperostosis, illetve exostosis véve fel, különböző csontok corticalisát levésték, kevés eredménnyel. Egy ilyen újabb beavatkozás alkalmával a szerző a felkarcsontot egész vastagságában felvéste s a szűkült velőüreget kikaparta; a csont a velőüreg rovására erősen megvastagodottnak bizonyult. A műtét után a beteg annyira megkönnyebbedett, hogy maga kívánta többi csontjának a megoperálását. Az évek során azután szinte valamennyi hosszú csöves csontját egész hosszukban felvésték s velőüregeiket kikaparták. Az eredmény jó volt. (Archiv für klinische Chirurgie, 92. kötet, 3. füzet.)

**Az epekőműtétek után támadó anuriáról** ír *Clairmont* és *Haberer*. Ilyen anuria, illetve oliguria jelentkezését mindig súlyos sárgaságban szenvedő betegeken észlelték és pedig 5 eset közül 3-ban halálos kimenetellel. Az anuria okát az icterus által létrehozott vesemegbetegedés szolgáltatja. Az ilyen vese látszólag jól működik és műtét előtt a vesefunctio zavarának nem is állott fenn egyik esetben sem valamilyen jele; maga a műtét és a narcosis szolgáltatja aztán azt a pluszt, melylyel a már amúgy is beteg vese nem bír megbirkózni és ez vezet a halálos anuriára. Kutyákon is choledochuslektéssel több ízben — 13 esetből 8-szor — bírták kimutatni a vesefunctio csökkenését az indigo-, carmin- és phloridzincukorkiválasztás kifejezett elhúzódásának alakjában. Az anuria egyszersmind az epesecretio megszűnésével is jár. Ezen súlyos complicatio ellen egyetlen védekezésünk csak az lehet, ha a beteget idejekorán operáljuk, mielőtt még a májfunctio súlyosan szenvedett volna. (Mith. a. d. Grenz. 22. köt., 1. f.)

### Gyermekorvoslás.

**A csecsemők konyhasólázának kérdését** tárgyalja *Nothmann*, *Finkelstein* intézetéből (Berlin). *Finkelstein* és *Meyer* tapasztalta legelőször, hogy konyhasóláznak orális adagolása csecsemőkben lázat idéz elő. Ezen tapasztalatot azóta mindazon vizsgálók megerősítették, kik e tárggyal a szükséges alaposággal és tárgyilagossággal foglalkoztak, úgy, hogy véleményeltérések ma már csupán ezen tünet gyakorisága és törvényszerűsége felől hallhatók. Olyan kísérleti sorozatokkal, hol nagy százalékszámokban voltak positiv reakciók, szemben állanak olyanok, melyekben a negativ eredmények a túlnyomók. Míg pl. *Finkelstein* intézetében 100 gr. 30%-os konyhasólátra jóformán mindig láz köszöntött be, addig *Friberger* 54 kísérlete között csak nyolcszor látott lázas reakciót. Közelfekvőnek látszott, hogy e különbségek az eredményekben csak az alkalmazott módszernek és a felhasznált beteganyagának különbségein alapulhatnak. A tünetnek nagy, alapvető fontosságánál fogva kívánatosnak látszott azért *Nothmann* előtt, hogy tanulmányozza a feltételeket, a melyektől a sóláz beköszöntése függ. Ügyelettelt volt azért az adag mennyiségén kívül a gyermek korára, a gyomorbelcsatorna állapotára, a táplálkozás módjára, a konyhasóláttal való érintkezésre és az alkati mozzanatok befolyására.

Ezen vizsgálatainak eredményét *Nothmann* a következőkben foglalja össze:

A konyhasóreactio 100 gr. 3%-os oldat beadása után átvizsgált anyagában nem csupán az első élethónapokra szorítkozik, hanem észlelhető, bár egyre csökkenő gyakoriságban, az első életév végéig és azon is túl. A konyhasóreactio tünetei közé nem csupán az eddig leggyakrabban megfigyelt hőemelkedés tartozik (többnyire emelkedés, ritkán süllyedés), hanem a bélműködésnek megváltozása is és tetaniás gyermekeken az idegrendszer befolyásolása. A reactio létrejöttére kétségtelenül befolyást gyakorol a kor, a bélsatorna és idegrendszer állapota. Különösen hangsúlyozandó azonban, hogy ezeken kívül még ismeretlen, egyéni sajátosságok is befolyásolják a reakcióképességet. A táplálás módjának, a felszívódás gyorsaságának szerepéről a konyhasóláz előidézésében tájékozva nem vagyunk. A konyhasóreactio ezért nem változatlanul állandó minden időben, hanem ingadozik a szerint, hogy milyen a gyermek állapota a vizsgálat alkalmával. (Zeitschr. f. Kinderhk. 1910. 73. 1.) *Flesch.*

### Venereás betegségek.

**A syphilisnek 606-tal való „idült” kezelését** ajánlja 400 esete kapcsán *Kromayer* (Berlin). A therapia magna sterilisans az eddigi tapasztalások szerint nem vált be az emberi syphilis eseteiben. A lehetősége nem zárható ugyan ki, de egyelőre nem valószínű. Ebből kiindulva *Kromayer* az utóbbi időben teljesen föl hagyott az eredeti kezelési elvvel, hogy t. i. a 606-ot egyetlen magas adagú injectióval viszzük a szervezetbe és a szert többszörös injectióval, elaprózva adja. A 606-tal való syphilisellenes kúrát úgy végzi, hogy a betegnek minden második napon 0.2 gr.-ot ad a szerből. 12 nap alatt a beteg 1.2 gr.-ot kap; ennyi ideig tart az „idült” kezelés. *Kromayer* ezt az elaprózott dosisú kúrát ambulans lueses betegeken is alkalmazza. Ilyenkor naponta vagy kétnaponta ad egy-egy injectiót 0.1 gr.-nyi tartalommal. Az ilyen járólág végzett kúra teljes adaga 0.9 gr.-ból áll. A fractionált dosist különösen intramuscularis vagy intravenás injectio alakjában alkalmazza. A szerző ezzel az elaprózott kezelési eljárásával nagyon meg van elégedve, bár az egyes syphilidek visszafejlődésének leírása nem látszik azt bizonyítani, hogy a 606 hatása ily módon jobb és szembetűnőbb volna. A keményen infiltrált primaeraffectiók s a nagy papulás syphilidek, valamint a condylomák csak lassan, olykor tökéletlenül fejlődnek vissza, tehát úgy, mint akárcsak az eredeti eljárásra. A fractionált kezelési eljárás előnyét tehát mással kell bizonyítani s ez a statisztika. Míg *Kromayer* az eredeti eljárással 32%-ban észlelt recidivát, addig a többszöri injectió methodus nyomán csak 4%-nyi recidivát tapasztalt. Legjobbák voltak a gyógyulási eredmények akkor, a mikor az „idült” 606-os kezelést kénesős kúrával kombinálta. Ezekben az esetekben egyetlen recidiva sem mutatkozott még. Mindezek alapján a szerző úgy véli, hogy az lesz a helyes eljárás, ha az egyetlen nagyadagú injectio helyébe a többszörös, kis dosisú injectiók lépnek. A szervezetnek az arsen iránti túlérzékenységét ez az eljárás nem növeli s kellemetlen mellék tüneteket sem észlelhetni tőle. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 49. szám.) *Guszman.*

### Orthopaedia.

**A világrahozott csípőizületi ficzamosodás véres műtét nélküli kiigazítása után ritkán észlelt következményes elváltozásokat** ismerteti *W. Böcker* (Berlin). A czombcsont izületi végének különböző elváltozásaira, mint beigazítás utáni complicatiókra, csak a legújabb időkben fordult a műtők figyelmé. Mint ilyen elváltozás a coxa vara már eléggé ismert. Ujabbán *Drehmann* és *David* a sokszor észlelt coxa valga-ra irányította a figyelmet. Bár ez utóbbi deformitást elégszer észlelték világrahozott csípőficzamosodásnál, mégis csak kivételesen fordul elő mint világrahozott elgörbülés, hanem a ficzamosodás következtében a czombfejcsre

ható functionalis megterhelés hiánya szerepel mint aetiologiás momentum. *Böcker* egy Little-kóros gyermekben észlelt coxa valgát, mely az utókezelést rendkívül megnehezítette. Egy másik gyermek mindkétoldali ficzamosodásának a beigazítása után az egyik oldalon az erősen abdukált és kifelé rotált végtag a szorgalmasan gyakorolt redresszáló kezeléssel sem volt a középállásba hozható. A fixáló periodus után egy évre kezdett csak lábra állani s öt év múlva is csak két botra támaszkodva tudott járni. A Röntgen-kép a czombnyak hajlasi szögének teljes hiányát mutatta, a czombnyak tengelyének az iránya a czombcsont testének a folytatása volt. A végtag kóros állása csak intertrochanteres osteotomiával volt korrigálható. Kétséget nem szenved, hogy míg világrahozott és traumás coxa valga esetében a primaer ok a czombnyakban keresendő s az elgörbülés következtében fejlődik ki a végtag abductiója és kifelé rotatiója, addig a leirt esetben a repositio után hosszú időn át fenállott hasonló végtagállás és később a megterhelés hozta létre másodlagos úton a coxa valga-t.

Másik érdekes esetet közöl még *Böcker*, melyben a repositio és fixatiós periodus után bekövetkezett czombtörés következtében a czombcsont felső harmadának nagyfokú elváltozása, illetve kétszeresre megvastagodása jött létre. A hypertrophia a fokozott növényi izgalom következményének tekinthető. (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für orth. Chir. 1910. IX. Congress.) *Kopits dr.*

### Röntgenologia.

**A gyomor sósavtartalmának, legmélyebb pontjának, valamint a gyomorfallal tonusának összefüggését** vizsgálta *Bräuning H.* Két szabályszerűséget tapasztalt. Azon esetekben, a hol kevés sósavat termel a gyomor, ott a gyomorfallal tonusa is lazább, mint rendesen. Azonban olyan esetekben, a hol kicsiny a tonus, ott a gyomor legalsó pontja mélyebben lenyúlik, mint rendes viszonyok között. A három vizsgált tényező annyiban függ egymástól, hogy egy közös betegség mint közös ok váltja ki őket mint tüneteket egymás mellett, de egyik sem szerepel úgy, mintha a másiknak következménye volna; pl. adott esetben hiába szaporítjuk a sósavat, a másik két tényező nem változik. (Münch. med. Wochenschrift, 1910. 14. sz.)

**Az idült hörgőhurut s az asthma Röntgen-therapiájához** kiegészítést nyújt s újabb esetekről számol be *Schilling*. Asthmás és hörgőhurutos betegeit úgy válogatta meg, hogy minden szövödményes bajtól mentesek voltak és így a Röntgen-kezelés csak magára a fentemlített bajokra volt befolyással. Az elért eredmények a következők: 25%-ban teljes gyógyulás, 50%-ban évekre terjedő lényeges javulás, a többi 25%-ban pedig a javulás csak rövid ideig tartott, vagy egyáltalán nem mutatkozott. A gyógyuló esetekben kevesbedik a köpet, a nehézlégzés megszűnik, eltűnnek a *Curschmann*-féle spirálisok. Hogy miképpen gyógyít a Röntgen-sugár, arra több nézet van; némelyek a túltengett peribronchialis nyirokmirigyek visszafejlődését, mások a bronchialis nyálkahártyára gyakorolt jótékony hatást veszik fel. (Münch. med. Wochenschrift, 1910. 18. szám.) *Hruby Ede dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Heveny tüdővizényő** esetét közli *L. Grillins Davis*, a melyben atropin bőr alá fecskendezésére gyógyulás következett be. Ez az eljárás alkalmasint az atropinnak az elválasztást csökkentő hatására vezethető vissza. Megjegyzendő, hogy az adag nagy volt és hogy előzően a szokásos eljárások teljesen eredménytelenek voltak. (Brit. med. journal, 1910. II. 257. lap.)

**Hyperthermia** ellen gyermekeknek suppositorium gyanánt is rendelkezhető lázellenes szerek, például *Lemansky* szerint következő módon: Rp. Chinini hydrobrom. 0.3; Phenacetini, Antipyrini aa 0.05; Butyri cacao 2.0. M. f. suppositorium. (Rif. med., 1910. 28. szám.)

**A pantopon használatáról a pszichiatriában** ír *Haymann*, a freiburgi elmebeteg-klinika segéde. Tapasztala-

taít a következőkben összegezi: A pantopon nagy előnye, hogy bőr alá fecskendezhető, ennél fogva gyorsan hat és olyanoknak is adható, a kikbe más módon nem volna gyógyszer juttatható. Nem annyira hipnotikus, mint inkább sedatív hatású s ezen hatása főleg félelmi állapotokban feltűnő. Mellékhatásai nem szembeszökők, sok esetben teljesen hiányoznak. A szerhez hozzászokás nem észlelhető. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 43. szám.)

**Empyema** eseteiben *Maldarescu* Potain-féle aspirátorral eltávolítja a genyét a mellüregből és azután 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os alkoholos naphtol α-oldatból (95<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os alkohol használandó) 10—20 cm<sup>3</sup>-t fecskendez a mellüregbe. Sok esetben már egy befecskendezés elegendő volt; más esetekben néhány nap elteltével meg kellett ismételn az aspiratiót és a befecskendezést. (Spitalul, 1910. 10. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1910. 51. szám. *Mészáros Károly*: Myomák és adnex-betegségek miatt végzett méhkiirtásokról. *Fürész Jenő*: 1. Idioszinkrasia antilueses kórákkal szemben. 2. Extragenitalis ulcus Ducrey. — 52. szám. *Mátrai Gábor*: Milyen eredményeket lehet elérni a cukorbetegség mai gyógykezelésével. *Felletár Emil*: A faszsz és az általa okozott emberirtás Magyarországon. *Szászy István*: Antitoxin nélkül gyógyult trismusos és tetanusos megbetegedések. *Berger Ferencz*: Fogcsiszolásnál alkalmazott arc- és nyelvvédő.

**Orvosok lapja**, 1910. 51. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tuberculin-kezelés methodikája köréből.

**Budapesti orvosi újság**, 1910. 51. szám. *Entz Béla*: Érdekesebb fejlődési rendellenességek a budapesti m. k. állami gyermekmenhely bonczolási anyagából. „Szülészeti és nőgyógyászati“ melléklet, 4. szám. *Rotter Henrik*: A méhen kívüli terhesség expectatív kezeléséről. „Gyermekorvos“ melléklet, 4. szám. *Neubauer Adolf*: Idült középfülgyulladás-hoz társult meningitis műtéti gyógyult esete. *Groszmann Ferencz*: A skarlát-diaetika és therápia mai állása.

**Klinikai füzetek**, 1910. 11. füzet. *Óváry Pál*: Vérduzzasztó eljárás tüdővész gyógyítására. *Juba Adolf*: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon.

### Vegyes hírek.

**Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, a budapestieket is, hogy az előfizetés díját postautalványon szíveskedjenek beküldeni.**

**Kinevezés.** *Szaplonczay Manó* dr.-t, Somogy vármegye tisztí főorvosát az országos közegészségi tanács rendkívüli tagjává, *Egri Miksa* dr.-t Miskolcra m. k. államvasuti orvosi tanácsadóvá, *Göbl Alajos* dr.-t Szatmáron szentszéki orvossá és a papnevelő-intézet orvosává, *Weisz Gyula* dr.-t a mosonvármegyei Karolina-kórház rendelősorvosává nevezték ki.

**Választás.** Nagyszombat város tisztí főorvosává *Roth József* dr.-t, tisztí orvosává pedig *Stefunkó Lipót* dr.-t választották. — *Burián Endre* dr.-t Gyöngyös város ügyvezető főorvosává, *Biró József* dr.-t Sümegyen körorvossá, *Pápa Arnold* dr.-t Bácsalmáson községi orvossá, *Székely Sándor* dr.-t Tiszalökön másodorvossá választották.

A budapesti poliklinika rendeléseinek novemberben 4097 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12.024 volt.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete f. hó. 27.-én tartott választmányi ülésén a tagok özvegyei és árvái, valamint munkaképtelen szegény tagjai részére 11.000, azaz tizenegyezer koronát szavazott meg az 1911. évre szóló segély gyanánt. A segélyegylet tagsági díja évenként 4 korona, három évi tagság után beáll a segélyjogosultság. Számos jogosulatlan folyamodó volt, a kiket alapszabályszerűen el kellett utasítani. Sajnos, hogy sok orvos csak akkor vesz tudomást a segélyegyletről, a mikor már segélyre szorult; a míg módjában volt, részint nembánomságból, részint kartársai iránti nemtörődömségből nem lépett be a segélyegyletbe. Évi négy koronát minden orvos fizethet, egyrészt saját jól felfogott érdekében, másrészt könyörületből kartársai és azok hozzátartozói iránt. Nem mindig válik be azon mondas: „Nem fogok segélyre szorulni“; a folyamodók és segélyezetttek közt van olyan is, a kinék estélyeire valamikor egyik híres miniszterelnökünk is eljárt. — A budapesti „Zion“ betegsegélyező-egylet orvosai dr. Somogyi Lajos és dr. Steinberger Izidor elhunyt kartársaik emlékére koszorúmegváltás címén 528, azaz ötszázhuszonnyolc korona alapítványt tettek a budapesti orvosi kör segélyegyletének. Követésre méltó példa!

**Meghalt.** *Popovits István* dr., Zombor város tisztí főorvosa, 56 éves korában. — *I. Fritsch* dr., az elmekörtan rendkívüli tanára a bécsi egyetemen, decz. 13.-án, 61 éves korában. — *S. Alexander* dr., a sebészet tanára a new-yorki Cornell-egyetemen, 51 éves korában.

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyező Egyesülete külön osztályt létesített a végből, hogy minden egyes tag elhaltával az özvegynek vagy az árvának rögtön segélyt biztosítson. Ez a segélyösszeg annyiszor két korona, a hány tagja az egyesületnek van. Az egyesület felhívást intézett Magyarországon összes orvosaihoz a segélyező egyesületbe való belépésre, a melynek tagságával tehát tulajdonképpen igen olcsó életbiztosítás jár. A tagok minden tag elhalálozásával 2—2 koronát fizetnek be az egyesületbe és ha a magyar orvosok halálozási szá-

zalékát 1:2 százalékra veszzük, akkor ezer tagot számítva, évente 12-szer 2 koronát kell a biztosítás díja fejében befizetni. Ilyen olcsó biztosítást egy biztosító intézet sem köt. Kívánatos, hogy a tagul belépni óhajtók szándékukat mielőbb közöljék az egyesülettel. (VI., Teréz-körút 24/b)

A **Lannelongue-díjat**, mely az utolsó öt évben megjelent legérdemesebb sebészeti műnek adatik ki, tekintet nélkül a szerző nemzetiségére, a párisi Sociéte de Chirurgie által kiküldött bíráló bizottság *Sir Victor Horsley*-nak, a nagy hírű londoni sebésznek ítélte oda.

A **dresdener nemzetközi egészségügyi kiállítás** össze lesznek gyűjtve mindazon tárgyak, melyek a gyermekhygiénére és gyermeknevelésre, valamint a gyermekvédelemre vonatkoznak, még pedig 3 csoportba osztva: 1. Népies szokások. 2. Gyermekvédelem. 3. Régi könyvek és irományok.

A „**Gouttes de lait**“ 3. nemzetközi congressusa Berlinben fog megtartani 1911 szeptember 11.-étől 15.-éig *Dietrich* tanár elnöklése mellett. A congressus titkári teendőit *Keller* tanár végzi.

Lapunk mai számához a *Friedr. Bayer & Co. Elberfeld* czég „*Adalin*“ című prospektusa van mellékelve.

A tuberculosus medicamentosus therápiájában a *Sommerbrodt* által meghonosított creosot-kúra volt kiindulópontja a már annyira elterjedt guajacol-kezelésnek. A *Novocol Richter* ideális guajacol-készítmény, mely a guajacolnak phosphorral való kombinálása és pedig vízben oldható natriumsó alakjában. E készítmény igen értékes szer a tuberculosus gyógyításában, mert a creosot kellemetlen mellékhatásával nem bír és a specifikus guajacol-hatáson kívül a phosphornak a szervezet ellentállását fokozó tulajdonságát is kifejti.

Javítja a beteg közérzetét, fokozza az étvágyat és növeli a test-súlyt. Megkönnyíti a köpet kiköhdögését és csökkenti a lázas hőmérsékletet.

Mivel vízben oldható por, adható főzetekhez és forrázatokhoz. Rendelhető ezenkívül tablettá alakban és mint *Novocol-syrup* is. Napi adagja 3—4 tablettá, míg a syrubból felnőtteknek 2—3-szor egy evőkanállal, gyermekeknek egy kavéskanállal rendelünk.

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

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyúk-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

### Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető orvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva.

### Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasztiában (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek. Főorvos: *Stossmann Rudolf* dr., sebész urológus.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

### Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

### San-Remo

téli klímás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental és Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

**Dr. Stein Adolf** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, *Andrássy-út 55.* Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriológiai (*Wassermann-féle* lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

### Gyermeksanatorium PORTORÉ

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr., február 1.-ig Budapest, Koronaherczeg-utca 10. Prospektus.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testgyenesítő (orthopádia) intézete csont- és izületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 10. Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjlanul.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** — Budapesti kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1910 november 26.-án.) 14. 1. — Közkórházi Orvostársulat (X. bemutató ülés 1910 október 19.-én.) 15. 1. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(XXIV. rendes tudományos ülés 1910. nov. 26.-án.)

Elnök: **Schaffer Károly.**

Jegyző: **Rotter Henrik.**

**Nagy kiterjedésű callosus gyomorfekélynek pylorus-kirekesztés után gyógyult esete.**

**Borszék Károly:** A legújabb időkig a peptikus gyomor- és duodenum-fekély csak akkor volt műtéti beavatkozás tárgya, ha átfürödés jött létre a szabad hasüregbe. Vannak azonban peptikus fekélyek, a melyek átfürödés nélkül is műtét alá kerülnek, mert a belgyógyászati kezelés velük szemben jóformán tehetetlen; az ú. n. callosus fekélyek ezek, a melyeket kórbonczolástaniilag a kötőszövet lobos túltengése és a fekély alapját tevő serosa kérges megvastagodása, valamint a környezettel való összekapaszkodás jellemeznek; ezek a fekélyek nagy fájdalmakat okoznak és a gyomorfalazat nagy részének merev, heges megvastagodása következtében motorius insufficienciához vezetnek pylorusszűkület nélkül is. A folytonos túrhetetlen fájdalmak, a gyakran megismétlődő vérzés, valamint a diagnostikai kétség azon okok, a melyek miatt ezen betegek a sebészhez kerülnek. A sebészi beavatkozások közül, a melyek ilyenkor végeztenek, a legradicalisabb a fekélynek kimetszése; a gyomor elülső falán ülő, nem nagy kiterjedésű és nem többszörös fekély esetében ez egyszerű beavatkozás, a mely mindenféle szövődményt és rákos degenerációt teljesen kizár; azonban nagy kiterjedésű, a környezettel összekapaszkodott vagy többszörös fekély esetén ez a kimetszés a gyomorresectio jelentőségével bír, a melynek kitenni a beteget csupán csak az esetleges rákos degenerációtól való félelem miatt nem tanácsos, annál kevésbé, mert a kimetszés után keletkezett hegből kiinduló rákokat is közöltek már.

A pylorus-szűkületet okozó ilyen callosus fekélyek eseteiben végzett gastroenteroanastomosisok után észlelt olyan tünetek, a melyek a fekély begyógyulására mutatnak, arra indították a sebészeket, hogy ezt a műtétet a callosus fekélyek egyéb eseteiben is alkalmazzák és a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a gastroenteroanastomosis után a fekély valóban meg is gyógyul.

Hogy mi módon hat ezen műtét gyógyítólag a fekélyre, az véglegesen tisztázva még nincsen; eddig az volt az általános elfogadott nézet, hogy a gyomortartalom gyors levezetése és ez által a fekély nyugalomba helyezése útján. Azonban állatkísérletek és ily módon operált betegek Röntgen-átvilágítása kimutatták azt, hogy a gyomortartalom csak akkor távozik kizárólag az anastomosisnyíláson át, ha a pylorus átjárhatatlan. A fekély begyógyulásában tehát más körülmények, talán a pancreas és epe alkalizáló hatása működnek közre. De ezen felfogás helyességét is megengatják azok az észlelt esetek, a melyekben a gastroenteroanastomosis dacára a beteg állapota nem javul, sőt a megismétlődő vérzés annak továbbterjedését mutatja.

Ezen indokolás alapján a fekély begyógyításánál *Eiselsberg* a nyugalom biztosítására helyezi a főszűkületet, a melyet a pylorus kirekesztésével érhetni el a legbiztosabban; ezzel a műtéttel a gyomortartalom útja a pylorus és a duodenum felé el van vágva, úgy hogy az csakis a készített anastomosisnyíláson át hagyhatja el a gyomrot. A pylorus kirekesztése a gastroenteroanastomosisnál behatóbb, de a gyomorresectiónál enyhébb beavatkozás, a melynek indicációját első sorban a duodenumban, azután a pyloruson ülő fekélyek alkotják. Hogy a pyloruskirekesztés csakugyan gyógyítólag hat, nem pedig tünetileg, azt legjobban a székleletben a műtét előtt kimutatott vér eltűnésével lehet bizonyítani.

**L. Andor** 26 éves gazdász már 3 év óta szenved erős gyomortáji fájdalmakban, savanyú felbőfűgésben és vérhányásban. Egy alkalommal 30 napig, másik alkalommal 25 napig feküdt kórházban e miatt, állapota ilyenkor megjavult, de néhány hét múlva ismét rosszabbodott. Erősen lefogyott és utóbb a vérhányás oly gyakran mutatkozott, hogy orvosa tanácsára *Réczey* prof. klinikájára vétette fel magát. 1910 okt. 15.-én történt felvételekor hyperchlorhydriát, kisebb fokú motorius insufficienciát és abszolút tejdiaeta mellett a bél-sárban vér jelenlétét lehetett kimutatni; a proc. xiphoideustól jobbra gyermektenyényi körülírt érzékenység volt. Az okt. 21.-én végzett műtétkor kitént, hogy a gyanus praepylorusos részen férfitenyényi callosus fekély van, mely a pancreas-szal össze van kapaszkodva. Pyloruskirekesztés *Eiselsberg* szerint. Zavartalan per primam gyógyulás. A műtét utáni 4. napon a székleletben még kimutatható vér, a 12. nap után már nem, fájdalmai teljesen megszűntek, nov. 15.-éig, a mikor a klinikát elhagyta, 4 kgm.-ot hízott.

**T. Róza** 20 éves cseléd már hosszabb idő óta szenved gyomortáji fájdalmakban, a melyek a hát felé és a gerincoszlop felé sugároznak ki; ezen fájdalmak, dacára, hogy állandóan belgyógyászati kezelésben részesült és 2 ízben rendszeres karlsbadi kúrát tartott, az utóbbi időben annyira fokozódtak, hogy teljesen munkaképtelen lett és éjszaka is alig tudott aludni. A fájdalmak különösen éhgyomor mellett igen hevesek és táplálékfelvétel után csak 1—1½ óra múlva csökkentek. Okt. 25.-én *Réczey* prof. klinikájára felvételén, a jobb epigastriális tájon levő mintegy gyermektenyényi körülírt érzékeny területen és a középső háti csigolyák tájékán levő nyomási érzékenységen kívül semmi más objektív elváltozás nem volt kimutatható. Sem a gyomornedvben, sem a székleletben vér nem volt kimutatható, sem a sósav mennyisége megszorodva nem volt. A nov. 7.-én végzett műtétkor a duodenum elülső felületén koronányi, a pancreas-szal összekapaszkodott fekély találtatott a pylorus alatt 3 harántujjal. *Eiselsberg*-féle pyloruskirekesztés, gastroenteroanastomosis retrocolica posticával. Zavartalan per primam gyógyulás. A műtét óta fájdalmai teljesen megszűntek, jól táplálkozik, 2 kgm.-ot hízott.

**A nervus ischiadicus 10 cm.-nyi darabjának resectiója sarcoma miatt.**

**Borszék Károly:** **H. Miklós** 60 éves földműves négy év előtt vette észre, hogy jobb czombjának közepén a hajlító oldalon daganata keletkezik; ez eleintén lassabban nőtt és kellemetlenségeket nem igen okozott neki, de az utóbbi hónapokban gyorsabban nőtt és érintés, járás vagy ülés alkalmával heves, cikázó fájdalmakat váltott ki. 1910 október 17.-én vétette fel magát *Réczey* professor klinikájára. Jobb czombjának alsó harmadában a biceps és semimembranosus között tyúktojásnyi, kemény tapintatú, oldalirányban szabadon mozgatható térfogatnagobbodása van, a mely érintésre igen fájdalmas. Az október 28.-án végzett műtét alkalmával a tapintott tumort igen könnyen elő lehetett húzni, a környezettel sehol összekapaszkodva nem volt. Maga a tumor a nervus ischiadicus rostjai között foglal helyet, még pedig az oszlás helye felett közvetlenül, úgy azonban, hogy alsó pólusa csak a nervus tibialisban székel, míg a peroneus rostjai legyezőszerűleg szétterülve fekszenek a tumor oldalán. Minthogy a daganat a nervus ischiadicus rostjaival szívsósan van összetapadva és a kihámozás lehetetlen, az ideg resectiójára határozzuk el magunkat. A nervus peroneus rostjainak nagy részét sikerül a tumor oldaláról részint élesen, részint tompán lefejtetni, úgy hogy a resectiónál a tumor felett az ischiadicusnak mintegy  $\frac{3}{4}$  része lett átmetszve,

a tumor alatt pedig a nervus tibialis teljes vastagságában. A resectio megtörténte után az ischiadicus csonkját a tibialis csonkjával a lábszárnak ad maximum való behajlítása mellett is csak úgy sikerült érintkezésbe hozni, hogy úgy az ischiadicust, mint a tibialist mintegy arasznyi területen szabaddá tettük és megnyújtottuk, illetve kihúztuk. A csonkok egyesítését a legvékonyabb béltüvel és selyemmel, matrácvarratok alkalmazásával végeztük, erősítésül körkörös néhány felületes catgutvarrattal; a csonkok egyesítése után az épen maradt nervus peroneus többszörös kanyarulatokban elhelyezve feküdt. A seb egyesítése után a lábszárt a lehető legerősebb flexióban tartva, rögzítő gipszkötést alkalmaztunk. A lefolyás zavartalan volt, a seb per primam gyógyult. A műtét utáni nap reggelén a beteg lábujjait kifogástalanul tudta mozgatni és a lábfejet is dorsalis flexióba, valamint plantaris flexióba is tudta hozni; a gipszkötést ötödnaponként megváltoztattuk, úgy hogy a lábszárt a térdizületben fokozatosan mind jobban kinyújtottuk. November 16.-án a rögzítő kötetést teljesen elhagyva, megkezdtük a passiv mozgást és villamosozást. Jelenleg, 4 héttel a műtét után, a beteg minden segítség nélkül jár, a térdét kifogástalanul behajlítja és majdnem teljesen kinyújtja. A megejtett pontos idegvizsgálat (Torday Árpád dr) részleges peroneusbénulást állapított meg, míg a nervus tibialis által ellátott izmok villamos áramra, habár gyenge, de kifejezett összehúzódást mutatnak. Úgy látszik tehát, hogy a nervus peroneus rostjai a lefejtés alkalmával erősebb roncsolást szenvedtek. A kiirtott daganat 10 cm. hosszú, 4 cm. széles és 4.5 cm. vastag, két polusán egy-egy kisujnyi vastagságú idegtörzs ismerhető fel, melynek rostjai legyezőszerűleg elágazodva, részben a daganat kötőszövetes tokjában vesznek el, részben azzal szorosan összefüggve, a szemben fekvő poluson újból egyesülnek. A daganat általában tömört, rugalmas tapintatú, helyenként azonban velős puhaságú. A daganat metszéspontján a 3—4 mm. vastagságú tok folytatását tevő kötőszöveti hálózatban számos kocsonyaszerű, áttűnő anyaggal telt üreget találunk. Az idegrostok, a melyek a daganat tokjával szívósan összefüggenek, a daganat állományába nem követhetők. Mikroszkopi körjelzés: myxosarcoma haemorrhagicum.

**Verebély Tibor:** A bemutatott harmadik esethez fűzve egy esetről kíván röviden referálni. Másfél évvel ezelőtt teljesen ittas állapotban fiatal ember került többszörös ártatlannak látszó szúrással a kórházba; csupán a nyak jobb oldalán volt férfiökölnyi haematómája, a mely mögött azonban felkarszerűlés is lappangott. A nyak-phlegmone lezajlása, 3 héttel a sérülés után a körkép típusos Erb-hűdést mutatott, érzéshűdés a vállon, a fel- és alkaron, le a hüvelykujjig, mozgásbénulás a supra- és infraspinatuson, a deltoideuson, a bicepsen, a brachialis internuson és a két supinatoron. Ezzel a sebészi beavatkozás útja meg volt szabva. Kiszabadítva a plexus brachialis alsó részében, majd követve azt a scalenusok hasadékaig, kitént, hogy az 5—6. nyaki gyök ott van átmetszve, a hol azok a felső primaer nyaki törzszsérülés egyesülnek. A csonkokat csak a hónaljnak erős emelése s a nyaknak erősen oldalt hajlítása után lehetett összehozni, a mely helyzetben a beteget 14 napra begipszelte, majd utóbb még 3 hétig rögzítette. Az objective kimutatható első érzésregeneratio 7 hét múlva jelentkezett s csaknem teljes reparatióra vezetett 3 hónap alatt, a mikor csupán a vállon maradt vissza férfitenyérnyi anaesthesiás terület. A mozgás először 3 hónap múlva a supinatorokon tért vissza s 4 hónap múlva a rövid rotatorok kivételével mindenütt bekövetkezett.

Esete tehát physiologiai kísérlet értékével bír az Erb-pont jelentőségét illetőleg, másrészt időbelileg typusa a kísérletekből ismert ideg-regeneratióknak; mert ha igaz is, hogy a regeneratio mechanismusa ma még vitás, azt minden elmélet elismeri, hogy az idegvezetés mindig a centralis csonk befolyása alatt lassan következik be. A klinikai tapasztalatok ugyan elvéve mutatnak megbízható példákat az idegvezetés közvetlen helyreállítására, a minek magyarázatával a kísérleti pathologia még adós. A bemutatott ischiadicus resectiós esetet ez irányban nem tartja kétségtelenül bizonyítónak, a mennyiben a fennálló peroneusbénulás arra utal, hogy itt nem a tibialist, hanem a peroneust varrták. A bénulás bekövetkezett akkor, a mikor az átmetszett idegben a degeneratio beállt, vagy a mikor az idegvarrat újra szétvált.

**Borszék Károly:** A resectio után a csonkokat csak úgy lehetett egyesíteni, hogy centralis és periferiás irányban arasznyi darabon felszabadították az ischiadicust és a tibialist, úgy hogy a kétségnek árnyéka sem fér ahhoz, hogy a nervus tibialist metszették át és nem a peroneust. A műtét után a peroneusbénulás csak 5 nap múlva mutatkozott és azóta fokozódott. Ez a mellett szól, hogy a peroneus rostjai megsérültek és másodlagosan fajultak el.

(Folytatása következik.)

## Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1910. október 19-én.)

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Körmöczy Emil.

(Folytatás.)

### Eszmecsere Basch Imre beszámolójáról az Ehrlich-féle szerrel kezelt esetekről.

**Sugár K. Márton:** Az egyik beteg fülbajjal jött a szülőhöz; complet anaesthesiát talált. A beteg kérte az Ehrlich-szer alkalmazását, de a szülő nem használta. Az otosklerosisit lueses eredetűnek tartották, de Gradenigo ezen nézetét megczáfolták. Albrecht bécsi pathologus 57 otosklerosis-esetben mindig negatív Wassermann-reactiót talált.

Maga Ehrlich óva int szerének arteriosklerosis esetén alkalmazásától. A szülő is osztja e nézetet, mert arteriosklerosis, diabetes eseteiben való alkalmazása discreditalná a szeret.

**Ranschburg Pál:** A hány tabes és paralysis progressivás beteg az idegorvoshoz jön, az mind az Ehrlich-606-ot kéri. Nem egy esetben a megtagadásra neheztelve távoznak, sőt egy esetben, a mikor a szülő csak halasztást kért, a beteg elbocsátotta háziorvosát, más orvoshoz fordult, a ki megcsináltatta az injectiót, persze eredmény nélkül.

A szülő összesen 11 esetet látott (tabes incipiens, tabo-paralysis), melyekben említésre méltó eredményt nem látott. A fájdalomak kezelés nélkül is hónapokig, évekig enyhülnek, mert roppant szeszélyes a baj. De látott rosszabbodást is, az injectio kiváltott crises gastriques-et, súlyos fájdalomrohamokat, paraplegiát, hólyagzavarokat, melyek némely esetben visszafejlődtek. Egy kezdődő tabo-paralysis-esetet maga Alt oltott be és szintén rosszabbodás állott be paranoid tünetekkel. A szülő látott két betegét Havas esetei közül. Egy pseudoparalysises 33 éves mérnökön, a kinek tíz év előtt volt ulcusa, fél év óta fejfájás, Jackson, feledékenységi teljes önkritikával jelentkezett, Wassermann +. Inkább lueses eredetűnek tartotta. 0.4 semminemű hatással sem volt rá. Lehet, hogy az adag volt kicsi. A beteg feltartóztatlanul halad a paralysis progressiva felé. Egy 39 éves hivatalnok dysarthriás, kivették a hivatalból, hogy pihenjen, sem ez, sem a Hg nem használta. 0.60-t kapott és 4. napra a dysarthria javult, azóta már rosszabbodott. A számolásbeli durva hibákban mintha javulás állott volna be, de ez nem lényeges javulás. Egy lues systemaf. nervosi esetben kérdés volt, nem paralysis progressivával van-e már dolgunk. A felvétel inkább lues mellett szól. Az injectio után feltűnő volt az azelőtt ataxiás járás javulása, mely azóta még tart, csukott szemmel is. Egy esetet a Havas osztályáról látott: lues systemafis nervosi, baloldali VII. bénulás és protrusio bulbi, nagyfokú paraparesis, hólyagzavar, scrotum, analis táj anaesthesiája, Babinski. Két és fél hét után ma látta a beteget jelentékeny javulással. VII. változatlan, protrusio megszűnt. Pupillái, melyek ezelőtt nem kielégítően reagáltak, ma kifogástalanul reagálnak. Két év előtt lues, a myelitisszerű bántalom 6 hetes volt. Tehát organikus defectusok esetén nem várható, hogy az Ehrlich-szer lényeges javulást hozzon létre, de pseudotabes, pseudoparalysis eseteiben, melyeket nem tudunk megkülönböztetni, szóba kerülhet az Ehrlich-oltás, mert súlyos idegrendszerbeli elváltozás esetén is tud néha jó eredményt létrehozni.

**Keller Kálmán:** Súlyos tabes és súlyos paralysis progressiva eseteiben az Ehrlich-szertől semmiféle javulást sem látott. Egy esetben garatbénulás csatlakozott az injectióhoz, de a szülő nem tartja az injectio következményének. A Haberern osztályáról származó egy esetnek az összes reflexei hiányoztak, pupillái merevek, teljes paraparesis volt, egyszóval tabes, de fel kell venni egy más folyamatot is a tabes mellett, mert teljes bénulás tabes mellett nem szokott előfordulni. Tabes volt és lues spinalis. A többi tünet megmaradt, de a mozgás valamennyire javult. Megerősíti ez Ranschburg véleményét, hogy olyan esetekben, a melyekben activ lueses folyamat van, várható eredmény, míg tabes, paralysis progressiva esetén nem várhatunk hasznót.

**Donogány Zakariás:** A befecskendezés technikájára tesz megjegyzést. Mikor a lúgos keveréket ecetsavval közömbösítik, natriumacetat képződik, mely maga nem egészen közömbös. A szülő az ecetsav helyett sósavat ajánl, mert ekkor konyhasó képződik, mely nem támadja meg a szöveteket. A nem steril lakmuspapír helyett indicatorokat ajánl. A tű kihúzásakor a benne maradt oldat a sebet megmarja. Utána kell fecskendezni egy kis steril konyhasó-oldatot, akkor ki lehet húzni a tűt veszedelem nélkül.

**Havas Adolf:** Most már újabban csakugyan HCl-t használunk az oldat közömbösítésére. A lakmuspapírosra rácséppentünk. Nekrosist az arsenaltalmú gyógyszer mindig okoz. A nekrosis 4—5 nap alatt eltűnik, ritka a nagyobb fokú nekrosis.

Az ideggyógyászati esetekhez nem szólhat, de mint syphilidológ megjegyzi, hogy a tabestől és paralysis progressivától a pseudotabest és pseudoparalysis progressivát a legjobb ideggyógyász sem tudja megkülönböztetni.

A mi az érmegbetegedést illeti, a szülő tovább megy, mint Ehrlich: contraindicatio nincs. Egy súlyos suffocatiós tünetekkel bíró betegnek, a kin a gégsz nem talált semmit, a belgyógyász csak systolés zörejt, a szülő először ellenezte az injectiót; a Röntgen aorta-aneurysmát mutatott az aorta ascendens és az aorta ivén. O-nel tartották. Egy másik belgyógyász, mert serpiginosus syphilidje volt a betegnek, indicatio vitalisként Ehrlichet javasolt. 38.5 C° hőmérséke és sputum crocatumja volt tomputat nélkül. Az injectio után leszállt a hőmérsék, majd ismét felemelkedett és a beteg meghalt. A szülő csak azért hozta fel, mert

osztja Treupel nézetét, hogy minden esetben alkalmazni kell. A Basch methodusára nézve megjegyzi, hogy Basch három injectióra három infiltratúmot kap, a szülő egy injectióra csak egyet, mely Priessnitzre eltűnik. Láz csak ritkán jelentkezett.

(XI. bemutató szakülés 1910 nov. 2-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Körmöczy Zoltán.**

### Gyomorlövés esete.

**Borgyoski Milivoj:** F. L. 7 éves fiút a kórházba hozatala előtt 3 órával hasbalótték. Eddig nem hányt.

St. praesens. Nagyfokú elesettséggel. A nyelv tiszta, száraz. Érverés 90. Hőmérsék 36°6' C. A légzés costalis, felületes. A has kissé puffadt. A hasfalán a köldök felett kb. 2 ujjnyira, a linea albatól kissé balra mintegy 9 mm hosszú, zúzott szélű, véralvadékos, kb. 4 mm. széles haránt rés. Spontan fájdalom az epigastriumban. A hasfal egész terjedelmében feszes. Normalis májtompulat. A has felett dobos a kopogtatási hang a szokott változatokban a bal alhasi tájék kivételével, a hol erősen tompult. Szabad levegőt a hasürben kimutatni kopogtatással nem tudunk. Nem hány.

Két óra múlva laparotomia. Műtét előtt a pulsus 120—130. Perforatio a gyomor elülső falán, a p. pyloricán. A perforatiós nyíláson át a túltelt gyomorból sugáralakban szökik elő az ételpép. 2 réteges szűcsvarrat. A gyomor hátulsó fala ép, kimeneti nyílás nincs. Az eventerált belek épek. A Douglas-ürben kb. 200 cm<sup>3</sup> vér. Közben a pulsus rohamosan romlik, alig tapintható, igen szapora. 2 cm<sup>3</sup> coffein-injectio, 1 liter physiologiai konyhasóhypodermoklysis. 10 cm<sup>3</sup> 10 % chininum bisulf. intramuscularisan prophylactice Kaczvinszky szerint. A Douglas drainezése után úgyszólván pulsus nélkül kerül az ágyba. Fowler-féle fektetés. Proktoklysis Murphy szerint. Reggelre a közérzet jó, enni kér. Pulsus 120. A nyelv száraz, lepedékes. 3×3 cm<sup>3</sup> chinin intramuscularisan. Proktoklysis. A hőmérsék este 37°5' C. Spontán bő székürülés. Következő nap a pulsus 84. Láz nincs. Proktoklysis, négy chinin adagolása hat napig Kaczvinszky előírása szerint Sima gyógyulás. A 9. napon a löveg a bélsárral távozik. Ugyanakkor csak a seb közvetlen környezete érzékeny.

A peritonitis kezelésében szokásos és alkalmazott gyógyító eljárások mellett súlyosnak indult kórkép szokatlanul gyors javulását a prophylactice adagolt chininnek tulajdonítom, annál inkább, mivel úgy prophylactice, mint már kifejezett általános fertőzésben (sepsis) adagolva, határozottan jó eredményt láttam tőle.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomor syphiliséről érkeezett *Leven* a francia belorvosok legutóbbi congressusán. Felhívta a figyelmet arra a körülményre, hogy a syphilis okozta gyomorfekélyeken és heges szűkületeken kívül van más alakja is a gyomor syphilisének, az egyszerű dyspepsiás alak. Több ilyen esetet látott. Ismeretük a gyakorlat szempontjából nagyon fontos, a menyiben syphilis-ellenes kúrára — a mely egyébként igen kedvezőtlen szokott lenni a gyomorra — csakhamar javulás, végül pedig teljes gyógyulás szokott bekövetkezni az ilyen esetekben.

A rák miatt végzett gastrectomia késői eredményeiről számolt be *Boeckel* (Strassburg) a párisi „Académie de médecine” október 4.-én tartott ülésén. Totalis vagy subtotalis gastrectomia 11 esete közül 7 gyógyult és 4 halt meg, a halálozás tehát 36,3 %.

### PÁLYÁZATOK.

6047/1910. kig. sz.

Csikvármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó Gyergyóremete nagyközségben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A községi orvos javadalma: 1600 kor. évi törzsfizetés és ötvenkint négy ízben ismétlődő 200 kor. korpótlék.

A vármegyei szabályrendelet szerint — mely miniszteri jóváhagyás alatt áll — 1000 korona úti általány, 400 kor. lakáspénz, illetve megfelelő természetbeni lakás.

Látogatási, rendelési, halottkémlési, húsvizsgálati díjak s külön a halottkémlésért még 80 kor. évi díj.

Javadalmazását képezi jelenleg a munkásbiztosító pénztárral létrejött egyezség szerint 300 kor. évi fizetés.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1911. évi január hó 30.-áig annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1911. évi február hó 4-én délelőtt 10 órakor fogom Gyergyóremete községében tartani. A megválasztott állását legkésőbb március 1.-ig tartozik elfoglalni.

Gyergyószentmiklós, 1910. évi december hó 27.-én.

Zakariás, főszolgabíró.

337/910.

A vezetésemre bízott Ugoicsa vármegyei „Perényi” közkórházban megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: nyugdíj jogosultsággal egybekötött évi 1000 korona fizetés, egy szobás bútorozott lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvosdoktorok pályázhatnak. A mikroskopi vizsgálatokban és kórboncsolásban jártasságukat igazoló előnyben részesülnek.

A kinevezett — az első segélyt leszámítva — magánygyakorlatot nem folytathat. Erdemes szolgálat azonban a pár éven belül szervezendő osztályorvosi állás elnyerhetésénél előjogot biztosít.

Pályázók kérvényeiket Becsky Emil főispán nevére — Nagyszöllös — címezve hozzám 1911. évi január hó 15.-ig beküldjék, mert a később érkezőket figyelembe nem vehetem.

Kinevezett állását azonnal elfoglalni köteles.

Nagyszöllös, 1910. évi december hó 18.-án.

Nagy Kálmán dr., igazgató főorvos.

### HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitért sikerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.**

E forrás kiváló tulajdonságai:

**Hugyhajtó hatása.**

**Kelelmes izü. Teljesen tiszta.**

**Könnyen emészthető.**

**Vasmentes. Állandó összetételü.**



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczy Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Torçay Árpád:** Közlemény a kir. m. tud.-egyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly, egyet. ny. r. tanár.) A „606“-tal (salvarsan) elért eredmények. 17. lap.

**Herzog Ferencz:** Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Atypusos meningomyelitis syphilitica. 19. lap.

**Galambos Arnold:** Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.) A gyomor functionalis vizsgálatáról. 21. lap.

**Királyfi Géza:** Az angol orvosi viszonyokról. (Utí levél.) 23. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Max Joseph:** Lehrbuch der Haarkrankheiten für Ärzte und Studierende. — **B. Kern:** Das Problem des Lebens in kritischer Beleuchtung. — **Lapszeme Belorvosan. Strandgaard:** A gümökóros folyamat localisatiójáról a tüdő különböző részeiben. — **Ramond:** Az oxygen bőr alá fecskendezéséről asphyxia eseteiben. — **Sebész. Bayer:** Myeloid leukaemiában szenvedők és splenecto-

mizáltak vasanyagcseréje. — **Cumston:** A csipőzület spontan ficzomodása fertőző betegségek kapcsán. — **Denk:** A hosszú bélresectiók prognosisa. — **Gyermekorvoslás. Schütz:** A kámför viselkedése a csecsemő szervezetében. — **Bahrdt-Edelstein:** A női tej vastartalmának ismerete. — **Húgyszervi betegségek. Palazolli:** Traumás strictura gyors recidívái. — **Orr-, torok- és gégebabajok. Fournié:** Laryngotomiával eltávolított és fulguratióval kezelt intralaryngealis epitheliomának esete. — **Keating Hart:** A carcinomának fulguratióval kezelése. — **Levinger:** A gégecső multiplex osteomáinak tracheoskopia directa segítségével megállapított esete. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kraus:** A haemophilia gyógyítása. — **Stürmer:** Diabetes mellitus. — **Rosman-Kuttner:** Activ hyperaemia. — **Frank:** Kámforos aether. 25—28. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. — Klinikai füzetek. 28. lap.**

**Vegyes hírek. Pályázatok. — Hirdetések. 30—31. lap.**

**Tudományos társulatok és egyesületek. 29—30. lap.**

**Melléklet: Nádosy István:** A lues serum-diagnosisa. — Tartalomjegyzék.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a kir. m. tud.-egyetem I. sz. belklinikájáról. Igazgató: Kétly Károly, egyet. ny. r. tanár.**

## A „606“-tal (salvarsan) elért eredmények.

Irta **Torday Árpád** dr., I. tanársegéd.

Az **Ehrlich-Hata**-féle készítményt az I. számú belgyógyászati klinikán július közepe óta több mint 100 esetben alkalmaztuk. Az anyagot lehetőleg közömbösítve a **Wechselmann-Lange**-féle eljárás szerint suspendáltuk és interscapularisan lehetőleg intramuscularisan alkalmaztuk; 7 esetben intravenásan adtam, utóbbi esetekben a készítmény 0.1 gr.-jához 1 cm<sup>3</sup> normal NaOH-t adtam, vigyázva arra, hogy lehetőleg tiszta oldatot kapjak, a melyet physiologiás NaCl-oldattal 200 cm<sup>3</sup>-re hígítottam fel. Az oldatot a **Schreiber**-féle bajonettalaki tű segítségével fecskendeztem be a hozzá adott 20 cm<sup>3</sup>-nyi üvegfecskendő segítségével. Ezen eljárás csak annyiban hátrányos, hogy 5—6 percig tart és a befecskendezés alkalmával kifejtett nyomás miatt a tű a gyűjtőérből kicsúszhat; így az arsenoldat a bőr alá kerülhet, a hol fájdalmas infiltrációt okozhat. Ezen hátrányon újabban olyképpen segítenek, hogy az oldatot 250 cm<sup>3</sup>-es hengerbe öntik, a melynek alsó részén nyílás van, úgy hogy a hengerből hosszú gummicsovön át folyik az oldat a vénába. Ilyenformán a henger magasra emelése által oly nyomást fejthetünk ki, a mely a folyadéknak a vénába való átömléséhez elégséges. Az intravenás befecskendezéshez átlag 5—10 perc elégséges, azonban olykor hamarabb is sikerül. Maga a befecskendezés semmi kellemetlenséget sem okoz a betegnek, nem számítva a műtéttel együtt járó psychés izgalmat. Utána csakhamar főfájás, szédülés, hányás-inger, borzongás fogja el a beteget, majd rázó hideg után a hő 39—40<sup>0</sup>-ig felemelkedik. Többnyire 3—4 óra múlva a láz eltűnik és a subjectiv érzés javul. Másnap kiütés és hasmenés jelentkezhet. Eseteim közül

csak az egyikben jelentkeztek a tünetek vehemensen és a láz 39<sup>0</sup>-ig emelkedett; a másik kettőben a főfájás, szédülés és hányásinger kisebbfokú volt, hasmenés nem jelentkezett és a hőmérséklet csak 37.2, illetve 37.5-re emelkedett. A toroktünetek az egyik esetben bámulatos gyorsan fejlődtek vissza, a másokban (recidiva) a kütegek 48 óra múlva csaknem teljesen eltűntek, míg egy harmadikban (rhinitis atrophicans et pharyngitis sicca) a bántalom természeténél fogva az eredmény nem volt oly szembetűnő. Három esetben **Ehrlich** ajánlata szerint az intravenás befecskendezés utáni III., illetve V. napra intramuscularis befecskendezést alkalmaztam a gyors hatásnak a tartóssal való egyesítése céljából. A **Wassermann**-reactio az egyikben 7 nap alatt negatívvá vált, a másodikban már előzőleg negatív volt, a harmadikban a távozás alkalmával (VII. napon) még pozitív volt.

Az intravenásan alkalmazott adag 0.3—0.4 gr. volt. Tekintettel arra, hogy, ha adataink nem csalnak, az alkalmazott kis adagot a betegek jól tűrik, intravenás befecskendezés céljaira a kisebb adagok alkalmazását ajánlom. **Weintraud** 0.5 salvarsant 20 cm<sup>3</sup> 1/5 normal nátronlúgban old fel, vagyis annyiban, a mennyi a teljes oldáshoz elégséges. **Touton** szerint többnyire 6 cm<sup>3</sup> NaOH elég ehhez. A fecskendő helyett **Grawitz**-féle, alul csappal ellátott hengerbe önthetjük a folyadékot, a honnan gummicsov segítségével, saját súlyánál fogva bocsájt-hatjuk be a tűn át a vénába. Ilyenformán elkerülhetjük azt, hogy a tű a vénából kiesik, a mi a fecskendővel való dolgozaskor megeshet. Az intravenás gyors hatást némelyek megkísérelték a tartós hatással egyesíteni, olyformán, hogy az intravenás alkalmazás után 2—4 nap múlva, a mikor az arsen már eltávozott a szervezetből, 0.4—0.5 gr. arsen fecskendeznek be intramuscularisan, azonban ennek különösebb haszna nincs, mert a recidivák kifejlődését nem akadályozza meg. A betegek az intravenás befecskendezéseket jól tűrik.

Az intramuscularis befecskendezés mindig kisebb-nagyobb fájdalommal jár. Kivételesen egyes tabesések és paralytikusak alig érznek a beszúraskor vagy utána fájdalmakat. A hypersensibilisek nem épen mindig neurastheniások voltak,

olykor ép ezek türték jól a befecskendést. Némely esetben, úgy látszik a befecskendéssel járó izgalom miatt, a beteg collapsusszerű tünetek mutatkoztak, a melyek csakhamar eltűntek. A befecskendés alkalmával érzett fájdalom többnyire csak néhány perczig tart s azután a beteg néhány napig jól érzi magát, sokszor azonban órákon át vannak a betegnek fájdalmai, a melyek bár nem hevesek, mégis miattuk az első éjjelt nyugtalanul tölti. A fájdalmak és a láz többnyire a 3—5. napon jelennek meg újból 37.5—38° C.-ig terjedő hőemelkedések kíséretében, a melyek azonban tűrhetőek és 1—1 aspirinra megszűnnek; vannak azonban esetek, a mikor a láz a 10. napon, vagy még később jelentkezik. A fájdalmak kisebb-nagyobb mértékben a harmadik hétig állhatnak fenn. Egy betegünk, daczára annak, hogy lehetőleg közömbös suspensiót használtunk, a befecskendést rosszul tűrte, rendkívül heves fájdalmakat érzett a beszúrás helyén, a melyek jeges borogatásra és aspirinre sem szűntek meg, úgy hogy éjjelre morphiuminjectiót voltunk kénytelenek adni. A mérsékelt láz és a fájdalmak egy hétig tartottak. Azután urticariászerű kútegek mutatkoztak az egyik testfelén s másnap 40° C. láz kíséretében arsenkútegek voltak láthatók kiváló nagy számmal a törzsön. Az exanthemák csak 2 nap múlva tűntek el teljesen. A hőmérsék lassan szállott alá és 10 nap múlva érte el a normálisat. A beteg a klinikáról való távozása után pár nap múlva icterus tüneteivel jelentkezett. A befecskendés helyén ökölnyi daganat keletkezett, a melyből a próbapunctio alkalmával pár csepp véres savó ürült; a daganat felmetszésekor geny nem találtatott. Ezenfelül még két esetben észleltünk arsenkútegeket, de ezekben a kísérő tünetek nem voltak oly hevesek. A befecskendés helye körül a legtöbb esetben infiltratio keletkezik, a mely 2—6 hét alatt visszafejlődik, de tovább is fennállhat. Az arsenbefecskendés által okozott szövetnecrosis néhány esetben steril genyedést okozott; a tályogot vagy fel kellett vágatni, vagy apróbb nyílásokon át magától kiürült a sárgás váladék. Azt állítják, hogy az arsennek a bőr alatti kötőszövetben vagy az izomzatban való felhalmozódása a *Wechselmann*-féle módszer után következik be, mert a suspensio nehezen szívódik fel s azért a vele járó kellemetlenségek elkerülésére és a gyors hatás elérése céljából inkább az alkális oldatokat ajánlják. Az adagok nagysága 0.4—0.6 között lehet. Az oldat elkészítésekor a régi *Alt-Schreiber* előírásához tarthatjuk magunkat, azaz az arsennek meleg vízben való feloldása után, minden egyes 0.1 gr.-jára 0.8 normal natronlúg adandó. Ez az oldat kissé zavaros, de mégis könnyen befecskendezhető folyadék, a mely tűrhető fájdalmakat okoz. *Touton* szerint ezen oldatban a gyors hatás a suspensióval elért tartós hatással párosul. A savanyú sónak *Kromayer* szerinti suspensiója a legkisebb hatású. Az olajban vagy paraffinban való suspensiója az arsennek, a *Citron és Muker* által ajánlott alkalmazásmód nem vált be. *Alt* és *Hoffmann* említi, hogy a savanyú oldatok a szívre hatnak. Ujabbban a só közömbösítésére a natriumhydroxyllt ajánlják. Megjegyzem még, hogy a befecskendés után a vérnyomás 10—30 mm. Hg.-mal emelkedik és a pulsus is szaporábbá válik rövid időre. A befecskendés utáni hyperleucocytosis maximuma 16.800 volt.

Primaer affectióval egy eset került kezelésünk alá, a melyben a befecskendés a másodlagos tünetek kifejlődését nem tudta megakadályozni.

Másodlagos eset 25 volt. Más szerzőkkel egyértelműleg mi is azt találtuk, hogy a legtöbb esetben a tünetek visszafejlődtek, a roseolák elhalványodtak, csak barnás foltok jelezték helyüket s azok is elmúltak mintegy 48 óra alatt; nyálkahártyafekélyek a tonsillán, a garatíveken, a nyelven kezdtek behámosodni a beoltást követő napokon s néhány nap alatt begyógyultak. A mélyebbre terjedő ulceratiók kitejlődéséhez már huzamosabb idő kellett, úgyszintén a papulák és plaque-ok eltűnéséhez. Ezek a 4—5. nap kezdtek behámosodni, helyük azonban még két hét múlva is látható volt. A mirigyek kisebbedtek, de nem tűntek el teljesen. Számos esetben észleltük a *Herxheimer*-féle reactiót, kivált a szájbán és a torokban székelő folyamatokban. A papulo-maculosus

kútegek már lassabban tűntek el. Volt néhány esetünk, a mely a szer iránt refractaer viselkedett, úgy hogy újabb befecskendezés vált szükségessé, s voltak recidivák is (5 eset). Ezek számáról különben határozottan nem nyilatkozhatunk, mivel az illetőket egy-két hétnél tovább nem lehet tartani a klinikán s egyéb vizsgálat, illetve ellenőrzés céljából nem mind jönnek vissza, hanem gyógyulnak vélik magukat, vagy esetleges recidiva esetén más orvoshoz fordulnak.

Nem merem határozottan állítani, de sokszor valóban úgy volt, hogy azon esetek recidiváltak, a melyekben talán az adag elégtelensége miatt a *Herxheimer*-reactiót észleltük. A recidivált esetek közül felemlíték egy házaspárt: a férfin a kútegek nem tűntek el teljesen s utóbb még kétszer oltatott be; a nőn pedig a *Wassermann*-reactio negativvá válása daczára újból roseolák jelentkeztek. Egy fiatalemberen a garatíveken levő fekélyek a befecskendés után egy hét múlva eltűntek ugyan, azonban főfájásai nem szűntek meg. A klinikáról való távozása után 2 hét múlva újból jelentkezett fekélyekkel a szájbán és kis gummával a nyelvében.

A tertiaer esetekben (24) nyílt a leghálásabb tér a therapiára. Szétesett és minden gyógykezeléssel daczó gummákat láttunk visszafejlődni és teljesen begyógyulni. Ulcerosus, crustosus bőrsyphilidek meggyógyulnak 1—2 hó alatt. Felemlíthetem egy nő esetét, a kinek lábszárán 16 év óta állott fenn egy kiterjedt fekély, a mely általános és helybeli kezelés daczára gyógyhajlamot nem mutatott és két *Ehrlich*-befecskendés után 2 hónap alatt tökéletesen begyógyult. Orrgumma szétesése után keletkezett csunya destrualó folyamat a befecskendés után granulálni kezdett és csakhamar kitejlődött. A sternumon levő gummákat láttunk lassan visszafejlődni az arsen hatása alatt, oly módon, hogy az elhalt rész kitejlődött és az anyagihiány sarjadzás által pótolatott. Általában ez a proliferatióra való hajlamosság jellemzi az arsenhatást; a szövetszétesést megállítja és regeneratív folyamatra ingerli a reactióra nem hajlamos szöveteket. Egyes esetekben a teljes hatás eléréséhez az arsen mellett kénesőhöz is kellett folyamodni, de ezek mind oly esetek voltak, a melyek előzőleg erős kéneső- és jodkezelésben részesültek és nem akartak gyógyulni. Egy tertiaer esetben javulás nem mutatkozott a befecskendés után.

Tabes dorsalist 16 esetben kezeltünk salvarsannal, eredmény nélkül. (Ezen esetekről *Kétly L.* professor számolt be.) Paralysis progressiva 3, myelitis dorsalis 1 és epilepsia 1 esetében semmi hatást sem láttunk az arsenről.

Agydaganat egy esetében a beoltást követő napon a kínzó főfájás, szédülés és hányásinger eltűnt s a beteg biztosan járt, azonban a ptosisból, abducensbénulásból és a diplopiából még mindig megmaradt valami, úgy hogy a teljes gyógyulás eléréséhez a kénesőtherapiához kellett fordulni, a mikor is egy hónap múlva a jelzett tünetek teljesen visszafejlődtek. Egy másik esetben azon tünetek, melyeket a kéneső hosszú időn át való alkalmazása nem tudott visszafejlőztetni, salvarsan ismételt befecskendésére sem multak el. Májgumma 2 esete közül az egyikben csak kistokú javulás mutatkozott, míg a másikban a befecskendés után egy hét múlva a daganat teljesen visszafejlődött. Diabetes insipidus és mellitus eseteiben az arsen hatástalan volt, valamint a nem lueses megbetegedések közül lymphosarcoma, súlyos anaemia és leukoemia eseteiben.

Az arsenkiválasztás a legtöbb esetben a befecskendés után egy hét múlva megszűnt, azonban némelykor még két hó múlva is találtam arsen-nyomokat a vizeletben.

A *Wassermann*-reactiót minden esetben végeztem. Tabes és tertiaer lues néhány esetének kivételével a reactio a befecskendéskor positiv volt. A reactio sorsát csak húsz esetben kísérhettem figyelemmel, mert a többi ismételt vizsgálatra nem jelentkezett. Ezek közül 3 tertiaer lues- és egy tabes-esetben 10 nap alatt vált negativvá, 3 secundaer lues-esetben 2, 4 és 8 hét alatt, egy esetben pedig a negativvá vált reactio ismét positivvá lett.

Az arsenobenzolban kétségtelenül hatalmas gyógyszer-



rel gazdagodott gyógyszerkincsünk, a melynek alkalmazás módja, alkalmazásának indiciói és az ismételt befecskendés idejének megállapítása még nincsenek felállítva. E kérdésekre a válasz csak hónapok, esetleg évek múlva lesz lehetséges.

Azzal azonban mindenki tisztában van, hogy egy arsenbefecskendéssel senkit sem lehet meggyógyítani, hanem a szer többszöri alkalmazása szükséges, továbbá, hogy a kéneső és a jod továbbra is nélkülözhetetlen szer marad a specifikus therapiában. Előnye a gyors hatás, a mire sokszor szükségünk van oly esetekben, a melyekben a lues súlyos destructiót okozott és életfontos szerveket támadott meg. Vannak olyan esetek, a melyekben a kéneső és a jod nem hatott, ezekben most nem kell összetett kézzel néznünk a lues romboló hatását, hanem az arsennel a szervezet segítségére siethetünk. Lesznek olyan esetek is, a melyekben az arsen nem hat, hanem a kénesőhöz kell nyúlni, a melynek újabb alkalmazása után a tünetek javulni kezdenek. A salvarsanban oly gyógyszerre akadunk, a mely hatásában méltán sorakozik a kéneső és a jod mellé, sőt azokat bizonyos tekintetben túlszárnyalja. Így előnye a gyors hatás, a mely az infectio veszélyét csökkenti, a gyógytartamot megrövidíti, a kezelést egyszerűbbé teszi, a beteget és környezetét sok kellemetlenségtől kiméli meg. A kórházi kezeléskor tekintetbe veendő, hogy a gyógytartam megrövidülésével ugyanazon idő alatt több beteget lehet most specifikus kezelésben részesíteni, mint eddig.

Egyik hátránya, hogy az alkalmazás módja még mindig nincs tisztázva. Az intramuscularis, subcutan és intravenosus befecskendés kérdésében még nincs eldöntve, hogy melyik módszer a hatásosabb, a nélkül, hogy a betegnek nagyobb kellemetlenséget okozna. Jelenleg az intravenás módszer látszik a legelőnyösebbnek a fent kifejtett okok miatt; ez azonban olyan technikai készültséget kíván, hogy a magán-gyakorlatban általános alkalmazásra igényt nem tarthat.

**Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)**

### Atypusos meningomyelitis syphilitica.

Irta: *Herzog Ferencz* dr., tanársegéd.

(Vége.)

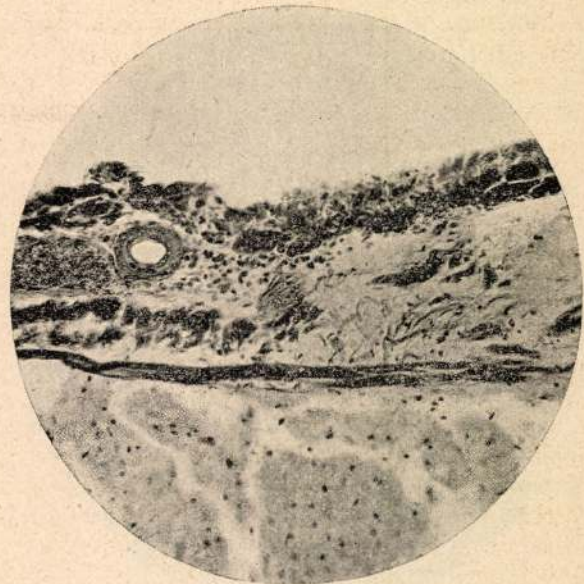
Az ágyéki részen a lágyburok mindenütt vastagabb és úgy mint a nyaki részen, vastag kötőszöveti rostokból és gömbsejtesen infiltrált területekből áll. Az elváltozás a gerincvelő elülső, hátulsó és oldalsó felszínén körülbelül egyforma. A lágyburok alatt helyenként az előbb leírthoz hasonló izzadmányt látni.

Ugyanilyen a lelet a sacralis gerincvelőn. Az izzadmány azonban nagyobb mennyiségű, mint az ágyéki velőn (5. ábra).

A gerincvelői gyökerekben a következő a lelet: Legsúlyosabban a középső nyaki résznek elülső és az ágyéki és sacralis velőnek hátulsó gyökerei betegedtek meg. Azonban egyebütt is találni elváltozásokat, különösen a háti rész érző gyökereiben. Ezen elváltozások kétségtelenül az erek megbetegedésével függenek össze és a különböző gyökerekben teljesen hasonlóan egymáshoz és csak fokbeli különbséget mutatnak.

A megbetegedett gyökerekben az erek vastagabb falúak, körülöttük gömbsejtes beszűrődést látni. Azonkívül megsaporodott az ilyen gyökerekben a kötőszövet, a velős hüvelyek pedig megfogytak. A megbetegedés súlyossága szerint változik a kép: némelyik gyökér épnek látszik és csak egymásik benne haladó ér körül látni perivascularis infiltrációt (6. ábra), más gyökerekben ezenkívül megsaporodott a kötőszövet és a rostrikulás is kétségtelen, végre a legsúlyosabban elváltozott gyökerekben egyáltalán nincsen, vagy alig van már velős hüvely és a gyökér vastagrostú kötőszövetből áll, melynek réseiben vastagfalú és perivascularisan infiltrált

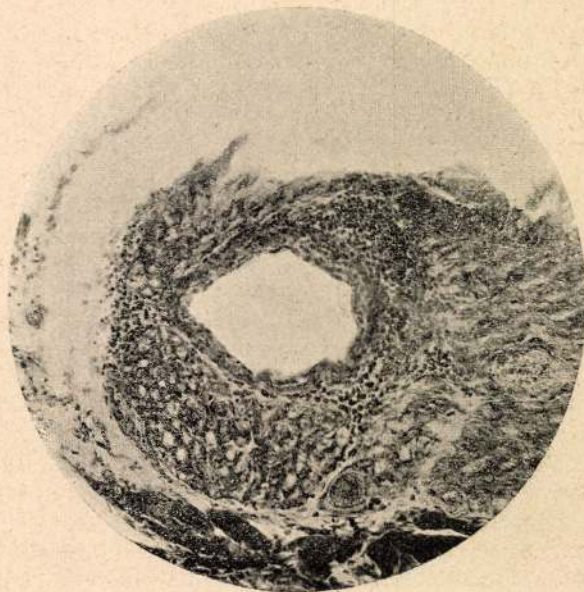
erek haladnak (7. ábra). A haematoxylin-van Gieson-nal festett metszeteken nyert ezen leleteket a rostrikulásra vonatkozólag gyengén differenciált Weigert-metszeteken ellenőriztem.



5. ábra.

A gerincvelő lágyburkának megbetegedéséhez teljesen hasonló elváltozást találtam az agyvelő lágyburkában. A lágyburok és a kéreg között helyenként ugyanolyan izzadmány van, mint a gerincvelőben. A lágyburok erei körül itt-ott gömbsejtes infiltratio látható, leginkább a kisebb erek körül és többnyire erősebb a beszűrődés a vena körül (8. ábra). Általában azonban az agyvelőburkon sokkal csekélyebb az elváltozás, mint a gerincvelő burkán. A folyamat itt sem szorítkozik a burokra, hanem az erek mentén betérjed a kéregbe. A kéregben számos ér körül van perivascularis infiltratio. Egyébként a kéreg Weigert és haematoxylin-van Gieson szerint festett metszeteken épnek látszik.

A környéki idegekben a lelet a következő: Megvizsgáltam a jobb n. axillaris és n. phrenicust Marchink és Weigertnek festésével. Mindkét eljárással ezen idegekben kifejezett degenerációt lehetett kimutatni. Gyuladásnak jelei



6. ábra.

pedig hiányoztak. A m. deltoideusban és a diaphragmában számos vékony izomrostot látni, melynek harántcsíkolata eltűnt vagy elmosódott. A kötőszövet megsaporodott, helyen-

ként a degenerált izomrost mentén sorban elhelyezett fiatal, nagy sejtmagvakat látni.

A ganglion fusiformeban egyik oldalon sem volt eltérés a rendes képtől.



7. ábra.

A szövettani vizsgálat eredményét a következőkben foglalhatom össze. Kétségtelenül elsődleges a lágyburoknak és ereinek megbetegedése. A lágyburokban talált elváltozás leptomeningitis chronicának felel meg. Az elváltozás egyik helyen (lumbo-sacralis velő) egyenletesen súlyos a gerincvelő egész felszínén, másutt azonban körülírt területre szorítkozik (középső nyaki rész). Helyenként csak az erek körül és az érfalakban látni eltérést (agyvelőburok, háti rész). Az erek megbetegedése nem szorítkozik a burok ereire, hanem a gyökerekben és a velőállományban is hasonló az erek elváltozása. A gyökerek némelyikében igen súlyos elfajulást látni, a velős hüvelyek teljesen hiányzanak, helyettük kötőszövetet és gömbsejtes infiltrációt látni a gyökérben. A gerincvelő középső nyaki részén mindkét elülső-oldalsó nyalábban és az elülső szarvakban talált elfajulást is az erek megbetegedésével kell összefüggésbe hozni. A burokban futó erek



8. ábra.

ezen a helyen súlyosan elváltoztak, de vastagabb falúak és perivascularisan infiltráltak a burokból a gerincvelő állományába haladó erek és az art. sulci ant. ágai is. Ezért ezen

degeneratio keletkezését az erek megbetegedésére kell visszavezetni.

Másodlagos degenerációnak felel meg a hátulsó nyalábok elfajulása, a mely az ezen nyalábban haladó rostok változó elhelyeződésének megfelelő kiterjedésű, a melynek okát a hátulsó gyökerek megbetegedésében találjuk és a melynek histológiai képe egyezik a másodlagos elfajulásával, ugyanis az ereknek, kötőszövetnek és gliasejteknek elváltozása olyan a hátulsó kötegekben, mint a milyen az másodlagosan degenerált nyalábokban lenni szokott.

A mi végül a peripheriás idegekben és az izmokban talált elváltozásokat illeti, ezek semmiképpen sem gyuladósok, hanem csak elfajulásban és sorvadásban állanak. A lelet tehát olyan, hogy a központi idegrendszer megbetegedésének következményeképpen fejlődhetnek ki ezen elváltozások. Nem volna indokolt a peripheriás degeneratív polyneuritisnek felvétele a központi idegrendszer megbetegedésén kívül, mivel azon idegekben volt elfajulás, melyeknek gyökerei vagy sejtei sérültek.

Tekintve az anamnesisben az ulcust, melyet kénesőbedörzslésekkel kezeltek, a *Wassermann*-féle reactio positiv voltát és az elváltozások szövettani képét, lueses idült meningomyelitisnek kell azokat tartanunk, annál inkább, mivel a bonczolás sehohsem mutatott ki tuberculosist a szervezetben. A kis arteriák és vénák mentén keletkeztek elváltozások a központi idegrendszerben mindenfelé, kevésbé az agyvelőn, inkább a gerincvelőn, nem annyira a velőállományban, mint a lágyburokban, helyenként góczszerűen sokkal kifejezettebben. A burkokról pedig a gyökerekre is ráterjedt a folyamat.

A szövettani vizsgálatból kétségtelen meningomyelitis chronica luetica klinikai tünetei nem feleltek meg a szokott kórképnek. Igaz, hogy a gerincvelő syphilisének képe nagyon sokféle, de ezen változatosság dacára is többnyire felismerhető ezen betegség, leginkább akkor, ha hosszabb ideig észlelhetjük a beteget.

Nem tekintve azon eseteket, a melyekben a gerincvelőnek syphilise az acut myelitisnek, a *Brown-Séguard*-féle bénulásnak kórképében jelentkezik, általában meningitises vagy velőmegbetegedési tüneteket okoz a syphilis. Ehhez csatlakoznak olyan esetek, melyekben főleg vagy csak a gyökerekre szorítkozik a megbetegedés, a mikor a peripheriás idegek megbetegedésétől igen nehéz lehet a megkülönböztetés.

Esetünkben a tünetek leginkább degeneratív polyneuritisnek feleltek meg. Mégis az idegrendszer szövettani vizsgálata megczáfolta körjelzésünket és a gyökereknek, a gerincvelőnek és burkainak megbetegedését mutatta ki. Épen ezért érdekes esetünk, mivel példája annak, hogy milyen nehéz a degeneratív polyneuritisnek felismerése és elkülönítése a meningomyelitistől.

Az idegek syphilises megbetegedése többnyire igazi gyuladós neuritis, mely mint mononeuritis vagy több idegnek neuritise fordul elő. Ritkább az olyan syphilises polyneuritis, a mely a degeneratív polyneuritis képében folyik le, a mikor a tünetek kiterjedtek. Hogy ezen esetekben degeneratio van-e csak jelen az idegekben, az szövettanilag még nincsen bizonyítva és *Nonne*<sup>2</sup> lehetségesnek mondja, hogy ilyen esetekben is syphilises infiltrációk vannak az idegekben, olyan helyeken, melyek a klinikai vizsgálatnak nem hozzáférhetők.

Esetünkben ilyen infiltrációkat nem lehetett tapintani, de a tüneteket sem lehetett ilyen elváltozásokkal megmagyarázni, mivel nem egyes idegek voltak bénulva, hanem az idegekből csak bizonyos izmokhoz vagy izmrészekhez haladó rostok sérültek. A bénult izmok pedig hasonló működésűek voltak. Épen ez az, a mi a degeneratív polyneuritisben jellemző a bénulások kiterjedésére. Csakhogy hasonló bénulás keletkezhetik akkor is, ha a gerincvelőben vagy a gyökerekben székel az elváltozás. Ezért a bénulásnak ilyen elrendeződése nem használható fel a kórfolyamat localisatiójára. Erre egyéb tünetek szolgálhatnak, a melyek azonban esetünkben nem voltak eléggé kifejezettek.

A gerincvelő állományának megbetegedésére utaló

tünet egyáltalában nem észleltetett a betegség egész tartama közben. Tekintve a felső végtagokon levő atrophákat, spasmusos tüneteket várhattunk volna az alsó végtagokon, ha a velőállomány megbetegedésében van az atrophának az oka. De sem ezen tüneteket, sem a hólyagbeidegzésnek zavarát nem észleltük, a mely utóbbi gyakran fordul elő a gerinczvelőnek disseminált lágyulásában vagy sklerorisában.

A gerinczvelő burkainak és a gyökereknek megbetegedésére jellemző tünet a heves fájdalom a gyökerek összenyomása folytán, a gerincoszlopnak nyomásérzékenysége és kisebbfokú merevsége. Esetünkben ugyan voltak fájdalmak, de ezek sohasem voltak hevesek vagy gyöki jellegűek. A gyöki jellegű bénulások eredete pedig gyakran csak akkor ismerhető fel, ha a bénulásokon kívül gyöki fájdalmak is előfordulnak. Különbön alig lehetséges azokat a poliomyelitistől vagy degeneratiós neuritistől elkülöníteni, mely utóbbinak kiterjedése szintén nagyon közel állhat a gyökéri típusú bénuláséhoz.

A velőállománynak és a gyökereknek megbetegedésére mutató tünetek hiányában legvalószínűbbnek kellett tartanunk a degeneratív polyneuritist. Csak az izolált sympathicus-tünetek voltak szokatlanok.

Az autopsia nyilvánvalóvá tette, hogy a meningomyelitis lueticának általában jellemző tünetei hiányozhatnak, hogy a gyökereknek súlyos megbetegedése dacára is hiányozhatik a gyöki fájdalom, hogy a velőállománynak lágyulása kis, majdnem symmetriás területre vonatkozhatik a gerinczvelőben, a nélkül, hogy a gerinczvelő hosszú pályáira kiterjedne. A szövettani lelet és a klinikai tünetek között esetünkben a következő az összefüggés: A felső végtagokon észlelt atrophákat és a rekesz korlátolt mozgását a nyaki gerinczvelő közepén kétoldalt talált lágyulásokra, a törzsön az anaesthesiás foltokat, továbbá az alsó végtagok gyengeségét, a reflexek hiányát, a hypotoniát és fájdalmakat pedig a gyökereknek megbetegedésére kell visszavezetni. Az oculopupillaris tünetekről pedig valószínű, hogy ezek esetünkben azon sympathicus-rostok sérülése következtében keletkeztek, a melyek a nyúlt velőből a centrum cilio-spinalehoz haladnak az elülső-öldalsó kötegben. A középső nyaki részen levő lágyulásban sérülhettek ezen rostok. A lágyulás baloldalt nagyobb volt és baloldalt voltak oculopupillaris tünetek. Valószínűleg azonban a túloldali lágyulás is okozott sympathicus-tüneteket, mivel a betegnek egész arca időnként kipirult.

Mindezeknél fogva esetünk példája az atypusos gerinczvelő-syphilitisnek, a melynek a szokottól eltérő alakjait az utóbbi időben mások is leírták. A megbetegedés az elülső szarvakra szorítkozhatik és a poliomyelitis acuta vagy chronica kórképe keletkezhetik (*S. Goldflam*<sup>3</sup>, *J. Hoffmann*<sup>4</sup>, *P. H. Preobaschenski*<sup>5</sup>, *M. Nonne*). Más esetben (*W. Spiller*<sup>6</sup>) epiconus-tünetek voltak jelen és a bonczolás után is kétséges maradt, hogy vajjon az idegek, a gyökerek vagy a velőállomány megbetegedése az elsődleges.

Atypusosnak kell mondanunk végre esetünkben a tünetek csoportosulásán kívül a betegségnek lassú, egyhangú előrehaladását. Ez sem felel meg annak, a mit a gerinczvelő-luesre jellemzőnek ismerünk, a melyben ugyanis a tünetek javulása, spontán vagy kezelésre, majd ismét súlyosbodása igen gyakran előfordul. Betegünk állapota kéneső használatára sem változott.

Ennek oka csak az lehet, hogy a központi idegrendszer elváltozásai (bár helyenként kétségtelenül lueses sarjszövetnek feleltek meg), javarészből már lassan zsugorodó, rostos kötőszövetből állottak, a mely jóllehet a syphilitis infectio folytán keletkezett, mégis antilueses kezelésre már nem változott. Analog, lueses infectióra visszavezethető, de antilueses kezelésre nem javuló megbetegedéseket gyakran látunk más szervekben is.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Jendrassik E.*: A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. O. H. 1904. — <sup>2</sup> *M. Nonne*: Syphilis- und Nervensystem. 1909. — <sup>3</sup> *S. Goldflam*: Zur Originalmitteilung *J. Hoffmanns*: „Poliomyelitis ant. acuta et chron. syphilitica.“ Neurol. Centr. 1909. — <sup>4</sup> *J. Hoffmann*:

Zur Kenntniss der syphilitischen akuten u. chronischen atrophischen Spinallähmung. Neurol. Centralbl. 1909. — <sup>5</sup> *P. A. Preobaschenski*: Ein Beitrag zur Lehre von der akuten syphilitischen Poliomyelitis. Neurol. Centralbl. 1908. — <sup>6</sup> *W. Spiller*: The Epiconus Symptom-Complex of Cerebro-Spinal Syphilis. Ref. Jahresb. f. Neurol. u. Psych. XII.

**Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bárány Sándor egy. ny. r. tanár.)**

### A gyomor functionalis vizsgálatáról.

Irta: *Galambos Arnold* dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A gyomor fizikális vizsgálatával néha a gyomor falának megvastagodott, hypertrophiás volta részint az inspectio, részint a palpatio segítségével felismerhető, főleg ha az épen összehúzódó gyomor tartalmát a szűkült pyloruson át akarja hajtani, a mikor a megmerevedett gyomor felett „Spritzgeräusch“ hallható is, tapintható is.

Itt említek meg egy körülményt, melynek a loccsanás létrejöttében esetleg szerepe lehet.

*Alberto Baldi* vizsgálatai szerint a hasreflex a multiparákon nehezen vagy egyáltalában nem váltható ki, mert a bõralatti hegekben a centripetalis reflex-ág megszakíttatik. Az atoniás és ptosisis egyének legnagyobb része nő és pedig rendszerint multipara. A hasreflex kiváltásakor a hasizmoknak reflectorius összehúzódása jön létre; ugyanez jön létre a gyomor feletti táj ütögetésekor is, a loccsanásra történő vizsgálat alatt. Normalis tonusú egyéneken a loccsanás akadályául szolgál a mechanikai behatás pillanatában történő reflectorius összehúzódása a hasfalnak, mely mintegy megakadályozza az ütődésnek a gyomor falára történő hatolását, míg atoniás egyéneken rendszerint hiányzik a hasreflex s így a loccsanás kiváltásakor a hasfal összehúzódása; tehát az ütögetés a vékony hasfalon át könnyebben ráterjed a gyomorra s a loccsanás létrejöttét elősegíti.

Az atonia ventriculi s a gastroptosis nem szokott egymagában fennállani; rendszerint enteroptosis, nephroptosis s a többi hasüri szervnek sülyedése is jelen szokott lenni; vizsgálatainknak a nephroptosis s ennek nagyobb foka, a ren migrans, rendszerint jól hozzáférhető. Ezenkívül többnyire laza hasfal s rectus-diastasis is észlelhető.

A gastroptosis foka, a vese leszállásának mértéke s a gyomor kiürülésének ideje közt direct összefüggés nincsen. A splanchnoptosis fokából a gyomor secretiósi viszonyaira sem vonhatunk következtetést. *Ugyanazon objectív lelet mellett a gyomor functionalis vizsgálatának eredménye igen sokféle lehet és megfordítva.*

*Stiller* az asthenia universalis congenita cz. monografiájában a costa decima fluctuans stigma neurasthenicumnak írja le. *Stiller* genialis alkotása, hogy a *Glenard*-féle enteroptosist, a *Leube*-féle nervosus dyspepsiát s a neurastheniát mintegy egységes megbetegedésnek ismerte fel s ez által az addig különféle nevek alatt leírt s különböző betegségeknek tartott kórformákat egybeolvasztotta.

Mindezen betegségnek közös vonása az asthenia, oka és alapja a veleszületett dispositio, és stigmája — a minek diagnostikai és prognostikai jelentőséget is tulajdonít — a costa decima fluctuans. *Stiller* szerint a habitus asthenicus miben sem tér el a habitus phthisicustól s a veleszületett asthenia hol inkább az astheniás betegségben, hol pedig inkább tüdőbajban nyilvánul.

A mi a 10. borda szabad voltát illeti, ez eseteimben nem igen gyakori, sokkal gyakoribb azonban a 10. bordának a rendesnél lazábban fixált volta. Ez különben megfelel *Stiller*, *Meinert* stb. észlelésének. A jól kifejezett costa decima fluctuans eseteiben a 11. és 12. borda sokszor széjjelálló, a 9. borda pedig lazán fixált.

Az asthenia nervosa, a dyspepsia nervosa, az atonia ventriculi, a nephroptosis, a costa decima fluctuans stb. gyakori együttes előfordulása ezen betegségek rokon jellegét két-

ségtelenül igazolja. A *Stiller*-féle astheniás megbetegedésről szóló tant egészben határozottan elfogadandónak tartom, azonban egyes esetekben nemcsak hogy cserben hagy, hanem hibás következtetések levonására vezethet, mert vannak atoniás, dyspepsiás, neurastheniás egyének rögzített 10. bordával s még föbben vannak szabad, vagy lazán fixált 10. bordával astheniás megbetegedés nélkül, és vannak ezenkívül olyan gyomorban szenvedők is, a kikben a 10. borda a rendesnél ugyan kevésbé van rögzítve, a gyomorpanaszaiak mégsem egyszerűen astheniások, hanem szervi gyomorbajból eredők; viszont a 10. borda rögzített volta esetében is kell a panaszoknak astheniás lehetőségére gondolni; ép ezért kell túlzásnak tartanom *Stiller* azon állítását is, hogy ha a 10. bordát szabadnak tapintja, akkor már eleve biztosra veheti, hogy a vesét is tapintani fogja s a gyomrot atoniásnak találja.

#### A gyomor functionalis vizsgálata.

Összes eseteimben az Ewald-Boas-féle próbareggelivel összekötött vizsgálatot végeztem. A reggeli elfogyasztása után (a befejezéstől számítva)  $\frac{3}{4}$  órával történt a gyomortartalom kiürítése; a kiürítést gyomormosás nem követte, azért az ily módon nyert gyomortartalom s az összes gyomortartalom mennyisége közt annál nagyobb volt a differentia, minél tömegesebb, vízszegényebb, s minél rosszabbul emésztett volt a gyomortartalom, ezenkívül minél több szívós, tapadós vagy tömeges nyálkát tartalmazott. Ezért kevés gyomortartalom még nem szolgált jó motilitás mellett, azonban sok tartalom (150—200 cm<sup>3</sup> felett) vagy fokozott elválasztást (hypersecretio), vagy csökkent motilitást bizonyított.

Pawlow vizsgálatai óta ismertek azok a befolyások, a melyekkel psychés momentumok (étvágy, ételundor) a gyomornedvelválasztás kvalitására és quantitására kihatnak. Az egyik ember keserű vagy kevésbé cukrozott theát szokott reggelizni s ez ízlik neki; más pedig valóságos kinnal és undorral iszsa meg a neki nem ízlő theáját, s ezek után az ilyen különböző psychés ingerek hatása alatt várjuk ugyanazon ingernek (thea) a gyomormirigyekre kifejtett reflectorius funkcióját. Az így kapott értékek természetesen nem egyeznek meg azon értékekkel, melyek a valóságban akkor adódnak, midőn mindenki a neki ízlő táplálékot fogyasztja; a különbség főleg impressionista, idegbetegeknél lehet igen nagy. Az ideális próbareggel az volna, ha mindenki a megszokott reggelijét fogyasztaná el, s e physiologiai ingerre kiváltott reactio eredményét vizsgálnák! Ez természetesen lehetetlen!

A másik hibaforrás az, hogy rendszerint nem sikerül az egész gyomortartalomnak a kiürítése; holott *Sicknek* emberek tett tapasztalata szerint a próbaétkezés utáni fractionált kiemelés útján nyert különböző gyomortartalomrészeknek fizikai és chemiai sajátosságai nagy eltéréseket mutathatnak; *Grütznernek* állatkísérletei, *R. Kaufmannak* anatómiai, s *O. Prymnek* klinikai vizsgálatai az ételeknek a gyomorban történő egyenetlen eloszlását érthetővé teszik; mindazonáltal az ebből származó hibát bátran elhanyagolhatjuk.

A gyomortartalomnak a mennyisége után azonnal szembe-tűnő másik tulajdonsága a *consistenciája*. A gyomortartalomnak híg, folyós része megy át a duodenumba, míg ha az antrum pyloriba darabos rész jut, akkor a reflectoriusan összehúzó pylorus megakadályozza ennek a duodenumba hatolását (*Prym*). Tehát a gyomorsecretio s a motoros működés a tápláléknak, a gyomortartalomnak állandó felhígítását, illetve besűrítését eredményezi. Kóros körülmények közt hol az egyik, hol a másik sajátosság juthat túlsúlyra; így pl. stenosis pylori esetén a felhígulás, mivel a retineált gyomortartalom fokozott gyomornedvelválasztáshoz vezet. Csökkent gyomornedvelválasztás vagy hypermotilitás esetén, még inkább, ha ez a két körülmény együtt áll fenn, a gyomortartalom nedvszegény, tömeges, sűrű lesz; sokszor találunk ilyen gyomortartalmat *achylia gastrica* s úgy látszik *tuberculosis dyspepsia* esetén, s ennek nemcsak *achyliás* alakjaiban; híg a gyomortartalom stenosis pylorin kívül hyperchlorhydria,

de főleg hypersecretio esetén. A gyomortartalom sűrűségétől teljesen függetlenül ítélendő meg a gyomortartalom *jól* vagy *rosszul emésztett* volta. Az aciditás s az emésztettség foka közt nem áll fenn az az összefüggés, hogy hyp- s anaciditás esetén jól, hyperaciditás esetén rosszul emésztettek a próbareggeli zsemlyedarabjai; sokszor éppen fordítva van ez; a legrosszabbul emésztett azonban a gyomortartalom *achylia gastrica* esetén, mert hiszen a túlnyomóan *szénhydrattartalmú tápszerek megemésztése körül a sósavpepsinnek szintén elsőrangú szerep* jut. Az *achyliás* gyomortartalom annyira jellemző, hogy egyszerű rápillantással rendszerint megállapítható a sósav s pepsin teljes hiánya.

A gyomortartalom szagának az erjedt, motoriusan insufficiens gyomorból származó gyomortartalom vizsgálatakor van jelentősége. Az émelygős, undorítóan édeskes szagon kívül a — főleg állás után szembetűnő — habzás s a hármas rétegződés jellemző az ily gyomortartalmakra; az ilyen gyomortartalom nagy mennyiségű, s ha hyp- vagy anacid: tejsavat s egyéb szerves savat szokott tartalmazni; míg normalis aciditás, vagy hyperaciditás mellett ez utóbbi rendszerint hiányzik. Az ily pangott gyomortartalomra tekintve, azonnal megítélhetjük az aciditást; mert ha anacid, akkor főleg a fehérjeféleségek emésztetlenek, s már szabad szemmel is felismerhetők az izomrostfasciculusok, bőnye-czafatok stb., míg a szénhidrátok jól emésztettek (anacid s nem *achyliás*); *achylia* esetén úgy a fehérjeféleségek, mint a szénhidrát-tartalmú darabok emésztetlenek; míg ellenben elég sósav jelenlétében a fehérjék jól emésztettek, ellenben a főzelék-, gyümölcsrészek csaknem elváltozás nélkül felismerhetők.

A gyomortartalomnak fontos, már szabad szemmel is diagnoskálható esetleges alkotórésze a *nyálka*. A nyálka normalis alkotórésze a gyomortartalomnak, azonban csak csekély mennyiségben, a sósav-pepsin által nagyrészt megemésztett állapotban. A kóros viszonyok közt előforduló nyálka főleg mennyiség tekintetében üt el a normálistól. Hogy a nyálka a gyomorban keletkezett s nem a nyelő- vagy a légcsőből jutott a gyomorba nyelés útján, arról rendszerint könnyű meggyőződni. Ez utóbbi nem keveredik egyenesen a gyomortartalommal, darabos, sokszor habos. A gyomorból származó nyálka egyenesen van eloszolva az egész gyomortartalomban, bensőleg van keveredve a zsemlyedarabokkal s rendszerint nagy mennyiségű. A nyálka jelenlétéről legegyszerűbb úgy meggyőződni, hogy üvegpálczikával a gyomortartalomba nyúlunk s a tartalom egy részét a pálczika segítségével kiemeljük; normalis körülmények közt vagy semmi, vagy minimalis nyúlós, tapadós nyálkát találunk, míg valódi gyomorhurut eseteiben hol finomabb, hol meg tömegesebb, durvább nyálkatömegek tapadnak az üvegpálczikához. A nyálkás gyomortartalom nehezen filtrálódik. *Schmidt* vizsgálatai szerint a nyálkát a gyomornedv hidegen ugyan nem, de testmelegen már megtámadja; azonban 2-szer annyi idő kell a megemésztéséhez, mint ugyanannyi fehérje megemésztéséhez. A nyálka tehát a sósav-pepsin által részben megemésztetik; azonban sokszor találhatunk hyperaciditás mellett nagy mennyiségű nyálkát és viszont anaciditás, *achylia gastrica* esetén sokszor előfordul, hogy semmi nyálka sem mutatható ki, a mi mindenesetre a mellett bizonyít, hogy a *normalisan is csekély mennyiségben képződött nyálka az üvegpálczikás próbánál nem ad positiv nyálkareactiót*; míg ellenben a hurut alatt keletkezett nagymennyiségű nyálkát a hyperaciditások gyomornedv sem tudja megemésztetni, úgy hogy a *sósav-pepsinnek nincs akkora szerepe a nyálka megemésztése körül, hogy ez a hurutos s a normalis nyálkamennyiségek felismerése körül rendszerint akadály lehetne*.

A nyálkát mikroskoppal nézve: finom fonalas alapállományban hol sűrűbben, hol ritkábban hengerhámsejtmagvakat találunk, néhány fehérvérsejtmaggal vagy fehér vérsejttel. A nyálka minél jobban van megemésztve, annál finomabb és elmosódottabb a fonalas alapállomány szerkezete, úgy hogy helyenkint csak a typosus kerek vagy kissé hosszukás sejtmagvak figyelmeztetnek a nyálka jelenlétére. A gyomoreredetű nyálkának alkotórészei *igen bensőleg keveredettek*

keményítőszemcsékkel, élesztősejtekkel, rövid vagy hosszú bacteriumokkal stb., egyszóval a gyomortartalom alkotórészeivel. Leucocytáknak s főleg pigmentnek bő jelenléte a nyálkának bronchusokból eredete mellett szól.

Eseteimben a nyálka jelenlétét ezen makroskopi s mikroskopi sajátságoknak együttes jelenlétéhez kötöttem s mindazonáltal azt találtam, hogy primaer gyomorhurut 86 esete közül 12-ben fordult elő, a mi 14<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-nak felel meg.

Régebben a gyomorhurut diagnózisra igen gyakori volt; így *Broussais* a 19. század elején minden gyomorbajt gyomorhurutra vezetett vissza. *Rosenthal* szerint a gyomorhurut régen olyan gyűjtőfogalom volt, mint ma a rheumatismus. *Leube* tanítása, hogy a primaer gastritis igen ritka megbetegedés, ma is általában elfogadott. A gyomorhurut diagnózisának felvétele meglehetősen önkényes, mert e baj egyedüli kriteriuma a fokozott nyálkaelválasztás (*E. Schütz*) s a normalis s a megszorodott nyálkamennyiségek határértékének megjelölésében eltérések könnyen lehetnek. Az amyorrhoea gastrica (*Kaufmann*) és gastrosuccorhoea mucosa (*Dauber*) a nyálkaelválasztás rendellenessége; az amyorrhoea elhatárolása a normalis nyálkatartalomtól legalább is oly nehéz, mint a fokozott nyálkaelválasztás alsó határának a megjelölése.

A gyomortartalomnak egy másik kóros alkotórésze lehet a vér. A vér vagy friss, vagy átalakult, megemésztett vér alakjában lehet jelen a gyomortartalomban. Az emésztett vér nem bizonyít még gyomoreredetű vérzés mellett, csak a vérnek a gyomorban való hosszabb időzése mellett szól. Friss vér vagy a gyomorból (gyomor- vagy légút-eredettel), vagy a megsértett nyelőcsőből, vagy a torokból jut a gyomortartalomba. A mechanikai sértés eredményeként előforduló vérzésnél a vér már makroskopicen is látható; ha szabad szemmel vérzés nyoma nem látható, akkor mechanikai sértésből eredő vérzés nincs is, s a görcs alatt található vörös vérsejteknek nagy jelentőségük van, mert occult vérzés mellett bizonyítanak!

Carcinomás vagy peptikus ulcusból, erosióból eredő occult vérzésnél makroskopicen vér ki sem mutatható a gyomortartalomban, chemice a guajakpróba csak intenzívebb vérzés esetén positiv, mikroskop alatt azonban mindig kimutatható a vér friss vagy kilúgozott vörös vérsejtek jelenléte által.

Ha a vérzés oka a gyomorcső által ejtett nyálkahártyasérülés, akkor a vörös és fehér vérsejtek számaránya ugyanaz, mint a vérben; míg ellenben ha a vér occult vérzés eredménye, akkor a carcinoma, ulcus vagy erosio körüli kisebb-nagyobb gyuladás eredményeképpen a fehér vérsejtek a vörös vérsejtekhez képest aránytalanul megszorodtak. Sokszor a gyomorcső ablaka a gyomor nyálkahártyából egy-egy darabkát lehasít, leszánt s ilyenkor finomabb vagy durvább véres nyálkahártyaczfatok lesznek felismerhetők a gyomortartalomban; ilyenkor rendszerint — ha szabad szemmel látható vérzés nincsen — a gyomortartalom folyadékjában, vagy még inkább zsemlyedarabkáiban görcs alatt nem találunk vörös vérsejteket, úgy hogy ha szövetczfát van, szabad szemmel vérzés nem látható, görcs alatt vérsejtek találhatók, akkor e vörös vérsejtek nem a mechanikai sértésnek, hanem erosióból vagy ulcusból származó occult vérzésnek eredményei, sőt a szövetczfatok is leválófélben levő nyálkahártyarészletek, melyek ulcus vagy erosio környékéből származhatnak.

Elváltozott, vagy nagy mennyiségű vér rendszerint a gyomorból ered, kevés vér inkább mechanikai sértés eredménye.

A szövetczfatok jelenléte a gyomortartalomban nem ritka; én 6 esetben találtam; ezek közül 1 biztos carc. ventr. esetben; achylia gastrica 1 esetében végeztem functionalis vizsgálatot 2 ízben, mindkétszer találtam szövetczfákat; egy anaciditas-esetben ugyancsak 2 ízben végeztem vizsgálatot, mindkétszer positiv eredménnyel; ezenkívül mind a két esetben a Boas-Oppler-féle hosszú bacteriumnak helyenkinti coloniaszerű elszaporodása is jelen volt (l. később; carc. gyanú); az utolsó eset hyperaciditas + gastrosuccorhoea cont. (hyperpepsia continua) esetre vonatkozik.

*Strauss* igen nagy fontosságot tulajdonít a szövet-

czafatoknak, mert a rák és az achylia közt jellemző differentialediagnostikai jelnek tartja, ő ugyanis achylia eseteiben sohasem talált szövetczfát.

A szövetczfatok vizsgálatakor az alapsejtek hengerhámos jellege könnyen felismerhető. E sejtek hol izoláltak, hol meg tömegesen fordulnak elő; néhol typosos csapszerű képződmények, s alveolaris szerkezet ismerhető fel. Sokszor a gyomor mirigyek egész lefutásuk mentén észlelhetők, typosos acinusokkal, egy- vagy többretegű hengerhámokkal bélelve, másutt elmosódott, homályos körvonalú sejtek — mintha coagulációs necrosisba estek volna — láthatók, s az alveol. elrendeződés, acinusos szerkezet is homályos, vagy csak sejtető. Rendszerint friss vörös vérsejtek és hámsejtek bensőleg keveredtek, sokszor a mirigylumenek vörös vérsejtekkel kitöltöttek. Sokszor elváltozott, kilúgozott, régi vörös vérsejtek is vannak jelen, a mi csak azt bizonyítja, hogy nem ép, hanem erodált vagy félig levált nyálkahártyarészletek szakítottak le a mechanikai insultus által.

Biztosan carcinomás s biztosan nem carcinomás szövetczfatok egészen hasonló képet adtak.

*Kuttner* is így nyilatkozik: Je länger ich mich mit der Mikroskopie dieser gespülten Schleimhautpartikelchen beschäftigt habe, desto mehr bin ich von dem diagnostischen Werte dieser Untersuchungsmethode zurückgekommen.

A carcinoma és achylia közt differentialediagnostikai jelül nem használható fel, mert hisz épen ezen bajokban fordulnak elő leggyakrabban s *Martius* és mások achyliában a gyomor nyálkahártya hypervulnerabilitását egyenesen jellemző sajátságoknak veszik fel.

(Folytatása következik.)

## Az angol orvosi viszonyokról.

— Üti levél. —

Irta: Királyfi Géza dr.

(Folytatás.)

London, 1910 szeptember.

Érdekes és tanulságos Londonnak néhány szépen felszerelt theoretikus tudományos intézete. Így többek közt a *Lister Institut of Preventive Medicine*, a mely hygieniai, bacteriologiai és chemiai laboratóriummal van ellátva; a *Royal Institut of Public Health*, a mely gyakorló orvosoknak a közegészségügyben való elméleti és gyakorlati kiképzésére szolgál; az *Imperial Cancer Research Fund*, a mely a rák kérdésének kutatására épült és főképpen *Bashford* illusztris nevéhez fűződik stb. stb.

A theoretikus tudományos intézetek azonban nagyobbára a maguk számára dolgoznak; a gyakorlati, klinikus iskola nem igen találta meg velük a contactust. A mint általában az angol bel-orvosi iskola, a mennyire saját impressióm alapján itélnem szabad, azt a tendenciát juttatja kifejezésre, a mely az angol nemzetnek socialis berendezkedéseiben is mindenütt előtérbe lép: a praktikusság elvének a kidomborítását. Az angolok igen kiváló praktikusok, éles megfigyelők és helyes kritikával rendelkező klinikusok. Orvosi iskolájuk fősúlyát a beteggyi empiriára helyezik, míg a laboratóriumi munkálkodás útjai, kérdései és törekvései iránt sokkal kevésbé fogékonyak. Igaz, hogy a valódi orvosi működés súlypontja mindig a közvetlen tapasztalatgyűjtés volt és az is marad mindenkor. Hisz e nélkül tudományos kérdések felvetése, tudományos igazságok keresése nem is volna lehetséges; és az a laboratóriumi kutatás, a mely eredményeit nem igyekeznék átvinni a való életbe, voltaképpen czéltévesztett törekvés volna. De másrészt tagadhatatlan, hogy az a friss áramlat, a mely különösen Németország felől éri a mai tudományos orvosi működést, nem elégedhetik meg ma már tisztán a beteggyi tapasztalatszerzéssel. Mindenesetre az angolnak az a conservativismusa, a mely sajátságos módon ebben a kiválóan practikus nemzetben épen a praktikusság rovására egy és más tekintetben még most is fenmaradt — hisz elég csak pénzrendszerüknek és a nemzetközi orvosi érintkezést rendkívül megnehe-

zítő súly- és mértékrendszerüknek különösen czélszerűtlen voltára utalnunk, a mely az Európászerte elfogadott tizedes rendszerrel még most is daczol —, úgy látszik, ez a conservativismus lopta be magát bizonyos mértékig tudományos szellemükbe is. Minden szónál jobban illusztrálja ezt talán az a néhány sor, a melyet London egy kiváló orvosi hetilapjának, a „*The Hospital*”-nak ez évi augusztus 20.-i számában az *Ehrlich-Hata*-praeparaturnál szólva olvastam: „... a new German preparation which is only too likely to be as useless — though it is to be hoped not so harmful — as many of those which have preceded it.”<sup>1</sup> És ezt abban az időben, midőn az egész kontinensen hónapok óta folynak a példátlan sikerű kísérletezések és hallhatók a túlárado lelkesedéstől hangos dicsőítő szavak.

Tulajdonképpen két név az csupán, a mely a mai angol iskola vezető nevei közül európai hangzásúvá vált: *Mackenzie* és *Wright*. Az előbbi élénk példája annak, hogy az éles megfigyeléssel és helyes kritikával párosult empiria milyen nagystílű munkálkodásra képesít. *Mackenzie*nek a szívpathológiára vonatkozó tana, a mely számos, egészen új fogalmat vezetett be a szívbetegségek klinikájába, tisztán a betegágy mellett gyűjtött tapasztalatokon épült fel, a nélkül, hogy experimentális vizsgálatok e sokszor nehéz kérdések tisztázásában segítségére lettek volna. *Wright* viszont egyike azon keveseknek, a kiknek az angol orvosi iskola nagyarányú intuitív laboratoriumi munkálkodást köszönhet.

*Mackenzie* tanait e helyütt csak röviden, fő vonásaiban óhajtom vázolni. Munkásságának legfontosabb eredménye a venapulsatiók és a szívarythmiák kérdésének, valamint e kettő egymáshoz való viszonyának a tisztázása. A szív működés graphikai ábrázolására a meglévő sphygmographok genialis módosításával egy rendkívül tökéletes eszközt, az *ink-polygraphot* szerkesztette, a mely exact módon egyidejűleg több görbének a felvételére alkalmas. Ezen eszköz mellett a rendkívül kényelmetlen kormozott papirlapokra egyáltalában nincsen szükség és a görbéket tetszés szerinti ideig vehetjük fel, a szív működés egyes phasisait huzamosabb időn át figyelhetjük meg, a nélkül, hogy új papirlapoknak az eszközbe való illesztésével kellene vesződnünk.

Az arteria radialis és a vena jugularis görbéinek egyidejű felvételével megállapította első sorban a *normalis phlebogrammnak* a törvényeit. Rendes körülmények között a venagörbén szerinte három emelkedés látható egy szívrevolutio alatt. Az első emelkedés, az „*a*” hullám (auricular wave), a jobb pitvar systolés összehúzódása által jó létre, a mely a zárt venosus szájadék mellett a nyaki vénák erősebb megtelődését okozza. A második emelkedést, a melyet „*c*” hullámnak (carotid wave) nevez, a carotis pulsatiója hozza létre. Az „*a—c*” intervallum megfelel azon időnek, a mely a jobb pitvar-systole és az aorta-billentyűk megnyílása között eltelik és rendes körülmények között  $1\frac{1}{5}$  másodpercnek felel meg. A harmadik emelkedés, a „*v*” hullám (ventricular wave), a systole végén jó létre, a midőn a vér a még systolében levő kamarába nem hatolhatván be, első sorban a pitvarokat és ezzel a nagy nyaki vénákat tölti meg. A venapulsatióknak ezen alakját, a mely normalis körülmények között jelen van és *Mackenzie* tökéletesített eszközével rendszerint a teljesen egészséges emberen is kimutatható, *auricularis venapulsatióknak* nevezi; ez az, a mit mi negatív venapulsusnak mondunk. A másik alakja a venapulsatióknak, az úgynevezett *ventricularis venapulsatio*, megfelel a mi pozitív venapulsusunknak és jellemző reá nézve az „*a*” hullámnak a teljes hiánya. A venapulsatio ezen alakjáról felvett görbéken semmi sem mutat arra, hogy a pitvar a kamara összehúzódása előtt contractióban volt. Épen ezért *Mackenzie* eleinte azt gondolta, hogy ezen esetekben a pitvar paralyzáva van és ezért hiányzik a contractiója. A midőn azonban a *Keith* által végzett vizsgálatokból kitént, hogy épen ezen ventricularis venapulsatiót mutató esetekben post mortem rendszerint a

pitvaroknak dilatatioja és hypertrophiája volt jelen, a pitvarparalysis teoriáját el kellett ejtenie. Egy hűdött, paralyzált izomzat ugyanis hypertrophiára nem képes. Ekkor azután úgy értelmezte ezen eseteket, hogy ilyenkor az auricularis systole időbelileg egybeesik a ventricularis systolával és ezért hiányzik a venagörbéken a pitvar-összehúzódást elző „*a*” hullám. Felvette, hogy ezen esetekben az inger nem a rendes helyén, nem a sinus venosuson keletkezik és halad innen a *His*-kötegen keresztül a kamara felé, hanem olyan helyen, a honnan a pitvar és a kamara felé ugyanegy időben és egyenlőképpen terjedhet és azután a carotis által okozott egyetlen emelkedésben összegeződik. Ilyen hely volna a pitvarokat és kamarákat összekötő auriculo-ventricularis köteg. Sokáig épen a *Tavara*-csomót tartotta az inger keletkezése helyének és épen ezért ezt a ventricularis venapulsatiót a venapulsatio *nodal* alakjának és a szívarythmiának ezen alakját *nodalrythmusnak* nevezte el. Csak az 1910. évből származó legújabb vizsgálatok hozták meg ennek a kérdésnek a teljes tisztázását. Kiderült ugyanis az electrocardiogrammal eszközölt vizsgálatokból, hogy ezen ventricularis venapulsatio eseteiben a pitvarok csakugyan nincsenek paralyzáva, úgy, a mint *Mackenzie* eleinte gondolta, de viszont nem helyes azon felvétel sem, hogy rendellenes helyen jelentkező inger folytán egyidőben húzódnak össze a kamarákkal, hanem kiderült, hogy a rendes contractiók helyett ezen esetekben a pitvarok állandó fibrillatiókat végeznek, a mint az az electrocardiographon látható gyors oscillatiókból felismerhető. Úgy hogy most már *Mackenzie* a *nodalrythmus* fogalmát elejtette és ventricularis venapulsatio eseteiben *auricularis fibrillatióról* beszél.

Vizsgálatainak másik nevezetes eredménye az extrasystolék kérdésének tisztázása. Megállapította, hogy a phlebogrammok pontos analysise útján az extra-ingerek keletkezése helyét is felismerhetjük. Ha az extra-ingerek a pitvarizomzatban keletkeznek, *auricularis extrasystolék*ről, ha a *Tavara*-csomóban jelennek meg, *nodal extrasystoléről*, ha a csomó alatt, a *His*-köteg valamely helyén vagy a gyomrocs izomzatában keletkeznek, *infranodal* vagy *ventricularis extrasystolék*ről beszél. Az *auricularis extrasystole* jellemző tulajdonságai: az „*a*” hullámnak a jugularis pulsusban való korai megjelenése, az „*a—c*” intervallumnak a kiszélesedése és sok esetben a compensatiós pausa tökéletlen volta. Az extrasystoléknek közönségesen előforduló alakja a *ventricularis extrasystole*, a melyre jellemző az auricularis rythmusnak változatlan volta, a kamaráknak korai systoléja, a mely vagy megelőzi a pitvar-systolét, vagy vele időbelileg egybeesik és végül a tökéletes pausa. Az extrasystole *nodal* alakjában úgy a pitvar, mint a kamara időelőtti contractiója konstatalható, a mely azonban egymáshoz viszonyítva időbelileg egybeesik; a compensatiós pausa itt is tökéletes.

Vizsgálatainak ismét egy másik fejezete a szív különböző *funciozavarainak* pontos elemzésére irányul. A radialis és a jugularis pulsusgörbéinek egybevetésével meg tudja állapítani, hogy a klinice tapasztalható szívarythmia a szívizom *cardinalis functiói* közül melyiknek, az ingervezetőképességnek, az ingerlékenységnek, a contractilitásnak vagy az ingerkeltő működésnek a megzavarásából származik-e.

Míg *Mackenzie* tanai a kontinensen csak kevés visszhangra találtak, addig az a nagy tudományos látás, a mely kb. 3—4 év előtt a *Wright opsoninjai* révén a régi *Metschnikoff*-féle phagocytismus tanát ismét divatba hozta, *Wright* munkásságát a tudományos világ előtt a legapróbb részletekig ismertette. A mint azonban minden téren, úgy a tudományban is a divatoknak a sorsa ugyanaz: jönnek és mennek. Ma már *Wright* opsoninjainak sokkal kevesebb hívője van, mint volt akkor, a mikor e vizsgálatok hírért szárnyaira kapta a divat és ma már, azt lehet mondani, a *Wright*-féle vaccinatiós therapiát Anglián kívül Európa többi tudományos központjaiban alig vagy csak elvétve gyakorolják. Sőt — a mint az itt szerzett benyomásaim után ítelhetek — a *Wright*-féle tanok ma már magában Londonban is főképpen a *St. Mary's Hospital* *Wright*-féle laboratoriumára

<sup>1</sup> Magyarul: Új német készítmény, mely ugyanolyan haszonnélkülínek látszik — noha reméljük, hogy nem lesz olyan ártalmas — mint sok elődje.

szorítkoznak. A vaccinatiós therapiát ugyan gyakorolják itt is, ott is a kórházakban, azonban — úgy látszik — inkább kényszerűségből, mint tudományos meggyőződésből. A hol pedig gyakorolják, ott is az opsonin-index meghatározása nélkül teszik, pedig voltaképpen az egész eljárásnak ez volna az egyedüli controllja. *Wright*-nek a nimbusa Angliában, úgy látszik, még sokkal nagyobb, semhogy azon keresztül az objectív kritika és a tudományos őszinteség utat törhetne magának.

Annál nagyobb azonban a vaccinatiós therapia hitele és gyakorlati alkalmazásának tere magában a *Wright*-féle laboratoriumban. *Wright*-nek a *St. Mary's Hospital*-ban külön fekvőbeteg-osztály áll rendelkezésére, a hol nagyobbára régi, chronikus genyeredések, kevés gyógyulási tendenciát mutató fekélyek, elhanyagolt, régi tuberculosus mirigyek, sipolyos, áttört csont-, ízület-, bőrtuberculosis-ese-tek, régi furunculosisok, eczemák, sycosisok stb. kerülnek kezelés alá. Rendkívül érdekes az a roppant nagy, kiterjedt ambulancia, a mely kétszer hetenként délután valóságos elárasztja a *Wright*-laboratorium rendelő-helyiségeit. Csak úgy özönlenek a szerencsétlen, kétségbeesett betegek, a kiket a vaccinatiós therapiának csodahíre csábít ide London minden negyedéből. A kezelés rendes menete az, hogy megállapítják, a mennyiben sikerül, a kórokozó mikroorganizmust. A hol lehet, ott a vaccint a beteg kitenyészett saját mikroorganizmusával készítik, a hol ez nem lehetséges, ott a kész vaccinek állnak rendelkezésre. Kezelés előtt rendszerint megállapítják az opsonikus indexet. A befecskendezendő dosis nagyságát minden egyes további ambulans kezelés alkalmával maga *Wright* határozza meg. Az opsonin-indexet azonban — és ez talán eléggé jellemző — maguk *Wrighték* sem állapítják meg újból minden egyes további kezelés előtt. Azok a vaccinek, melyekkel a *Wright*-laboratorium dolgozik, a *staphylococcus*-, *streptococcus*-, *gonococcus*-, *acnebacillus*-, *colibacillus*- és a *tuberculosisbacillus*-vaccin. A colibacillus-vaccint a coli-cystitisek, pyelitisek, néha endometritisek, továbbá elméleti okoskodás alapján cholelithiasisok, appendicitisek therapiájában ajánlja. Vannak eseteik, a melyek hónapok óta állnak kezelés alatt és el kell ismerni, a mint *Wright* maga volt szíves demonstrálni, néhány esetben valóban bámulatosnak látszó javulások konstatalhatók. Pedig, *Wright* saját szavai szerint, rendszerint a legkétségbeesettebb esetek azok, melyek hozzájuk, mint ultimum refugiumhoz kerülnek.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Max Joseph: Lehrbuch der Haarkrankheiten für Ärzte und Studierende.** Leipzig. Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1910. (Ára füzve 8 korona, kötve 9 korona.)

Bizonyos, hogy a szerzőnek a dermatologiai és syphilidologiai oktatás terén nagy érdemei vannak. Több jó és igen elterjedten használt tankönyve bizonyítja ezt. Tankönyveinek nagy előnye a megfelelő terjedelmen kívül különösen a bennük megnyilatkozó gyakorlati érzék, az ügyes csoportosítás és az élénk leírás. Ugyanezeket a jó tulajdonságokat találjuk *Josephnek* legújabb munkájában is. A német szakirodalomban a hajbetegségekről az utóbbi időben jó és összefoglaló tankönyv alig jelent meg. *Jessnernek* idevágó és egyedül a gyakorlati irányt szolgáló kis füzetei csak egyes specialis kérdésekre szorítkoznak. Pedig valóban érdemes e bajokkal foglalkozni, hiszen a legtöbbje mindennapos bántalom és egy részük a cosmetica körébe is tartozik.

A szerző a nagy anyagot 8 fejezetben tárgyalja. Az első 2 fejezet általános kérdésekre vonatkozik. Az első a hajzat élettanát és általános pathológiáját, a második az általános therapiát öleli föl. A többi fejezet a specialis klinikai

kórformákra terjeszkedik ki. A betegségek fontosságuk szerint vannak több-kevesebb részletességgel ismertetve. Különösen szépen és alaposan tárgyalja a szerző az alopecia areatát és az alopecia seborrhoicát (a leggyakoribb fajtájú kopaszodást). A mintegy 22 ívre terjedő érdemes munka leírását szemléltetővé teszi 26 szövegközi ábra, a melyeknek legtöbbje elég jól sikerült. Mivelhogy könyvének első sorban gyakorlati a célja, *Joseph* a therapiára fordít különösen gondot. Ez leginkább abban nyilvánul, hogy a receptek nemcsak egészen mellékesen, félreesően, mintegy csak odavetve vannak felsorolva, hanem részletesen, a szövet között különállóan formulába öntve. Az olvasó így sokkal jobban rögzítheti emlékezetében a therapiai eljárást. Ezt a segítséget nagyban előmozdítja még az a körülmény is, hogy a könyv végén függelékképpen még 100 receptet találunk betegségek szerint csoportosítva. Ezek között több cosmetica recept is található.

*Joseph* könyve tehát igen jól van összeállítva s így valóban nemcsak a szakember számára, hanem a gyakorló orvos számára is alkalmas. Minthogy pedig a tárgynál fogva sok olyan bántalom vagy elváltozás is van tárgyalva (hajhullás, kopaszág, őszülés), mely ellen a közönség mindenfelé nagyrészt kuruzslók reklámozott gyógyszereivel keres segítséget, szükséges, hogy a gyakorló orvos is érdeklődjék e mindennapos kisebb-nagyobb bajok iránt, hogy azután alkalomadtán ő maga is szolgálhasson tudományos alapon kellő tanácsal és útbaigazítással.

*Guszman.*

**B. Kern, Generalarzt: Das Problem des Lebens in kritischer Beleuchtung.** Berlin, 1909. Verlag von A. Hirschwald.

A szerző egyesíteni kívánja az életjelenségek vizsgálatkor a természettudomány és bölcsélet kutatásainak eredményeit, a melyek egymással szorosan érintkeznek. Az összekötő a kettő között „a testi és lelki-szellemi élettartalom azonos volta”. Ezért a két tudományoknak karöltve kell haladnia egymással. Sem positivismusról, sem idealismusról, sem egyéb methaphysikai rendszerről nincs szó e fölfogásban. A természet megismerését a természettudomány kutatja ki és segítségül veszi a megismeréskritikát. Így az élet problémája az élet megismerésévé alakul át. Az egyes fejezetek a gondolkodás módszereinek ismertetésén kívül az élet mechanikájával, az élet fizikai alapjaival, a lelki-szellemi jelenségek magyarázatával, az életproblema természettudományi és bölcséleti vizsgálatával foglalkoznak. A közel 600 lapot elfoglaló munka széleskörű tanultság, nagy irodalomismeret és jó kritika eredménye.

*Kollarits Jenő dr.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A gümőkóros folyamat localisatiójáról a tüdő különböző részeiben** közöl statisztikai adatokat *Strandgaard*. Adatai 2432 esetre vonatkoznak, a melyek közül 390-ben (16%) mindkét tüdő egyforma mértékben volt megtámadva. 1292 esetben (53%) a jobb tüdő volt erősebben vagy egyedül megbetegedve, 750 esetben (30%) pedig a bal. Még kifejezettebb a különbség, ha csak azokat az eseteket vesszük, a melyekben egyoldali volt a megbetegedés: 633 ilyen eset közül csak 123 (19%) vonatkozott a bal tüdőre. Ha a betegség szakát vesszük tekintetbe, az eredmény lényegesen más. Az első szakban 83% jobboldali laesióval szemben csak 17% baloldali áll; a második szakban 60% jobboldalival szemben 40% baloldali, a harmadikban pedig 40% jobboldalival szemben 60% baloldali; a harmadik szakban tehát a bal oldal túlsúlyra jutott. A nemnek nincsen befolyása erre az arányra, a melyből tehát az következtethető, hogy a gümőkóros folyamat a bal oldalon sokkal activabb. A bal oldalon az alsó lebeny megbetegedése is gyakoribb (58%, a jobboldali 42%-kal szemben); a harmadik szakban még kifejezettebb a bal oldal túlsúlya. A bal alsó lebeny tehát erősebben van kitéve a gümőkóros fertőzésnek, mint a

jobb. A tüdő elülső részei gyakrabban betegszenek meg, mint a hátulsók. A gümőkór haladása a tüdőben tehát az esetek többségében a következő: először a jobb csúcs betegszik meg, azután a bal; a beszűrődés azután jobboldalt terjed lefelé, úgy hogy a második szakban még mindig a jobb tüdő erősebben beteg; most megindul a baj terjedése baloldalt, még pedig eleinte az elülső, utóbb a hátulsó részeken s csak ezután betegszik meg a jobb alsó lebeny elülső, majd hátulsó felszíne. (Hospitalstidende, 1910. aug. 10.)

**Az oxygen bőr alá fecskendezéséről asphyxia eseteiben** ír *Ramond*. A mikor a légutakban levő valamelyes akadály miatt oxygen belélegeztetése nem használható, az oxygen bőr alá fecskendezése vehető igénybe, a mely ugyan csak palliatív értékű, de a közvetlenül fenyegető veszélyt a műtéttig elháríthatja. Tartósabb a hatása az oxygen bőr alá fecskendezésének az endogen vagy exogen intoxication alapuló asphyxiában, így például uraemiában, coma diabeticumban, szénsavmérgezésben, chloroform- és aethermérgezésben. Leginkább azonban bronchitis capillaris, bronchopneumonia és massiv pneumonia okozta súlyos asphyxiában hasznos az oxygen bőr alá fecskendezése, mint a mikor nem csupán a szervezet oxygenszükségletét sikerül ilyen módon kielégíteni, hanem egyúttal az oxydatio útján a toxinok ellen is hatunk és a diuresis is fokozódik. A befecskendezés az előzőleg jodtincturával desinfectált czomb- vagy hasbőr alá történik. Gázembolia elkerülése végett előbb néhány cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasóoldatot fecskendezünk be; ha körülírt vizenyő jelentkezik, tudjuk, hogy a bőr alatti kötőszövetben van a tű, nem pedig valamely érben. Az oxygen megszürése céljából a kanül kívül eső részébe kevés steril vattát teszünk, összekötjük az oxygent tartalmazó ballont a kanüllel és lassan 1 1/2 liter oxygent fecskendezünk be. Nagy gázhólyag képződik erre, a mely néhány óra alatt felszívódik, a mikor is megismételjük az injectiót. Az intrarectalis oxygen-infusio nagyon lassan hat, a subcutan injectióval kombinálva azonban esetleg igénybe vehető. (Progrès médical, 1910. 36. sz.)

### Sebészet.

**Myeloid leukaemiában szenvedők és splenectomizáltak vasanyagcseréjéről** ír *Bayer*. Azt találta, hogy a myeloid leukaemiában szenvedők kevesebb vasat választanak ki, mint a normalis ember, míg a splenectomizáltak többet. Röntgenezés alatt a vaskiválasztás úgy a normalis, mint a lépbeteg és léptelen emberen nő; a vaskiválasztás fokozódásának oka: a fokozott sejtszétérés, a lép vasvisszatartó képességének functionális sérelmezése, a lépben felhalmozott rezervfehérje mobilisatiója. Már a csöves csontok röntgenzése is tetemesen befolyásolja a lép vasvisszatartó képességét. (Mitth. aus den Grenz. der Med. u. Chir. XXII.) P.

**A csípőizület spontan ficzomodása fertőző betegségek kapcsán.** *Cumston* szerint a csípőizület spontan ficzomodása leggyakoribb typhus és heveny izületcsúz, ritkább scarlatina, influenza, variola, gonorrhoea, erysipelas és gyermekági láz kapcsán. Typhusban többnyire a reconvalescentia szakában, scarlatinában és heveny izületcsúzban ellenben a betegség tetőfokán szokott támadni. A mi a baj pathogenesisét illeti, a szerző a *Petit*-féle elmélet felé hajlik, mely szerint az izület tokját és szalagait valamilyen gyuladós izzadmány erősen kitágítja, úgy hogy utána petyhüdték s így a czombcsont feje mozgás alkalmával könnyen elhagyhatja a helyét. A szerző esetében scarlatinás gyermekben támadt a baj, a melyet csak akkor vettek észre, a mikor a scarlatina lezajlása után a gyermek járnai kezdett. Luxatio iliact állapotot kapott meg 4 cm.-es rövidüléssel. Narcosisban végzett repositio és gipszkötés alkalmazása után gyógyulás következett be. (Boston med. and surg. Journ., 1910. nov. 3.)

**A hosszú bélresectiók prognosizálásáról** ír *Denk*. 3 év előtt írt le egy esetet, melyben 540 cm. vékonybél resectiójáról számolt be; a resectiót a bélnek sérvtel kizáródás folytán létrejött elhalása tette szükségessé. A 61 éves nő jól

összeszedte magát, munkaképes lett s a műtét után 2 1/2 hóval és 1 1/2 évvel történt anyagcserevizsgálatok azt mutatták ki, hogy a táplálékot jól kihasználja, csak a zsírresorptiója hiányos. Kevéssel a második functionvizsgálat után étvágya csökkent, hasmenések jelentek, meg borzasztóan lefogyott (26 1/2 kg. volt halála előtt) és 2 1/2 évvel a műtét után meghalt. A visszamaradt vékonybél hossza 106 cm. volt, a vastagbél 190 cm. A resectio alkalmával tehát a vékonybélnek körülbelül 1/5-ét tavolították el. A szövettani vizsgálat a visszahagyott bél adenoid képleteinek kifejezett sorvadását, az izomelemeknek s a bélbeli ganglionoknak zsíros degenerációját mutatta ki. A kísérleti adatok (*Monari, Marshall Flint, Evens és Breniser*), melyek szerint a visszahagyott vékonybél hypertrophizál, egyáltalán nem igazolódtak be az emberre nézve. Áttekintve az irodalomban azóta közölt hosszú bélresectiókat: a 3-4 méteres bélresectiók sok évig (6, 14 éves is van) minden zavar nélkül élnek; a 4 m.-nél hosszabbak közül csak 1 van a jelentések szerint életben (*Stoltz*, 465 cm.), de csak 1 év óta, a többi mind vagy directe a vékonybélkiesés okozta cachexiában vagy tuberculosiban (*Axhausen* 475 cm. 1/2 év, *Nigrisoli* 520 cm. 3 1/2 év) pusztult el, csak az egy *Storp*-é (510 cm. 1/2 év) halt meg sarcomametastasisokban. (Mitth. aus den Grenz. der Med. u. Chir. XXII.) P.

### Gyermekorvoslás.

**A kámfor viselkedését a csecsemő szervezetében** vizsgálta *Schlutz* Langstein tanár osztályán (Berlin). Hivatkozik mindenekelőtt *Happichnak* a kámfornak és chloralhydrat mérgező hatását tárgyaló munkájára, a mely reámutatott, hogy a kámfor a szervezet bizonyos állapotaiban az anyagcsere különös sajátosságai következtében nem hogy nem veszélytelen, hanem egyenesen halálos hatású is lehet, úgy hogy korlátlan használatától óvakodni kell. Nézetét azon elméletileg ismeretes tényre indokolja, hogy a kámfor a szervezetben glucuronsavval való párosulás által lesz méregtelenítve és hogy így a kámfor mérgező hatása attól függ, hogy mekkora mértékben forog fenn ilyen párosulásnak a lehetősége. A kámfor ott, a hol glucuronsav nem áll rendelkezésre, nem gyógyítólag, hanem mérgezőleg hat.

Ezen adatok a gyermekorvost is különösen érdeklik, minthogy a csecsemőkörben a kámfor alkalmazásának tág tere van: súlyos táplálkozási zavarokban, intoxicatio és decompositio folyamán mutatkozó szivgyöngeségben, súlyos fertőzésekben, így tüdőlobban stb. Táplálkozási zavar esetén pedig közelfekvő gondolat az anyagcsere súlyos zavara miatt a kámfor mérgező hatására gondolni. *Schlutz* ezért kísérleti úton tanulmányozta a kérdést. Ezen kísérletekből levont következtetései a következők:

1. A kámfor a szokott gyógyító adagokban, de még nagyobbakban is, teljesen veszélytelen az egészséges csecsemőre nézve. Kámfor-glucuronsavvá párosul és így méregtelenítve a vizelettel kiválasztatik.

2. A normalis csecsemőszervezetnek mindig elegendő mennyiségű glucuronsav áll rendelkezésére.

3. Súlyos táplálkozási zavarokban a páros glucuronsav kiválasztása késleltetve van. Ennek oka lehet, hogy megcsökkent a képesség glucuronsavat készíteni, vagy azt párosítani. Kérdéses, hogy ezen körülmény mennyire vezethető vissza a súlyos táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőben a máj működési zavarára.

4. Súlyos táplálkozási zavarban szenvedő csecsemő részére a kámfornak gond nélkül adagolása legalább elméletileg megfontolandó. Ilyen esetekben meg kellene vizsgálni, hogy mutatkoznak-e olyan mérgezési tünetek, melyek kámforhatásra vezethetők vissza. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde, I. kötet. II. füzet. 1910.) *Flesch*.

**A női tej vastartalmának ismeretéhez és ennek összefüggéséhez a csecsemők anaemiájával** szolgáltattak adatokat *Bahrtd* és *Edelstein*. Bungenek és tanítványainak



vizsgálataiból tudjuk, hogy a szervezetnek és a tejnek vastartalma közt szoros összefüggés van. Ezen ismeretünk azonban főleg tapasztalatokon és állatkísérletek eredményein alapul, minthogy a női tejjel vonatkozólag elegendő számú egybehangzó eredményű vasanalysis ezideig nem létezik. Ennek oka főleg abban keresendő, hogy a női tej igen csekély vastartalma miatt ezen meghatározáshoz oly nagy mennyiségű tej szükséges, a mennyi kétségtelenül csak ritkán áll rendelkezésünkre. Az ezideig eszközölt vizsgálatok eredményei annyira nagy különbségeket mutatnak, hogy még a női tejnek rendes vastartalma felől sem vagyunk tájékozódva, nem is említve, hogy vonatkozásait az anyának és gyermekének zavaraihoz, különösen vérszegénységéhez, egyáltalán nem ismerjük.

A szerzők ezért három dajkán *Langstein* (Berlin) osztályán ily irányú vizsgálatokat végeztek és minthogy az egyik közülök kifejezetten vérszegény volt, egyidejűleg tanulmányozták, hogy milyen betolyása van a fokozott vasbevitelnek az anya táplálékában a tejnek vastartalma. Ezen vizsgálatok eredményét a következőkben foglalják össze:

Az irodalomban található nagy ingadozások a női tej vastartalmát illetően, az egyes vizsgálok eredményei közt észlelhető rendkívüli nagy különbségek a hiányos methodikára vezethetők vissza úgy a tejtételnél, mint az analysisnél. A szerzők vizsgálataiból ugyanis kitűnik, hogy minél nagyobbak a vizsgált mennyiségek és minél hosszabbak a vizsgálati periodusok, annál csekélyebbek a különbségek az egyes eredmények között. Ilyen módon végzett vizsgálatokkal azt találták, hogy 1000 cm<sup>3</sup> tej vastartalma 1:215—2:93 milligramm közt volt.

Egy vérvesztésig következtében vérszegény anyán, a kinek gyermeke nem volt vérszegény, a tej vastartalma a spontan javulás tartama alatt keveset emelkedett. Később megkísérelt fokozott vasbevitel nem gyakorolt befolyást a tej vastartalmára. Ezzel szemben egy vérszegény asszonynál, a kinek tejtartalma normalis volt s a kinek gyermeke kifejezetten vérszegény volt, a vasadagolás után a tej vastartalma jelentékenyen megnövekedett. Ezen megfigyelés eredményét természetesen nem lehet addig általánosítani, a míg további anyagot nem gyűjtünk a vasadagolásnak az anya vérére, tejére s a gyermek vérösszetételére gyakorolt befolyására vonatkozólag. (*Zeitschr. f. Kinderhk. I. köt. II. f. 1910.*)

*Flesch.*

### Húgszervi betegségek.

**Traumás strictura gyors recidivái** esetéhez *Palazoli* a következő reflexióit fűzi. Egy nyolcz éves fiúcskán, kin egy éves korában az urethrába beékelt kő extractiója következtében erős húgycsővérzés állott be, idővel olyan vizelet zavarok keletkeztek, melyek végre teljes retentióig fokozódtak. A szonda-vizsgálatkor kitűnt, hogy a húgycső egész lefutásában stricturás volt. A sokféle pöscsapolásnak húgycsőhurut, cavernitis lett a következménye, később már az egész penis lobos lett, kétoldali orchitis s végül gáttályog is keletkezett, mely kigenyedt. A húgycső tágitását célzó összes kísérletek: dilatatio, urethrotomia externa, electrolysis circularis, eredménytelenek voltak; a lobos jelenségek a kezelés ellenére változatlanul megmaradtak.

Ebben az esetben tehát nem véglegesen elkészült szűkülettel, hanem olyan stricturával volt dolguk, melynél a lobos jelenségek továbbra is persistálnak. Érthető tehát, hogy ilyen esetben minden olyan kísérlet, mely csupán a szűkület ellen irányított, meddő fog maradni, mert a szűkület oka, a lob továbbra is fennáll, sőt ez utóbbi a folytonos intraurethralis behatások következtében még fokozódik. Elég gyakran azt tapasztaljuk, hogy hiányzanak a húgycsőlobnak közönséges tünetei; mert ha a lobos elváltozások a szövetek mélyében székelnek, akkor megeshetik, hogy a többé-kevésbé megváltozott epidermis, mely esetleg a mirigyek kivetető csöveit is ellepheti, a secretum-kiválást megakadályozza. Ilyen esetben a közönséges szondázással csupán csak a szűkületet fogjuk felismerni, de ha a *Mötz* által ajánlott

eljárás szerint egy vastag bougie mentén az urethrát végigtapogatjuk, akkor a lobos jelenségek helyét s alakját is megállapíthatjuk. Az instillatiókkal, valamint az erőszakos és fokozatos tágitásokkal ilyen esetekben nem érünk célzt, de a hetenként 2—3-szor minél vastagabb szondán megismételt húgycső-massage a mélyebb szövetekből is kiszorítja a váladékot; e mellett még 4—10 milliampères electrolysises árammal az infiltratum puhítását is megkísérelhetjük. Ha pedig, miként az említett esetben, az egész urethra a környező szövetekkel egyetemben lobos, akkor a penist naponta 2—3-szor minél melegebb vízben kell megfürösztetni. És a mikor már valamennyi lobos jelenségek teljesen elmúltak, csak akkor fogjunk hozzá a strictura kezeléséhez. (*Annales des maladies des organ. génito-urinaires, 1910. 12. füzet.*)

*Drucker Viktor dr.*

### Orr-, torok- és gégebagok.

**Laryngotomiával eltávolított és fulguratióval kezelt intralaryngealis epitheliomának** esetét közli *Fournié*. A daganatot, mely a bal hangszalagon székel, laryngotomia útján, a cartilago cricoidea megkimélésével eltávolította, majd a műtét helyét 4 percig fulguratióval kezelte s azután zárta a sebet. A műtét helyén pár héttel utóbb polypszerű kis daganat képződött, a mely idővel spontan eltűnt s a melynek megjelenése a szerző véleménye szerint talán a fulguratióval hozható összefüggésbe. (*Gazette des hôpit., 1910.*)

**A carcinomának fulguratióval kezeléséről** tartott előadást *Keating Hart* a francia rák-tanulmányozó egyesületben. Szerinte a fulguratiót a késsel való műtét után, mint az operatio végső momentumát kell alkalmazni, utána egyesíteni lehet a sebet, de jól kell drainezni; ügyelni kell arra, hogy a villamütések nagyobb idegtörzseket ne érjenek, főleg a vagust kell elkerülni. A dosológiára egységes szabályok nincsenek, a helyes technikára az empiria tanít meg. Míg *Czerny* és *Schultes* nem látott jó eredményt ezen eljárástól, addig *Desplats* (Lille) már 1908-ban 18 inoperabilis esetről számolt be, a melyek közül 11-ben gyógyulás (közülük 4-ben később kiújulás) következett be.

*Safranek dr.*

**A gégecső multiplex osteomáinak tracheoskopia directa segítségével megállapított esetét** közli *Levinger* (München). Chronikus pharyngitisben és subglottikus duzzanattal járó laryngitisben szenvedő betegen tracheoskopiával a hátulso falon, a gyűrűporcz táján 2, élesen határolt, kihegyezett, gyuladt nyálkahártyával fedett excrescentiát látott s valamivel lejjebb a trachea oldalsó falán mindkét oldalt egyegy, az előbbiekhöz hasonló, a trachea lumenébe nyúló, de ép nyálkahártyával fedett kiemelkedést; a trachea nem mutatta a gyulladás jeleit. Tracheoskopos úton fogóval az egyik excrescentia egy darabját lecsipve, az kökeménynek, a mikroskopi vizsgálat alkalmával osteomának bizonyult. A trachea multiplex osteomáit klinikailag eddig csak 5 esetben állapították meg. *Levinger* betegének ozaenája is volt, mindazonáltal nem csatlakozik *Mann* véleményéhez, ki 2 esete és még 2 mások által észlelt eset alapján az osteomák képződését az ozaenás folyamattal hozza összefüggésbe. *Bruckmann* megállapította, hogy az osteomák a trachea azon helyein keletkeznek, a hol rendes viszonyok között rugalmas rostok vannak; ő azokat fejlődés-zavar termékének, a rugalmas rostok anomaliájának tartja. (München. med. Wochenschr. 1910. 46. szám.)

*Safranek dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A haemophilia gyógyítását** fajidegen serummal már többen ajánlották. Legújában *Kraus* közöl két esetet, a melyben diphtheria-serumnak 1—2 cm<sup>3</sup> mennyiségben a bőr alá fecskendezése gyors hatásúnak bizonyult. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 46. szám.)

**Diabetes mellitus** ellen *Stürmer* a 25% magnesium-superoxydot tartalmazó Merck-féle magnesiumperhydrol használatát ajánlja; naponként 3-szor veendő be 0.5 gramm;

szükség szerint a kétszeresére is emelhető ez az adag. A magnesiumperhydrol használata mellett gyorsan csökken a vizelet cukortartalma akkor is, ha nem használunk diabetesellenes diatétát; a vizelet alkálissá válik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 49. szám.)

**Activ hyperaemia** előidézése gyógyítás céljából *Rosman* és *Kuttner* nagyon jó eredménnyel használta az *anti-phlogistine* nevű készítményt, a mely aluminiumsilicátból, glicerintől, kevés bőr- és salicylsavból áll, továbbá jód és aetheres olajok (eucalyptus, gaultheria, mentha piperita) nyomaikat tartalmazza. Ezt a szürke, homogén pasztát az eredeti dobozban forró vízben megmelegítve (a paszta maga ne érintkezék vízzel!), mintegy kisujjnyi vastagságban alkalmazzuk arra a helyre, a mely alatt hyperaemiát akarunk létesíteni; fölé vékony réteg vattát teszünk, melyet esetleg kötővel rögzítünk. A paszta 12—24 óráig marad helyt. Előnye, hogy a vele való elbánás tiszta, könnyű, a ruhát és a bőrt nem piszkítja, erősen megnyugtató és fájdalomcsillapító hatású, a bőrt legkevésbé sem izgatja. (Therapie der Gegenwart, 1910. 12. füzet.)

**Kámforos aether** (1:10) bőr alá fecskendezése után *Frank* két esetben nagyon makacs fekély képződését észlelte a befecskendezés helyén. Megjegyzendő, hogy már *Kobert* határozottan kimutatta, hogy a kámfort csak olajos oldatban használjuk bőr alá fecskendezésre, mert aetheres oldata szövetnecrosist okoz. (Mediz. Klinik, 1910. 41. szám.)

**Diphtheriás keringés-zavar** esetén *Riebold* szerint az adrenalin csak nagyon óvatosan szabad kísérletet tenni; igaz ugyan, hogy a diphtheriában is meglévő vasomotorius-hűdésre az adrenalin nagyon kedvezően hat, csakhogy tekintetbe kell venni, hogy diphtheriában — eltérően a legtöbb más fertőző betegségtől — a vasomotorius-hűdés, illetve gyengeség mellett többnyire nagyon kifejezett az elsődleges szívgyengeség.

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1910. 1. szám. *Poór Ferencz*: Hallási zavarok Ehrlich-Hata-féle arsenobenzol alkalmazása után. *Mátrai Gábor*: Milyen eredményeket lehet elérni a cukorbetegség mai gyógykezelésével.

**Orvosok lapja**, 1910. 52. szám. *Klein Adolf*: Caps. laricini c. menthol. a gonorrhoea terapiájában. — 1911. 1. szám. *Manninger Vilmos*: Az érzéstelenítésről (anaesthesia).

**Budapesti orvosi ujság**, 1910. 52. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A gümőkór tanának haladása köréből. *Tornai József*: A vérkeringésnek mesterséges megkisebbitése mint orvosló módszer. „Bőr- és bujakórtan“ melléklet, 4. szám. *Sarbo Artur* és *Török Lajos*: Vizsgálatok az Ehrlich-féle salvarsan gyógyító hatásáról. *Roth Alfréd*: Az Ehrlich-féle salvarsannal végzett gyógykísérletek. „Urologia“ melléklet, 4. szám. *Alexander Béla*: Az ureterkövekkel összetéveszthető medenczemeszesedésekről. *Szörényi Tivadar*: Adatok a sexualis neurasthenia kórtanához. *Boross Ernő*: Az urológiai gyakorlat köréből. *Polgár Elemér*: Tapasztalataim a thyresol nevű santalkészítménnyel. — 1911. 1. szám. *Torday Ferencz*: A veleszületett bujakór arsenobenzol-kezelése.

**Klinikai füzetek**, 1910. 12. füzet. *Brauer Adolf*: A mesterséges pneumothorax és az extrapleurális thoracoplastika gyakorlati eredményei. *Pozsonyi Jenő*: Környéki érzéstelenítés gát- és fantáji műtéteknél.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Danninger Ádám* dr.-t Zombor város tisztii főorvosává, *Wolheimer József* dr.-t a zombori kórház főorvosává, *Veltmann Sándor* dr. mezőkásznói járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Fränkel Béla* dr. besztercebányai orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Füredi Jenő* dr. komáromi orvost tiszteletbeli városi tisztii orvossá, *Fried Aladár* dr.-t a munkácsi közkórház rendelő-orvosává szembetegek részére, *Hoffmann József* dr.-t a zsolnai járás orvosává, *Krausz Béla* dr.-t a temesvári közkórházhoz segédorvosává, *Herskovits Bertalan* dr.-t a pásztói kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Ungár Géza* dr.-t Kaposvár harmadik kerületi orvosává, *Blidariu János* dr.-t Orczyfalván községi orvosává választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület novemberben 1322 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1247 szállítást végzett, 150-szer mint mozgóórszolg szerepelt és 26-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 2745.

**Az Abstinens Orvosok Egyesülete** 1911 évi január hó 16.-án délután 6 órakor tartja évi közgyűlését a „Budapesti Orvosi Casino“ helyiségében (VI., Teréz-körút 24/b.) a következő napirenddel: 1. Tisztújítás. 2. Dr. *Donáth Gyula* egyet. tanár előadása: A dipsomaniáról saját észleleteim alapján.

A járási bonceszközöknek bírói hullavizsgálatoknál való használatáról a következő elvi jelentőségű ministeri határozatot hozta a belügyminister. A járási községek költségén beszerzett bonceszközöknek bírói hullavizsgálatoknál való használatáért járó díj tárgyában kelt felterjesztésére értesítem, hogy a kir. ügyészségek gazdasági ügyeire vonatkozólag 14,270/1907. I. M. E. szám alatt kiadott utasítás 3. §. 10. pontjának második bekezdése szerint „a bűnügyben eljáró szakértők saját műszereiket használják, a használatért azonban költséget fel nem számíthatnak“. Ebből a rendelkezésből kifolyólag, a mennyiben a községek a bíróság elrendelt boncsolásokon bonceszközöket átengedik, azok használatáért esetleg a szakértőktől követelhetnek díjat, de a bűnügyi átalányból — az igazságügyminister úrtól vett értesítés alapján — ilyen használati díjak meg nem téríthetők. Minthogy azonban az 1908: XXXVIII. t.-cz. 9. §-ának 14. pontja értelmében a törvényszéki hullaboncsolások végzése a községi (kör-) orvosok teendői közé tartozik, nem volna méltányos, ha a községek saját orvosaitól követelnének díjakat a bonceszközök használatáért, különös tekintettel arra is, hogy a bonceszközök beszerzésének és karbantartásának költsége egy-egy járás valamennyi községe között oszlik meg s ezzel a községek ügyis jelentékeny költségkímélést élveznek.

A gummicsovel ellátott szopókák ellen a francia hivatalos lap a következő törvényt közli: 1. A csövel ellátott szopókák eladása, áruba bocsátása, kivitele vagy behozatala tilos. 2. A gyógyszerárak felügyelői és a megbízott hatósági személyek kötelessége ezen törvény megtartása felett őrködni. 3. Minden ezen törvénybe ütköző eljárás 25—100 fr.-ig terjedő pénzbírsággal büntetendő, a vétség megismétlése 8 naptól 4 hétig terjedő elzárást von maga után.

**Kisebb hírek külföldről.** A nemrég elhunyt *Schwartz* tanár utódja a hallei egyetemen *A. Denker* erlangeni tanár lett, a ki legközelebb átveszi a hallei oto-rhino-laryngológiai poliklinika vezetését ny. rk. tanári minőségben. — A jenai *Karl Zeiss* alapítvány 250.000 márkával járult hozzá az ottani új kórboncsolástani intézet építéséhez.

Az idegrendszer anyagcseréjének emelése az idegszövetekre, közvetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineurotikus és testsúlyt gyarapító hatása. Gyermekeknél rachitis és scrophulosis ellen télen a lecithines csukamájolaj, *Oleum jec. as. c. lecithino Richter*, nyáron a *Lecithin granulé Richter*, felnőttek idegessége és lesóványodása ellen a *Richter-féle Lecithin- és Bromlecithin-tabletták* ajánlatok.

**Orvosi labororium** Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon 90—46.

## Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva.

## Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharaszttiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbajosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

## :: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, *Andrássy-út 55.* Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriológiai (*Wassermann-féle* lues-reactio) orvosi labororiuma.

**Gyermeksanatorium PORTORÉ**

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr., február 1.-ig Budapest, *Koronaherczeg-utca 10.* Prospektus.

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

**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. — Közkórházi Orvostársulat (XI. bemutató szakülés 1910 november 2.-án.) 29. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1910 nov. 2.-án.)

Elnök: Ángyán Béla. Jegyző: Kőrmöczi Zoltán.

## A hátrahajlott terhes méh kezdődő incarcerationatiója; felszabadítása laparotomia útján.

**Brósz Sándor:** A beteg hatodszor terhes: négyszer szült, egyszer elvetélt; utolsó terhessége elvetéléssel végződött 2 év előtt. Havibaja utoljára 11 hete jelentkezett, terhesnek tudja magát. Egész terhessége alatt állandó alhasi és deréktáji fájdalmai voltak, a második hónap elejétől pedig gyakori vizelés-ingere volt, később csak nagy erőlködésre tudott vizelni, míg végre terhessége 11. hetében egy este, nagy görcsös fájdalmak kíséretében, vizelete teljesen elakadt. Ekkor orvost hívatott, a ki megcsapolta. Másnap délelőtt ismétlődött a vizelet-retentio, a mikor is Tóth tanár osztályának ambulantiáján jelentkezett. Külső vizsgálatkor csaknem a köldökig érő telt hólyagot tapintunk, melyet megcsapolva, 2 liternyi tiszta vizeletet ürítünk. Belső vizsgálatkor a symphysis felső széle mögé felhúzott portio vaginalist és a hátrahajlott terhes méh által szorosan kitöltött kis medenczét találunk.

Három hónapos hátrahajlott terhes méh kezdődő incarcerationatiója a diagnosisunk. Megkíséreljük a méh felemelését hanyattfekvésben, majd térdkönyök helyzetben, a portiónak golyófogóval való lehúzása közben; később colpeuryntert helyezünk a hüvelybe, azonban minden kísérletünk hiábavalónak bizonyul. Ekkor, minthogy kezdődő incarcerationatióval állunk szemben, s contraindicatio sem a hólyag (gangraena), sem a méh részéről (vérzés, infectio) nem áll fenn, a beteg és a terhesség érdekében laparotomiát végzünk. Pfannenstiel-metszés. A hólyag magasra felhúzva, csak a seb felső zúgában nyitható meg a peritoneum. A medenczét szalagos szívos összenövésekkel lenőtt belek zárják el. Ollóval oldjuk, majd betapintva azt találjuk, hogy a méh egész fenekét széles, szívos összenövés rögzíti a medenczében, mintha a méhtest felső része tokba volna mintegy beragasztva. Az összenövések oldása után a hüvely felől jövő nyomással kiemeljük a méhet a medenczéből, és hogy vissza ne essék, a hüvelybe ballont helyezünk és a lig. rotundumokat egy-egy catgut-öltéssel a fasciához rögzítjük. Réteges hasfalvarrás. A gyógyulás teljesen simán folyt le, a beteg 8 nap után felkelt, méhe anteflexióban van, a terhességet normálisan viseli tovább.

## Intravenosus sublimat-kezelés sepsis ellen.

**Hochhalt Károly:** Az utolsó évtizedek szakirodalmát áttekintve, látjuk, hogy a septicopyaemia kezelése még ma is nyílt kérdés. A gyermekági lázról nemrég folyt „strassburgi vita“ megállapította, hogy az általános sepsis terapiáját csak az ellentállóképesség fokozása, a diéta és physicalis kezelés teheti ott, a hol a sebészi beavatkozás a helyi gőcz elpusztítása céljából már elvesztette javalatát.

Ezekkel a belorvoslás nihilismusát proklamáló elvekkel szemben tudvalevőleg *Bársony* tanár a múlt évi nemzetközi congressuson sikra szállt egy régibb, azelőtt 16 évvel *Kézmárszky* tanár által megpróbált, de akkori tanársegédje, *Bársony* által kezdeményezett eljárás mellett, mely *Baccelli* nyomán a sublimatnak intravenosus alkalmazásában áll.

*Lenhartz* a sepsisről írt kitünő munkájában, miután a collargol, az elektrargol, valamint a *Marmorek-* és *Aronson-*féle serum teljes megbízhatlanságáról számol be, egyúttal kedvezőtlen ítéletet mond a *Kézmárszky* ajánlotta sublimatos intravenosus injectiókról is, azzal érvelvén, hogy lehetetlen

valamely gyógytesttel a vérben bactericid hatást elérni, még pedig azért, mert nem tudjuk oly concentrált alakban a vérbe juttatni, hogy bacteriumölő hatása mellett az élő sejteket ne károsítsa.

Ezek ellenére *Bársony* tanár folytatta, főleg az utolsó 6 év alatt, kísérleteit s eredményeiről beszámolt a nemzetközi congressuson. Az utolsó 2 év alatt 2736 szülő nő között csak két sepsises halál fordult elő, ezek is foudroyans esetek voltak. *Kenézy*, a debreczeni bábaiskola tanára, 141 sepsises esetet kezelt sublimatos intravenosus injectiókkal s közülük 6, tehát 4·2% halt el. Szerintök a sublimat nem közvetlenül bactericid hatású, ha 3—5 milligrammnyi adagban fecskendezzük a gyűjtőérbe, de megköti a pathogen mikroorganizmusok termelte toxinokat, megnehezíti a mikrobák fejlődését, így időt enged a szervezetnek természetes védőképességének kifejtésére. A sublimat nagyobb, 10 milligrammos adagokban sem ártalmas, a sejtéletet még hosszabb időn át alkalmazva sem károsítja, így *Bársony* egy esetben 28 injectióval 138 milligrammot adott, a nélkül, hogy mérgezés-tünetek mutatkoztak volna; a beteg felépült.

Az előadónak törekvése az volt, hogy a sublimat-kérdést egyéb, nem puerperalis, sepsises betegségek ellen is megkísérelje, annál inkább, mivel bármely eredésű sepsisnek a klinikai kórképe egy és ugyanaz, mindegyik esetben első sorban a toxinaemia az, a mely öl, ha metastasisok még nem jöttek létre. *Lenhartz*, ki sepsises betegségekben a vér bacteriologiai vizsgálatát széles alpra fektette, maga bevallja, hogy az esetek 50%-ában a vérvizsgálat negatív leletet ad. *Huet* szerint a bacteriologiai vizsgálat sepsisben a prognosis és therapia szempontjából irrelevans, a vérvizsgálat eredményei gyógytani szempontból nem értékesíthetők. *Bársony* is azt mondja, hogy a sepsiskezelésben csak akadémiai értékkel bír annak az eldöntése, vajjon streptococcus-, staphylococcus-, coli- vagy sapraemiás fertőzés forog-e fenn.

Az előadó 3 eset körtörténetét ismerteti, a melyek közül az elsőben a sepsis heves tünetekkel járt, appendicularis tályog sülyedése következtében támadt, hol a sebészi beavatkozás már nem volt javalva s 40°-ig felszökő hőmérsék, rázóhideg, hányás, sopor szerepelt; 6 injectio, 29 milligramm konyhasós sublimat felhasználása után gyógyulás állott be. Másik esetében malariát utánzó intermittáló lázrohamok voltak heteken át; a vérvizsgálat plasmodiumokra negatív lévén, egyéb támaszpontok hiányában kryptogenesises sepsist kellett felvenni; az eset sublimatra prompt gyógyulásnak indult. A harmadik eset végül 22 éves gyermekágyas nő volt, kin rohadt, erősen bűzös placentarészek eltávolítása után a gyermekági láz sapraemiás alakja fejlődött ki 14 napig tartó magas lázak kíséretében s kin a sublimatkezelés 6. napján rendessé vált a hőmérsék. Mind a három esetben a sepsis klinikailag kifejezett kórképe állott fenn, nem a lokalizált metastasisos, hanem a toxinaemiás sepsisé, a mely tudvalevőleg elég gyakran halált okozó.

A szülő nincs feljogosítva, hogy esetei kapcsán a metastasisos sepsisben is hasonló sikereket jósoljon és senki sem fogja állítani, hogy foudroyans, collapsussal járó septicopyaemiákban a sublimat-kezelés eredményt ígér. Azonban toxinaemiákban a hatás kétségtelenül fennáll s a szülő kész ezen gyógyeljárást a jövőben bármely toxinaemiás alakban megkísérelni, annál inkább, mivel a sublimatnak intravenosus alkalmazása az előírt határok között a betegre káros hatással nem jár. Azoknak pedig, a kik elméleti fejtegetések alapján az elért eredményekben kételkednek, azt kell válaszolnia, a mit bold. *Högyes* tanár már 16 év előtt kijelentett *Kézmárszky* első eseteinek bemutatása alkalmával: a therapia terén az elméleti kételyeknek háttérbe kell szorulniok a klinikai eredményekkel és tapasztalattal szemben.

**Lovrich József:** Örömmel konstátalom, hogy *Hochhalt* is foglalozik a sublimat-injectiókkal és hogy eredményeket is ért el velük. Figyelmeztetem a tisztelt Orvostársulatot, hogy mi sohasem mondtuk, hogy mindent meg lehet gyógyítani velük; a mikor a strassburgi congressus és a budapesti congressus referatumból nyilvános lett, hogy semmit sem tudnak tenni a gyermekágyi láz ellen, akkor jött *Bársony* tanár azon ajánlattal, hogy tessék megpróbálni az intravenósus sublimat-injectiókat. Mi ez úton többet tudunk elérni, mint a többi eljárással együttvéve. Ratio van az eljárásban. A harc a mikroorganizmusok és az organismus közt a vérben folyik le. A hol találunk mikroorganizmust a vérben, azt súlyos esetnek tekintik; ha a mikroorganizmus haemolyzál, azt az esetet már menthetetlennek szokás tekinteni. Az orvosságot mi tehát a vérbe fecskendezzük. Mindenesetre több a ratio az ilyen gyógyításban, mint abban, mikor az általános, minden részében fertőzött testből egyes darabokat kiirtanak, vagy lekötnek egy-egy vena hypogastricát, vena iliácát.

Mi súlyos betegeknek rendszerint mindjárt 5 mgr. sublimatot adunk az első injectio alkalmával. Ha lehet, még aznap este megismételjük ezt az adagot az első befecskendezés után 10–12 órával. Folytatjuk a befecskendezéseket addig, míg a beteg láztalan lesz. Ilyenkor is 2–3 napig még fél-fél adagot adunk. Rögtön abbahagyjuk az injectiókat, ha a száj, a vese vagy a bél részéről a sublimat mérgezés-tüneteket vált ki. Ilyenkor szünetelünk, míg a tünetek elmúlnak. Természetesen elég sokszor nem fog használni az injectio, kiváltképpen nem használ, ha rosszul van végezve, vagy ha már elkésett; ha már tudomestasisok állják útját az oxygenfelvételnek, nem lehet remény az általános sepsis gyógyulásához, legkiváltképpen pedig nem fog használni ott, a hol már antipathiával kezdik alkalmazni. Mi senkire sem akarjuk rádisputálni az eljárást; a ki semmit sem tart róla, legjobb, ha nem is tölti vele az idejét.

**Tuszkai Ödön:** Az előadó említette egyik esetet Marienbadban észlelte. Malariás typosus lázak lépmegnagyobbodással voltak jelen. Chininre a lázak előbb 3–4 naponként, azután 5. napra jelentkeztek, később elmúltak. Nyolcznapos lázmentesség után távozott Marienbadból. A malaria azonban nem zárja ki a kryptogen sepsist.

**Manninger Vilmos:** A kik láttunk sepsis-eseteket, irigykedve nézzük *Bársony* eredményeit, mert olyan betegséggel állunk szemben, mely ellen eddig tehetetlenek voltunk. Egyetlen tudásunk, hogy kivárjuk a lefolyást. Az elméleti kifogások ellen tiltakozni lehet, de elzárkózni előlük nem lehet és nem is szabad. A mit in vitro tapasztalok, nem lehet egyenesen átvinni az élőre, de a mit in vitro nem tudok elfogadni, azt még kevésbé lehet átvinni az élőre.

3, 5 vagy 15 milligramm sublimat 1 : 10,000,000 oldatban kerül fehérjedús folyadékba, melyben a sublimat lecsapódik s mint inactív anyag lerakódik. *Lovrich* szerint a vérben keringő bacteriumokat öli meg, ezt tagadásba venném. Talán inkább activ immunitást idéz elő. De egyszerű desinfectióról nem lehet szó, mert *Koch*, *Behring* vizsgálatai szerint a belső antisepsis lehetetlen olyan bacteriumokkal szemben, melyek hatszorta ellentállóbbak, mint a sejtek.

A praxis szentesíti az eljárást, melynek elméleti magyarázatát adni még nem tudjuk.

**Ángyán Béla:** A Közkórházi Orvostársulatban előadást tartott a meningitis cerebrospinalis kezeléséről az 1891/92. évi járvány alkalmával szerzett tapasztalatai alapján; két hó alatt 36 esetet észlelt, melyekben sublimat-injectiókat alkalmazott.

Erre a gondolatra 1886-ban jött, a mikor az osztályára egy meningitis cerebrospinalis-eset került typhus abdominalis körjelzéssel. Ekkor kezdődött a desinfectió eljárások aerája, a belső antisepsis kérdése is felvetődött.

Két esetben alkalmazta a sublimatot, még pedig nem intravenosusan, hanem bőr alá, a gerincoszlop mellett, 0.010 grammot pro die. A két beteg közül az egyik meghalt, a másik meggyógyult. A boncolás kiderítette, hogy nem meningitis cerebrospinalis epidemica volt, hanem rejtett tályog a fülben, mely genyves meningitis cerebrospinalist okozott.

A 90-es évekbeli járvány alkalmával 0.02 grammot adott a gerincoszlop mellé és 36 eset közül 28 meggyógyult. A betegek jól tűrtek a keneső-injectiókat, mérgezés nem volt, a láz, a fájdalmak, a gerincoszlop és a nyakszirt merevsége, a főfájások kedvezően befolyásoltak, sőt az öntudat is hamarabb visszatért, mint calomelre és jeges borogatásokra.

A hatás mibenlétét nem tudja, de nyílt szemmel nézve a dolgot, azt kell mondani, hogy a sublimat a meningitisre jó hatással van.

Ugyanazon időben *Gyurmán* a *Quinke*-punctiót próbálta ki, de ez meningitis cerebrospinalis epidemica eseteiben nem vezetett eredményre és hajlandó volt a sublimatot alkalmazni. Olaszországból kapott a szülő egy füzetet, melyben az olasz szerző azt írja, hogy száj és egynehány esetben jó eredményt látott a sublimattól, melyet az én ajánlatom nyomán alkalmazott.

Elméleti magyarázat nélkül bár, de a gyakorlatban beválik az eljárás.

**Hochhalt Károly** nem tekintette malariának a második esetet, mert a betegnek léptumora nem volt és a vérvizsgálat nem derített ki plasmodiumokat.

*Maninger*rel szemben megjegyzi, hogy sem ő, sem *Lovrich* nem mondotta a sublimatot bacteriumölőnek, de kétségtelen, hogy befolyásolja a sepsises lázat. Hasonló eset sok van, pl. az arsen is befolyásolja a syphilit, de a hatás módja még ismeretlen.

## PÁLYÁZATOK.

15/1911. szám.

Zólyomvármegye nagyszaltnai járásához tartozó, Nagyszaltna székhellyel alakított **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állásra pályáznak óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében orvosi gyakorlatra jogosító doktori oklevelüket szabályszerű pályázati kérvénnyel f. é. **január hó 26.-áig** annál is inkább benyújtsák, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott mellékjárulások, melyek jelenleg felsőbb hatósági megállapítás alatt állanak.

A körhöz ezidőszent következő községek tartoznak Nagyszaltna Kísszaltna, Végles, Végleshuta, Végleskálnok, Dombszög, Hegyhát, Nagyócsa, Kisócsa, Horhát és Zolna; mely utóbbi négy községnek a jelenlegi körből való elvétele és ezekből új kör alakítása tervbe van véve. A lakosság száma 11.036.

A választást a kör székhelyén Nagyszaltnán, f. é. január hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom megejteni.

Nagyszaltnán, 1911. évi január hó 4.-én.

*Bende*, főszolgabíró.

33/1911. szám.

Gömörmege ternaljai járásához tartozó, jelenleg 19 községből álló **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket 1911. évi **január hó 24.-éig** hozzám adják be annál is inkább, mivel a később beérkező folyamodványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve. 1. 1600 korona törzsfizetés és négy 200 koronás ötödéves korpótlék. 2. Jóváhagyás alatt álló vm. szabályrendelet értelmében 500 korona lakbér és az ugyanezen szabályrendelet értelmében később megállapítandó 500 korona utiálatány. A vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy ezen egészségügyi körtől, ha a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr egy új egészségügyi kör felállítását jóváhagyja, 6 község el lesz választva.

A választást Harkács községhezánál 1911. évi január hó 28.-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Ternalja, 1911. év január hó 3.-án.

*A főszolgabíró.*

6047/1910. kig. sz.

Csikvármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó **Gyergyóremete** nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalma: 1600 kor. évi törzsfizetés és ötvenkint négy ízben ismétlődő 200 kor. korpótlék.

A vármegyei szabályrendelet szerint — mely miniszteri jóváhagyás alatt áll — 1000 korona úti átlány, 400 kor. lakáspénz, illetve megfelelő természetbeni lakás.

Látogatási, rendelési, halottkémlési, húsvizsgálati díjak s külön a halottkémlésért még 80 kor. évi díj.

Javadalmazását képezi jelenleg a munkásbiztosító pénztárral létrejött egyezés szerint 300 kor. évi fizetés.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1911. évi január hó 30.-áig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1911. évi február hó 4-én délelőtt 10 órakor fogom Gyergyóremete községhezánál megtartani. A megválasztott állását legkésőbb márczius 1.-ig tartozik elfoglalni.

Gyergyószentmiklós, 1910. évi december hó 27.-én.

*Zakariás*, főszolgabíró.

337/910.

A vezetésemre bizott **Ugoesa vármegyei „Perényi“ közkórházban** megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíjjogosultsággal egybekötött évi 1000 korona fizetés, egy szobás bútorozott lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvosdoktorok pályázhatnak. A mikroszkópi vizsgálatokban és kórboncolásban jártasságukat igazolóknak előnyben részesülnek.

A kinevezett — az első segélyt leszámítva — magánygyakorlatot nem folytathat. Érdemes szolgálat azonban a pár éven belül szervezendő osztályorvosi állás elnyerhetésénél előjogot biztosít.

Pályázók kérvényeiket *Becsky Emil* főispán nevére — Nagyszöllős — czímezve hozzám **1911. év január hó 15.-ig** beküldjék, mert a később érkezőket figyelembe nem vehetem.

Kinevezett állását azonnal elfoglalni köteles.

Nagyszöllős, 1910. évi december hó 18.-án.

*Nagy Kálmán* dr., igazgató főorvos.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Bókay János:** Adatok a serum-betegség ismeretéhez. 31. lap.

**Donath Gyula:** Közlemény a székesfővárosi Szt.-István-kórház idegosztályából. Hypnóval, új altatószer. 33. lap.

**Galambos Arnold:** Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báro Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.) A gyomor functionalis vizsgálatáról. 34. lap.

**Királyfi Géza:** Az angol orvosi viszonyokról. (Uti levél.) 37. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *Paul Römer:* Lehrbuch der Augenheilkunde in der Form klinischer Besprechungen. — *Lapszemle. Belorvosan. Syllaba:* A Basedow-kór prognosisa. — *Kirchheim:* Az adrenalin használatáról fertőző betegségekben. — *Sebé-*

*szet. Clairmont-Haberer:* Epés exsudatummal járó peritonitis az epeutak átfürödése nélkül. — *Lejars:* Az appendicitis tuberculosa klinikus jelei. — *Szüléset és nőorvos-tan. Roth:* Az eklampsia kezelése. — *Harte-Hofmeier:* A köliotomia kivitele. — *Gyermekorvoslás. Thiemich:* A vesék és húgyutak csecsemőkori megbetegedése. — *Fuchs:* Gümőkóros gyermekeknek nagy tuberculin-adagokkal való kezelése. — *Venereás betegségek. Ehrlich:* „Pro és contra salvarsan.“ — *Húgyszervi betegségek. Bensa:* A különböző műtétmódok javalatai prostatahypertrophia eseteiben. — *Orthopaedia. Bialszki:* Heterolog izületátültetés. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Denarié:* Gyomorfekély esete. — *Athanesco:* A kezdődő Pott-kór felismerése. 39–42. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 42. lap.

**Vegyes hírek.** Pályázatok. — Hirdetések. 42–49. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 44–46. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Adatok a serum-betegség ismeretéhez.

Közlő: **Bókay János** egyet. ny. r. tanár, a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház igazgatója.

A gyógyszeravó által esetleg létrehozott ártalmak összességét **Pirquet** és **Schick** 1905-ben megjelent szép monographiájukban<sup>1</sup> rendszerbe foglalva, „serum-betegség“ elnevezéssel látták el. Ezen terminus technicus bevezetése az orvosi gyakorlatba annyival inkább kívánatos volt, mert a diphtheria-ellenes gyógyszer-kezelés kezdetétől, tehát 1894 óta láttuk, hogy a gyógyszerum befecskendése által esetleg okozott ártalomnak az exanthema az egyik, mindenesetre legeklatánsabb, de nem kizárólagos kifejezője. **Pirquet** és **Schick** fenti tanulmányukban teljesen kidomborították a kórképet s ma már a legszigorúbb tudományossággal beigazolvva látjuk, hogy a különböző alakú bőrkiütés mellett a láz, a közérzet megváltozása, az izületfájdalmak, izületduzzanatok, továbbá a lokalizált oedema és a kisebbszerű fehérje-vizelés azon főbb körjelenségek, melyek a serum-betegség klinikai képét egészszerű alkotják.

Az 1894 óta szerzett bőséges tapasztalatok megtanítottak bennünket továbbá arra is, hogy a serum-betegség rendszerint a befecskendést követő 8–10. napon válik észlelhetővé s ma már mintegy *tételszerűleg* tanítjuk, hogy a serum-betegség megjelenését 8–10 napig tartó *lappangás* (incubatio) előzi meg. Ez mai felfogásunk szerint az úgynevezett *normalis reactio*. Ettől eltérők azon esetek, hol a savóbefecskendést követő reactio-jelenségek, tehát a serum-betegség kórtünetei *korábban*, esetleg *sokkal korábban*, úgy szólván *rögtönösen* jelentkeznek, mely esetekben „*siettetett*“ („*beschleunigte*“), illetőleg „*rögtönös*“ („*sofortige*“) reactióról szólunk és **Richet**, **Arthus**, **R. Otto**, továbbá **Pirquet** és **Schick** tanulmányai kimutatták azt, hogy *siettetett*, illetőleg *rögtön* reactio

a legtöbbször oly esetekben jelentkeznek, a melyekben a szervezet 3–6 hét előtt, esetleg hónapok vagy évek előtt ugyanazon állatfaj savójával egyszer már beoltatott. Ezen állapotot **Ch. Richet** (1902) „*anaphylaxiás*“ állapotnak nevezte el.<sup>2</sup>

Kétségtelen, hogy az „*anaphylaxia*“ a gyakorlatban nem egyszer eléggé kellemetlen jelenség, magam is tudok egy esetről, hol az anaphylaxia súlyos, mondhatnám aggasztó szívjelenségeket produkált, melyek megfelelő gyógybeavatkozásra, szerencsére, eléggé gyorsan elmúltak. Ezen körülmény, hosszabb szünet után igénybe vett gyógyszer-alkalmazás esetén, tekintettel arra, hogy a gyógyszerumok (diphtheria-ellenes savó, **Moser**-féle polyvalens vörhenyserum, tetanus-antitoxin stb.) ma még kizárólag lovakban termeltetnek, a betegágnál mindenkor figyelembe veendő s mindenkit kell, hogy visszatartson a gyógyszer-alkalmazás kritikája nélkül, derűre-borúra történő alkalmazásától (pl. gyakran ismétlődő tüszős mandulalob esetén!). Tudjuk, hogy az anaphylaxia eliminálására hozta javaslatba csak nemrég **Wolff-Eisner**<sup>3</sup> más állatfaj, így az öszvér serumát hosszabb idő után újból alkalmazott serum-adagolásra s nem lehetetlen (kívánatos is), hogy a jövőben a diphtheria-ellenes gyógyszer-alkalmazás (mert hisz a gyakorlatban főleg erről van szó) nemcsak lovakból, hanem öszvérekből is elő fog állíttatni<sup>4</sup> (Úgynevezett „*anallergiás*“ serum.)

A siettetett, illetőleg rögtön reactio tehát mindenkor azon gyanút kelti bennünk, hogy az egyén ugyanazon állatfaj savójával előzőleg már kezeltetett. Miként **Pirquet** és **Schick** monographiájukban írják (pag. 105.): „Wir

<sup>2</sup> Laterme d'anaphylaxie du grec *ανα φυλασσειν* = contre-protéger, créé par **Charles Richet** se rapport à l'état de vulnérabilité spéciale que peut acquérir l'organisme pour une deuxième inoculation de certaines substances organiques, qui lors d'une première injection, sont pour lui indifférentes ou peu toxiques.“ **Armand Delille:** L'anaphylaxie et les réactions anaphylactiques. Paris. 1910.

<sup>3</sup> **A. Wolff-Eisner.** Handbuch der Serumtherapie. München. J. F. Lehmann. 1910.

<sup>4</sup> **Alberto Ascoli.** Anallergische Sera. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1910. No. 26.

<sup>1</sup> Die Serumkrankheit. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 1905.

haben bereits zu wiederholten Malen die charakteristische Reactionsform der Reinjicierten von der Seite her betrachtet, dass aus ihr retrospectiv auf eine vorausgegangene Präparierung des Individuums mit Pferdeserum geschlossen werden kann. Dieser Schluss ist nur bei positivem Ausfall der Reaction gestattet; aus dem Ausbleiben der sofortigen Reaction ist jedoch nicht zu schliessen, dass keine Vorbehandlung stattgefunden habe. *Umgekehrt aber kann man von jedem, der ein specifisches Localödem oder eine typische, rasch eintretende beschleunigte Reaction zeigt, mit Sicherheit sagen, dass er vorinjiciert worden ist.*"

Siettetett reactióval azonban találkozunk, tapasztalataim szerint talán nem is oly ritkán, első oltások után is, sőt, a mint az alábbiakból látni fogjuk, kivételesen rögtönös reactio is jelentkezhetik, a nélkül, hogy anaphylaxia forogna fönn s a mennyire genialis tudományos megfejtését bírjuk az ismételt oltások után beállható anaphylaxiának, ezen sporadikus esetek magyarázatára eddig alig állott más rendelkezésünkre, mint *idiosyncrasiának* felvétele,<sup>5</sup> bár mint két esetünk részletezéséből látni fogjuk, nagyon valószínű, hogy ily esetekben a siettetett, illetőleg rögtönös reactio létrehozásában a serum minősége (nem kellő ideig raktározott, tehát aránylag túlfriss állati savó, vagy az emberi szervezetnek egy bizonyos ló seruma iránti túlérzékenysége) is szerepet játszhatik.

Két esetem a következő:

*I. eset. M. R.* 6 éves gyermek 1909 jan. hó 20.-án vétetettfel a „Stefánia“ gyermekkórház diphtheria-osztályára középerős torokdiphtheritis tüneteivel. A leányka lázas, többször hányt, nehezen nyel. Az anya kimondása szerint a gyermek *diphtheriát megelőzőleg* nem állott ki s *gyógysavó-alkalmazás a multban nála nem történt.*

A gyermek jól táplált és fejlett. Nyelve kissé bevont, a jobb tonsillán babnyi, a bal mandulán alig kis lencsényi, szenyves fehéres rostonyás lerakódás látható, mely utóbbi kissé a hátulsó garatívre is folytatódik. A légzés szabad, a hang tiszta, az orrjáratok szabadok. Pulsus 108, rythmusos, rendes feszültségű, végbélhő 36.8. A vizelet fehérljét bőven tartalmaz. A közérzet kevéssé lehangolt. Közvetlen a felvétel után, déli 3/4 12 órakor 10 cm<sup>3</sup> savómenyiségben 3000 egység magyar serum (Preisz-féle savó) fecskendeztetett a bőr alá a jobb hypochondrium tájékán. A beoltás után alig öt perc múlva az arczon szabálytalan alakú és elhelyeződésű, élénk rózsapiros, részben szigetes, részben összefolyó, a felületből alig kiemelkedő foltok jelennek meg, a melyek 2—3 perc alatt a fejet úgyszólván teljesen elborítják s a nyakra s a törzs felső felére is leterjednek. A foltok ujjnyomásra eltűnnek s az ujjnyomás szüntével újból megjelennek, csak kevéssé viszketnek s a gyermek közérzetét feltűnőbben alig alterálják. Fél óra elteltével a foltok jórészt diffus halvány pírra folytak össze s újabb fél óra után a pír mindenhol elhalványodott s csak a jobb arczfélen látható még forintnyi halványpiros felület, mely alig emelkedik ki a bőr niveaujából. Az injectio helyének megfelelőleg az egész idő alatt rendellenes elszíneződés nem látható. Délután három órára a kütég a bőrfelületről nyom nélkül eltűnt s a további lefolyás alatt újból nem jelent meg. Hőmérsék déli 1 órakor: 36.7° C. (végbélhő), délután 4 órakor: 38.7, esti 7 órakor: 38.3, esti 10 órakor 37.6. A hőesés spontán, lázellenes szer adagolása nélkül állott be.

Január 31.-én a diphtheriás lepedék élesen határolt. A bőrfelület teljesen tiszta. A vizeletben fehérje még bőven található, a közérzet jó. Hőmérsék reggel: 37.8, délben 37.4 s a végbélhő ennél magasabbra a további lefolyás alatt sem emelkedik.

Február 4.-ére a torok teljesen megtisztult s a fehérje a vizeletből teljesen eltűnt.

Február 13.-án negatív bacteriologiás lelet mellett a gyermek gyógyultan hazabocsájtatik.

<sup>5</sup> Pirquet u. Schick (l. c. pag. 96.): „Worauf diese als Idiosyncrasie aufzufassende Empfindlichkeit eines nicht vorbehandelten Individuums gegen Pferdeserum beruht, können wir nicht erklären; sie hat mit der durch Vorbehandlung erworbenen Empfindlichkeit wahrscheinlich nichts zu thun.“

*II. eset. T. E.* 8 éves leányka ugyanazon napon és órában, mint az előző beteg, tehát január hó 30.-án déli 1/2 12 órakor vétetett fel a kórházba, ugyanazon kórterembe, mérsékelt diphtheriás torokfolyamattal. A leányka két nap óta fájditja torkát, serum-befecskendés nála a multban nem végeztetett. A beteg közepesen fejlett, gyengébben táplált. A torok erősen belövelt, a jobb tonsilla feltűnőbben duzzadt, rajta fillérnyi, szenyves fehéres, vékony rostonyás felrakódás. A légzés szabad, a hang tiszta, az orrjáratok intactak. Pulsus 112, rythmusos, rendes feszültségű. A vizelet fehérjementes. A közérzet a kiskokú dysphagia folytán kevéssé alterált.

Felvétel után csakhamar, a fenti esettel egyidőben, tehát déli 3/4 12 órakor, ugyanoly származású és töltési időt mutató (1908. 1/XI.) magyar serummal beoltatott. A 3000 immunitásegység, mely a bőr alá fecskendeztetett, körülbelül 10 cm<sup>3</sup> savóban foglaltatott.

Nyolcz perczcel az injectio után a jobb belső szemzúg tájékán urticariás eruptio látható, mely 5—6 perc után áttérjed az egész felső és alsó szemhéjra. Röviddel ezután a bal szemhéjakon is hasonló folyamat indul meg s mindkét szem erősen bedagad. A beoltást követő első félóra végén az arcz diffuse puffedt, telve urticariás foltokkal s mindkét kézháton, továbbá a czombokon s a térdek körül is ötkoronás - gyermektenyéryni területeken typosos s erősen viszkető urticaria jelentkezik. A közérzet az erős viszketés folytán feltűnőbben alterált s a leányka szemmeláthatólag szenved a pruritus következtében. Az injectio helyének környéke az exanthematól teljesen ment, a legcsekélyebb pirosságot sem mutatja.

Délután három órára a csalánkütég általában eltűnt s csak a jobboldali szemhéjak mérsékelt vizenyős duzzanata jelzi még az urticaria helyét. A végbélhő az egész nap folyama alatt a 37.1° C.-t nem haladja túl.

Január hó 31.-én az urticariának már semmi nyoma. A torok jelentékenyen tisztult, a gyermek láztalan.

Február hó 3.-án tonsilla teljesen tiszta.

Február hó 13.-án a leányka gyógyultan, negatív bacteriologiás lelettel hazabocsájtatik.

\* \* \*

Fenti két esetünkben tehát két különböző családból származó diphtheriás gyermekben egy-ugyanazon órában alkalmazott, körülbelül 10 cm<sup>3</sup> lósavó, mely ugyanazon forrásból ered, signaturáján egyugyanazon töltési datummal volt el látva s egyugyanazon állattól származott, az injectiót követőleg rövid néhány perc után a serum-betegség kifejezett tüneteit produkálta, mely symptomák között különösen praevaleált az intensív s eléggé nagy testfelületre kiterjedt urticariás bőrkütég.

Hogy itt anaphylaxiáról szó nem lehet, kitűnik abból, hogy mindkét gyermek életében először oltatott fel serummal, s hogy egyszerűen idiosyncrasiát sem vehetünk fel a rögtönös reactio magyarázatául, kiviláglik azon egyszerű tényből, hogy két teljesen idegen s nem egyugyanazon családhoz tartozó gyermekben észlelhetjük a jelzett sajátosságát.

A serum-betegség gyakoriságának feltűntetésére összeállítottam kórházi diphtheriás anyagomat az 1908. és 1909. évről s azt láttam, hogy míg 1908-ban a serum-exanthemat eseteinkben 100%-ban észleltük, vagyis 183 savóval kezelt diphtheriás esetem között serum-kütég összesen 19 esetben fordult elő, a mi körülbelül megfelel a megszokott átlagnak, addig 1909-ben, tehát azon évben, melynek anyagához fent vázolt két esetünk is tartozik, daczára, hogy a serumkezelés elvei változást nem szenvedtek, a serum-exanthema jelentkezése szokatlanul felszaporodott, és pedig olyannyira, hogy 184 savóval kezelt diphtheriás esetünk között 43 esetben volt látható, vagyis megjelenésének gyakorisága 23%-ott ki s január havában, midőn a kérdéses esetek is kezelés alatt állottak, 23 eset közül 11-ben találtuk, a mi 50%-nak felel meg. Talán nem felesleges e helyen felemlítenem, hogy a serum-kütég mindegyik esetben eléggé tartós s eléggé intensív volt, az incubatio ideje azonban az esetek zömében a rendes reactio lappangási idejének átlagát (8—10 nap) mutatta. Megjegyez-

ziük, hogy ezen hóban a gyógsavóval kezelt esetek mind ugyanazon töltési datummal ellátott serummal injiciáltattak s mint azt az állami serumtermelő-intézet igen tisztelt vezetőségének készséggel adott felvilágosításából tudom, az anyag egyugyanazon lóból származott.

Tekintettel arra, hogy a felhasznált gyógsavó töltési ideje 1908 I/XI. volt s így a használatba vétel előtt körülbelül két hónapig volt raktározva, felvetődött azon kérdés, hogy talán mégis az aránylag rövid raktározási idő okozhatta eseteinkben a serum-betegség nagyszámban való jelentkezését s két esetünkben a reakciónak egészen szokatlan jelentkezőmódját. Hisz *Bujwid* a serum-előállítás technikájánál ép a toxicitás szempontjából már régebben súlyt helyez a néhány hónapi raktározásra. Részemről ezen körülményt, mint causalis mozzanatot kizárni nem merem, valószínűbbnek tartom azonban, hogy a kérdéses állat savójának individualis sajátosságában rejlik annak magyarázata, hogy a kérdéses időszakban oly feltűnően sűrűn láttuk az *intensiv exanthemát* s hogy két leírt esetünkben a serum-betegség lappangási ideje a *minimumra* redukálódott.

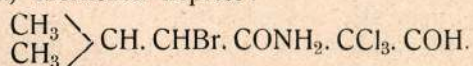
### Közlemény a székesfővárosi Szt.-István-kórház ideg- osztályából.

#### Hypnoval, új altatószer.

Irta: *Donath Gyula* dr. egyetemi tanár.

A kémiai synthesis az utóbbi időben nem jelentéktelen számban termelt altatószereket; ama törekvés azonban, hogy e téren az orvosnak mind tökéletesebb szereket nyújtsanak, világosan mutatja, hogy legújabb hypnoticumaink is hagyomány némi kívánni valót. Ez áll a veronáról is, a modern par excellence altatószerről. Ennek hátrányai közül ismeretes a meglehetősen gyors megszokás, úgy hogy bizonyos idő múlva sokszor magasabb adagokkal sem lehet jobb hatást elérni, továbbá, hogy a therapeutikai és mérgező adag határa közel áll egymáshoz. Különben is kívánatos, hogy változtathassuk az altatószereket és a mellett egy enyhe hypnoticummal rendelkezünk. Ilyen a *Richter G. vegyészeti gyára* által készített és *hypnovalnak* nevezett készítmény, melynek vizsgálatával a gyár engem bízott meg.

Chemiai szerkezete szerint a hypnoval *bromisovalerylamid-chloral* szerkezeti képlete:



Egyesíti tehát magában a chloral kitűnő altató hatását a valerianának és kémiai derivatumainak megnyugtató, görcs-csillapító és ugyancsak álomhozó hatásával, mint az az isoamylalkoholról, az amylenhydratról (tertiær amyalkohol) és a valeriana-savról ismeretes. A valeriana-savezen hatását a bromsubstítio még fokozza. Ennek narcosisos hatása érvényre jut a bromuralban is (=  $\alpha$ -monobromisovarianyl-húgyanyag). A mellett az isovaleriana-sav magában is még inkább a brommallegyüttcsökkeníti a chloral káros befolyását a szívre, a mihez hozzájárul még az amid, a melynek, mint ammoniakmaradéknak, szív-és érzégető és így vérnyomáselő hatása van. Azonfelül az alacsony zsírsavak amidjai is narkotizálóan hatnak, mint az a chloralformamidról és a neuronalról (= bromdiaethylacetamid) ismeretes. Minthogy ezen szer vízben úgyszólván oldhatatlan, a chloralhydrathoz hasonló edző hatás a nyálkahártyára ki van zárva; nehéz oldhatósága miatt a szervezetben csak lassan hasad, a mivel szintén elkerüljük a chloral káros hatását. A mellett az 1 gr. hypnovalban, a szokásos altató-adagban foglalt chloral mennyisége csak 0.5 gr.,<sup>1</sup> tehát a chloralhydrat szokásos altató-adagának egy negyede. Ámde *Bürgi*<sup>2</sup> felette érdekes vizsgálataiból tudjuk, hogy kémiailag

<sup>1</sup> Pontosabban 0.45 gr. chloral, 0.51 gr. chloralhydratnak megfelelőleg.

<sup>2</sup> *E. Bürgi*: Die Wirkung von Narcotica-Kombinationen. Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 1. és 2. sz.

egymástól távol álló narcoticumok egyidejűleg adva, hatásukban nem összegeződnek egyszerűen, hanem összhatásuk jelentékenyen nagyobb lehet, mint az egyes alkotórészek hatásának összege. A mi különösen a bromot illeti, azt találta nyulakon, hogy egymagukban hatástalan brommennyiségek nem narkotizáló urethandosiseket narkotizálhatóvá tudnak tenni. Így pl. 0.5 urethan (a narkotizáló adag fele) + 0.5 bromnatrium narcosist okoz. Hasonlóan történhetik ez a hypnovalnál is, ha a szervezetben a brom lehasad az isovaleriana-savból.

A hypnoval molecularis mennyiségű chloralnak bromisovalerylamidra való hatása útján állítatik elő. Fehér, kissé kesernyész ízű, kristályos por, melynek olvadáspontja 120° C. körül van. Vízben szinte oldhatatlan, alkoholban és benzolban ellenben oldható. Felszólításomra meghatározta a gyár az olivajolajban való oldhatóságot: ez 37° C.-on 3%-ot tesz ki.

A vízben való oldhatóság a hypnoticumoknál tudvalevőleg csekély szerepet játszik, a legjobbak közülök többnyire nehezen oldhatók; döntő azonban a *Meyer-Overtone* elmélet szerint zsírban való oldhatóságuk, mert hogy hatásuk legyen, az agy lipid anyagai, nevezetesen a lecithin és cholesterin kell hogy kémiailag magukhoz vonzzák őket. Ez akként történik, hogy a keringő vérből diffundálnak az agysejtbe és ott az említett anyagoktól megkötetnek.

A hypnovalt osztályomon álmatlanság makacs eseteiben alkalmaztam; itt közlöm röviden megfigyeléseimet:

I. *L. Dávidné*. Osztályomra felvétel 1910 IV. 20. Diagnosis: *Melancholia periodica*.

Álmatlansága ellen eddig paraldehydet, valamint morphincseppeket használt.

V. 3. Este 0.5 gr. hypnoval. 1 óra múlva alvás, mely reggelig tart.

V. 4. 0.5 gr. hypnoval este 9 órakor. Éjfélig jól aludt, majd felébredt, de nemsokára újból elaludt, de ettől fogva már nem volt teljesen nyugodt az álma.

V. 5. 0.5 gr. hypnoval. Egy izben heves fejnyomás folytán felébredt, de egyébként meglehetősen nyugodtan aludt.

V. 6. 0.5 gr. hypnoval este 8 órakor. Este 10 órakor elaludt, több izben felébredt és nyugtalan volt.

V. 8. 0.5 gr. hypnoval. Keveset aludt, többszörös megszakítással.

V. 9. 1.0 gr. hypnoval. Egész éjjel jól aludt.

Szintügy jól aludt V. 9., 10., 15., 16. és 17.-én 1.0 gr. hypnovalra.

II. *M. Ignáczné*. Felvétel 1908 V. 17. Diagnosis: *Myelitis chronica*.

Álmatlansága ellen felváltva használt veronalt és morphint.

V. 3. Este 8 $\frac{1}{2}$  órakor 0.5 gr. hypnoval. Semmit sem aludt.

V. 5. 0.5-ra kevés alvás megszakításokkal.

V. 7. 0.5-ra ismét kevés alvás.

V. 10. 1.0-ra egész éjjel aludt.

Reggelre ébredésekor lankadság érzete.

V. 10. 1.0 jó alvást eredményez egész éjjelre.

V. 12.—VI. 20.-ig esténként 1.0 kielégítő alvást hoz; mindamellett jobban kedveli a veronalt.

III. *B. Mária*. Felvétel 1910 IV. 28. Diagnosis: *Neurasthenia, anaemia*.

Álmatlansága ellen V. 22.—V. 29.-ig esténként kapott 1.0 gr. hypnovalt, mire meglehetősen jól aludt, V. 31.—VI. 5.-ig ellenben ugyanilyen adagra elmaradt a hatás.

Nyugtalanosága és heves főfájásai ellen VI. 10.—VI. 22.-ig naponta kap 4  $\times$  0.5 gr. hypnovalt, de észrevehető eredmény nélkül.

IV. *U. Dezső*. Felvétel 1910 IV. 29. Diagnosis: *Arteriosclerosis*.

V. 5. 0.5 hypnovalra alvás, de kis megszakításokkal.

V. 6.—V. 10.-ig esténként 0.5 gr. hypnoval, jó altató hatással.

V. *St. Hermin*. Felvétel 1910 III. 13. Diagnosis: *Ischias*.

A tartós heves fájdalmak ellen eddig esténként kapott 0.5 gr. hydropyrint (aspirin-lithium), mely nélkül nem tudott aludni. V. 15.-től kezdve 3 héten át minden este kapott 1.0 gr. hypnovalt, mely prompt alvást eredményezett. Éjjel ritkán nyugtalan. Reggel mindig frissnek érzi magát.

VI. *G. Berta*. Felvétel 1910 II. 11. Diagnosis: *Hystero-epilepsia*.

Kapott 1 héten át naponta 4  $\times$  0.5 gr. hypnovalt. A porok valamennyire csökkentették a rohamok intenzitását; a beteg szívesen szedi és azt állítja róluk, hogy használnak.

VII. *V. József*. Felvétel 1910 IV. 20. Diagnosis: *Neurasthenia*. Nyugtalanosága ellen VI. 18.—VI. 25.-ig naponta 4  $\times$  0.5 gr. hypnoval, mire az csökken.

Azután több napon át minden este 1.0 gr. hypnovalt kap, de keveset alszik, miért is 1 heti próba után elhagyjuk.

VIII. *J. Márton*. Felvétel 1910 VI. 6. Diagnosis: *Alcoholismus chronicus*.

VI. 18.—20.-ig esténként szed 1.0 gr. hypnovalt és egész éjjel jól alszik.

IX. N. Mária. Felvétetett 1910 VI. 6. Diagnosis: *Anaemia, neurasthenia.*

VI. 18. 1.0 gr. hypnovallal keveset alszik, ezt is megszakításokkal. Minthogy következő 2 éjjel ugyanily dosisra keveset alszik, a szer további használatát abbahagyjuk.

X. L. Antonia. Felvétetett 1910 VI. 6. Diagnosis: *Hysteria.*

Eddig veronált szedett.

VI. 18.—22.-ig esténként 1.0 gr. hypnovallal, mire jól alszik. Azután a beteg kívánságára abbahagyjuk a szert.

VII. 26. Minthogy a beteg ismét panaszkodik álmatlanságról, úgy ezen mint másnap este egy-egy gramm hypnovallal kap, mire ismét egész éjjel jól alszik.

VII. 28. és 29.-én a beteg nem kap altatót, mire az egész éjszakát álmatlanul tölti.

VII. 30.—VIII. 4.-ig esténként 1.0 gr. hypnovallal, mire ismét egész éjjel jól alszik. Olykor felébred kevés főfájással.

XI. V. József. Felvétetett 1910 VI. 23. Diagnosis: *Tabes dorsalis.*

Álmatlanságról panaszkodik, miért is VII. 15.—20.-ig esténként kap 1.0 gr. hypnovallal. Erre egész éjjel jól alszik.

XII. P. Arnold. Felvétetett 1910 VII. 7. Diagnosis: *Dementia praecox.*

Nyugalanság ellen VII. 20.-tól kezdve naponta kap  $4 \times 0.5$  gr. hypnovallal sedativum gyanánt. A nyugalanság csökken. Mint hypnoticum gyenge hatást mutatott a szer.

XIII. W. Hermin. Felvétetett 1910 VII. 24. Diagnosis: *Neurasthenia.*

Nyugalansága miatt VII. 17.—10.-ig naponta kap  $4 \times 0.5$  gr. hypnovallal, de nyugalansága alig apad.

Majd esténként kap 1.0 gr. hypnovallal, mire 1—2 óráig alszik. A következő éjjeleken ismét jobban alszik erre az adagra, de lankadság érzetével ébred.

XIV. G. Ábrahám. Felvétetett 1910 VII. 6. Diagnosis: *Arteriosclerosis.*

VII. 11. Este 1.0 gr. hypnovallal, mire reggelig alszik.

VII. 12.—15.-ig esténként 1.0 gr. hypnovallal, mire csak éjfélig alszik.

XV. F. Józsefné. Felvétetett 1910 V. 10. Diagnosis: *Hysteria.*

Több napja álmatlan, miért VII. 1.—5.-ig esténként 1.0 gr. hypnovallal kap. Ez jó alvást eredményez.

XVI. G. Lajosné. Felvétetett 1910 V. 23. Diagnosis: *Carcinoma femoris.*

VII. 25.—28.-ig esténként 1.0 gr. hypnovallal, mire meglehetősen jól alszik.

XVII. Cs. Rózsá. Felvétetett 1910 I. 31. Diagnosis: *Tabes dorsalis.*

Minthogy gyakran panaszkodik álmatlanságról, megszakításokkal egy vagy két estén egymásután 1.0 gr. hypnovallal kap, mire mindig igen jól alszik. A különféle hypnoticumok közül ezt kedveli legjobban.

XVIII. F. Mária. Felvétetett 1907. XI. 14. Diagnosis: *Paralysis agitans.*

VII. 20. Az eddigi morphin helyett egy ideig esténként 1.0 gr. hypnovallal kap, mire egész éjjel mindig jól alszik.

XIX. F. Samu. Felvétetett 1910 VII. 21. Diagnosis: *Tabes dorsalis.*

Felvételekor álmatlanságról panaszkodik. 3 napon át 1.0 gr. hypnovallal kap kielégítő eredménnyel.

Mint ezen megfigyelésekből kiderül, a hypnovallal altató gyanánt 19 felnőttnél egyénenként adtam, a kik az idegrendszer legkülönfélébb functionalis és szervei betegségeiben, az érend-szer betegségeiben, továbbá anaemiában és rosszindulatú daganatokban szenvedtek és az álmatlanság jelenségét mutatták. A kórformák ezek: *neurasthenia, hysteria, genuin epilepsia, ischias, myelitis, tabes dorsalis, paralysis agitans, melancholia, dementia praecox, chronikus alkoholismus, anaemia, arteriosclerosis, carcinoma femoris.* Kiderült, hogy a 0.5 gr.-nyi dosis olykor elegendő, többnyire azonban kelletnél gyengébb, 1.0 gr.-mal azonban rendszerint tartós, jó alvás érhető el. Némely chronikus, többnyire fájdalmas állapotban (II. eset — myelitis, V. eset — ischias, III. eset — neurasthenia) 7, 10 és 20 egymásra következő estén át 1.0 gr.-ot adtunk egyformán jó hypnózisos hatással. Az álom ezen betegeken, kik különben altató híján nem tudtak aludni, körülbelül 1—2 óra múltán következett be.

A hypnovallal hatékonysága különösen feltűnő módon nyert kifejezést a X. esetben, a melyben 5 egymásra következő estén 1.0 gr. hypnovallal szedett a beteg prompt hatás-sal. Majd abbahagyjuk a szer használatát a beteg kívánsá-gára. Ezen 3 napi szünet után, miközben a beteg nem

aludt, a következő 2 estén ismét ugyanilyen dosist kap ugyanazzal a jó hatással. Erre ismét következik a szernek 2 napig abbahagyása, álmatlansággal és ezután egy 6 napi időszak, a mikor a beteg esténként ismét kapja a szert és jól alszik. De mint más szernek, a hypnovallal is idővel gyengülhet a hatása (III. eset — anaemia, neurasthenia, IV. eset — arteriosclerosis).

Azok a betegek, a kik kezdettől fogva kaptak hypnovallal álmatlanságuk ellen, rendszerint meg voltak elégedve hatásá-val, sőt voltak olyanok, a kik valósággal lelkesedtek érte. Ilyen betegek, ha egy ideig használták már a szert, gyakran kérték, ha elvontuk tőlük. Azok a betegek azonban, a kik már régebben veronalt szedtek, olykor ez utóbbit részesítet-ték előnyben, azt hangoztatva, hogy utána kellemesebb az ébredésük; de ennek ép az ellenkezője is (XVII. eset) elő-fordult, a mikor a beteg valamennyi hypnoticum közül a hypnovallal kedvelte legjobban.

A hypnovallal poralakban, esetleg ostyában használandó, mire kevés vizet iszik a beteg. Kellemetlen hatást ezen szer-től, melyet összesen körülbelül 300 adagban próbáltunk ki, nem tapasztaltunk.

A hypnovallal tehát álmatlanságban szenvedő felnőttnél bete-geken 1.0 gr.-nyi adagban jó altatószernek bizonyult. Javalva van oly esetekben, a melyekben enyhébb hypnoticum haszná-lata kívánatos vagy a hypnoticumokat változtatni kell, és kü-lönösen oly esetekben, a melyekben a veronal huzamosabb használata után hatékonyságából veszített vagy egyáltalában nem jól türetek. Kellemetlen mellékhatás nem volt észlelhető.

**Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem III. sz. bel-klinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.)**

### A gyomor functionalis vizsgálatáról.

Irta: Galambos Arnold dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

A gyomortartalom *chemiai vizsgálata* elsősorban a szabad sósavnak s az összaciditásnak a meghatározására irányul. Eseteimben a szabad sósavat congóval minden, *Günsburg*-reagenssel a legtöbb esetben, az összaciditást phenolphta-leinnel minden, lakmussal a legtöbb esetben határoztam meg. A congo csak megközelítő értéket ad, mert hisz a congopapirt nemcsak a szervetlen, de a szerves savak is megkékítik: pl. a sósav kb. 16000, a tejsav kb. 2000 hígítású oldatban kékiti meg a congopapirt. A sósav legérzékenyebb és legmegbízhatóbb indicatora a *Günsburg*-reagens, mert pozitív *Günsburg*-reakciót csak szervetlen savak adnak; pl. 10% tejsav már nem ad *Günsburg*-reakciót. A congóval kapott sósavérték a *Günsburg*-reagenssel kapott sósav értékét átlag 30%-kal (10—80%) meghaladja; a kétféle sósavérték közti különbség a szerves savak mennyiségét fejezi ki; általában ott, a hol a sósav s az összaciditás kicsiny (*hypersecretio*), a *Günsburg* s a congo közti értékkülönbség is kicsiny, különben állandó törvényszerűséget e két érték közt nem találtam. Az összes szabad savak értékét a szabad H-ion koncentrációja szabja meg, a mit *Tangl* elektrometriás úton határozott meg.

Az összaciditásban a szervetlen s szerves savakon kívül a savanyú sók s a fehérjékhez kötött sósav is szerepelnek; ennek a titrálásához phenolphtaleint használtam indicatornak; de a lakmus sokkal érzékenyebb indicator, mert lakmuspapír szerint kifejezetten lúgos reactio van jelen akkor, mikor phenolphtaleinre a pirosodás első nyoma már észlelhető s e differentia kitehet 0.5—1.0 cm<sup>3</sup>-t is 5—10 cm<sup>3</sup> gyomornedv titrá-lásakor.

A sósavelválasztás nagyfokú ingadozást mutat. Nálunk a magas értékű hyperaciditás ritka, így pl. eseteim között a legmagasabb sósavérték 90 volt (congo, 66 *Günsburg*), sőt 90—60 közt is csak 5 volt; a 40 és 50 közt sósavérték a leggyakoribb a hyperaciditások közt. A hyperaciditás száma



uagyobb mint a hypaciditásé, de kisebb mint a hyp- s anaciditásé együtt. A sósavválasztást befolyásoló körülmények sokfélék. *Pawlow* szerint minden tápláléknak más-más gyomornedvválasztást felel meg; *Molnár subcutan* alkal-mazott tápszerek hatására is típusos secretiós görbét kapott. A táplálkozásnak igen nagy befolyása van: *Schloss* kísérleti-leg is bebizonyítja, hogy a vegetabiliák kisebb mennyiségű s rövidebb ideig tartó secretiót indítanak meg, mint a hús; *Sohlern* szerint e miatt ritka Oroszországban a hyperaciditas s ulcus ventriculi; *Jukawa* szerint a japánok az európaiakhoz képest hypacidok, *Fr. Deutschmann* szerint Hamburgban — hol sok sült hús fogy — sok a hyperaciditas, míg Mün-chenben — a hol főleg főtt hússal élnek — kevés. A sósav-elválasztás ingere a lenyelt nyál is (*Gentzen, Tangl*), a rágás mechanizmusa, a telt duodenum stb. *Pawlow* szerint a duo-denum izgatása chemiai vagy hőingerral a gyomornedv-elválasztásban sokkal nagyobb zavart okoz, mint magának a gyomor falának izgatása. *O. Cohnheim* és *G. L. Dreyfuss*nak ez irányú kísérleti adatait therapiiai czélokra is felhasználták már (*Rosenhaupt, Rosenstern, Leo*).

De a sósavválasztás leghatalmasabb ingere a psyche. *Bickel* és *Sasaki* híres kutya-macska-, *Bogen* associatív és psychogen gyomornedvválasztási kísérlete igazolja azt.

A secretiós változások jelentőségét a dyspepsiás bete-geken *Stiller* tisztázta. A morbus asthenicusban, ennek főleg dyspepsiás formáiban a secretiós zavarok állnak sokszor elő-térben. *Graul* azt mondja, hogy az ingerlékenyebb, atoniás gyomrú egyén — kis ingerre abnormisan reagálva, mint a neurastheniások általában — irritatív, fokozott mirigyműködés folytán normalis ingerre hyperaciditással, hypersecretióval válaszol. De a mi mondható a fokozott, ugyanaz mondható a depressiv, csökkent mirigyműködésű hyp- vagy anaciditásra is. A különböző secretiós anomáliák gyorsan s könnyen át-mehetnek egymásba (heterochylia).

A chemiai vizsgálat ezekután a szerves savakat és fő képviselőjüket, a tejsavat mutatja ki. A tejsav jelenlétéhez 2 faktor szükséges; insufficientia motor. maj. gr. s anacidi-tas vagy hypaciditas; ez rendszerint carcinománál fordul elő, de előfordulhat anaciditással járó chronikus gastritisnél is, a hol a gyuladás az izomzat motorius erejét nagy fokban gyengítette. A tejsav kimutatására híg vaschlórid-oldatot hasz-náltam, mely tejsavtól citromsárga elszíneződést mutat; 2 esetben (mindkettő carcinoma) erősen positiv, 2 esetben (carcinomára gyanus anaciditas) gyengén positiv volt a reactio.

A vérnek chemiai úton való kimutatására a guajak-reactio klinikai czélokra igen jó, mert nem érzékeny; 2 eset-ben volt positiv: az egyik carcinoma-esetben erősen positiv s az egyik carcinomára gyanús anaciditas-esetben gyengén; míg ellenben, a hol szövetczafatok leválása volt konstatálható, a vérreactio negativ volt.

Nagyon fontos a gyomortartalom mikroskopi vizsgálata, sok esetben többet tudhatunk meg belőle, mint a makroskopi képből. A mikroskopi kép túlnyomó részét keményítő-szemcsék alkotják; e mellett egy alvadtt növényi fehérjéből álló állo-mányt találunk; e kettőnek egymáshoz való viszonya, quan-titativ aránya igen fontos és egyes betegségekre jellemző is; így az achylia gastricát e képből diagnoszkálni lehet. A jól emésztett keményítő-szemcse detritussá szétesett formá-ban van jelen; a kevésbé jól emésztetten a contourok homályosan kivehetők még, a szemcsék duzzadtak, opák színűek, a kevésbé emésztett vagy emésztetlen keményítő-szemcse éles szélű, erős fénytörésű. A keményítő-szemcséken kívül normalisan kevés élesztősejt, saccharomyces cerevisiae fordul elő. Kóros viszonyok közt fehér és vörös vérsejtek, nyálka, sejtmagvak, különböző gombák, bacteriumok is elő-fordulnak.

A bacteriumokat rendszerint morphologiai sajátáguk alapján osztályozzuk hosszú és rövid bacteriumokra; azonban sem a hosszú, sem a rövid bacteriumok nem látszanak egy-ségeseknek; a kis, rövid, mozgó s a nagy hosszú, nem mozgó, élesszélű, erős fénytörésű s hol egységes, hol meg több, rövidebb láncból összetett, úgynevezett *Boas-Oppler*-féle

bacterium közt sok átmenet észlelhető, úgy hogy találunk bacteriumot, melyet nem tudunk e két csoport egyikébe sem tenni. A hosszú bacteriumot *Boas* észlelte először carci-nománál; *Kaufmann* mutatta ki tejsavat termelő hatását; régen a carcinoma kórokozójának tartották, de tejsavtermelő hatását felismerve, a tejsav jelenlétének jelentőségével helyezték egyen-rangba; majd ismét — minthogy már előbb jelenik meg, mint a tejsav chemice kimutatható — emelkedett a diagnos-tikai értéke, de pathognomos jelentősége elveszett, mivel carcinomán kívül egyéb an- vagy hypacid gyomortartalom-ban való előfordulása közismert. *Sahli* e bacteriumnak csak akkor tulajdonít jelentőséget, ha ismételt gyomormosás után gyorsan elszaporodik, a mit ő úgy magyaráz, hogy a car-cinoma egyenetlen felszínének recessusaiban megtapadt bacteri-umok viselkedhetnek csak így.

Én a mikroskopi vizsgálathoz minden esetben legalább 3—4 praeparatumot készítettem; 1 praeparatum sohasem elég, mivel különböző részek mikroskopi képe sokszor igen nagy különbséget mutat, különösen a *Boas-Oppler*-féle bacteriumokra áll ez. 4 esetben fordult elő, hogy a külön-ben elég nagy számban jelenlevő hosszú bacteriumok egyes helyeken oly végtelen mennyiségben voltak elszaporodva, hogy az egész látótér tulajdonképpen egy végtelen sűrű háló-zatot alkotó telepe, culturája volt e bacteriumoknak. A 4 eset közül az első carcinoma ventriculi, a második carcinomára gyanus anaciditas, a harmadik achylia gastrica, a negyedik achylia gastrica + erosio haemorrhagica; az első 3 esetben véres szövetczafatok is voltak, az erosio haem. esetében occult vérzés volt kimutatható szövetczafat nélkül. A bacteriumok coloniaszerű elszaporodása sokszor a szövetczafatnak félig elhalt, régebbi vérzéstől infiltrált szövetében volt található. A 4 eset nagyon emlékeztet a *Sahli*-féle felvételre; azonban egészen kétségtelenül igazolja azt is, hogy nemcsak a car-cinoma egyenetlen felszíne, hanem erosios s egyéb, hiányosan táplált s leválófélben levő nyálkahártyaczafatok is valóságos táptalajul szolgálhatnak e bacteriumoknak anacid gyomor-tartalomban. Jelentősége a carcinoma differentialdiagnostiká-jában, ép úgy mint a szövetczafatoknak — a melyekkel külön-ben gyakran együttesen fordul elő — nincsen.

Én a *Boas-Oppler*-féle bacteriumot nemcsak carcinoma, hyp- s anaciditas eseteiben találtam, hanem ezenkívül — és pedig sokszor jelentékeny mennyiségben — normalis aciditási, sőt hyperacid gyomornedvekben is. Az összes vizsgált esetek közt alig volt néhány, a mely bacteriummentesnek volt volna mondható, s ezen esetek sem épen a normalis secretiójú esetek voltak. Előfordultak achylia gastrica-esetek bacteriumok nélkül s hyperacid-esetek elég sok (látóterenkint 3—4) hosz-szú bacteriummal. Nagyfokú motorius insufficientia eseteiben bő sósav jelenlétében e bacteriumok elszaporodva nincsenek. Az egyes betegségi formákban valami jellemző mennyiségben való jelenléte e bacteriumoknak nem mutatható ki.

A rövid bacteriumok szintén csaknem az összes gyomor-tartalmakban kimutathatók, inkább az an- vagy hypacid, mint a hyperacid gyomortartalomban vannak elszaporodva. Carci-noma esetén a hosszú bacteriumok mellett a rövidek is nagy mértékben meg vannak szaporodva.

A gombák közül a sarcina s a saccharomyces érdekel főleg. A sarcina jelenlétéhez nagyfokú motorius insufficientia s bő mennyiségű sósav jelenléte szükséges; e két feltétel a jóindulatú pylorusstenosis eseteiben szokott megadva lenni; így volt eseteimben is. A sacchar. cerev. kis mennyiségben normalisan is előfordul, ha elszaporodik; csoportos elrende-ződés mellett sok oszló alakot találunk közte. Nagymér-tékű megsaporodásához pangás s szabad sósav jelenléte szükséges. Kisebb mértékben megsaporodva szokott lenni egyszerű hyperaciditas mellett, hypaciditas mellett ritkábban; anaciditas-eseteim egyikében sem volt megsaporodva.

A gyomortartalomban ezenkívül nagyfokú motorius insufficientia eseteiben, szabad HCl, vagy még inkább fölös HCl jelenlétében igen különböző növényi sejtek, rostok, keményítő-szemcsék, zsírtetek s tejtekecsék néha óriás mennyiségben található, míg sósav híján nagyfokú motorius

insufficiencia eseteiben igen bő mennyiségű harántcsikolt izomrostot és egyéb fehérjetartalmú emésztetlen alkotórészt találtam.

\* \* \*

Leggyakrabban találkoztam eseteimben az ideges dyspepsiával és pedig ennek a secretióra és a sensibilitásra vonatkozó alakjaival. A dyspepsia nervosa első leírója, *Leube* szerint a dyspepsia nervosa az elsődleges baj s ez vezet utólag általános idegességhez. Ezzel szemben *Ewald* volt az, a ki az ideges dyspepsiát egy már meglevő idegesség alapján létrejöttek mondotta ki. *Pick* szerint, mint az alkoholismus, épúgy a dyspepsia nervosa is autointoxicatiohoz vezethet s így *Leube* felfogásához állva közelebb: enterogen psychopathiát s nem psychogen dyspepsiát vesz fel. *Pawlow* szerint úgy a psychés zavarok, mint a gyomorbélzavarok is lehetnek egymásnak előidézői, mindegyik lehet primum movens. A mint látható tehát, a primum movens kérdésében ma sincs egységes megállapodás. Leghelyesebbnek látszik, ha az ideges dyspepsiát általános idegesség mellett előforduló s annak részjelenségeül tekintendő megbetegedésnek fogjuk fel. Az ideges gyomor baj, mint a constitutionalis megbetegedés egy részjelensége, localisatiója, hosszú ideig egymagában is fennállhat, csak későbbben vezetve a neurasthenia egyéb manifest tüneteihez; de ilyenkor sem a dyspepsia nervosa vezetett általános idegességhez, hanem a lappangva fennállott (dispositio) általános idegességet manifestté egy a constitutionalis megbetegedésnek egyideig látszólag önállóan és egyedül fennállott tünetcsoportja, a dyspepsia nervosa tette.

Az ideges gyomor bajt azonban nemcsak általános idegességgel, hanem valamely szervi gyomor bajjal együtt is gyakran fellelhetjük. Az elsődleges organikus gyomor bajhoz másodlagosan csatlakozhat ideges gyomor baj, még pedig vagy úgy, hogy a somatikus gyomor baj a veleszületett dispositiót kifejleszti s az így keletkezett asthenia nervosa a locus minoris resistentiae helyéül szolgáló beteg gyomorban lokalizálódva, a somatikus gyomor baj szolgáltatva érzés-zavarokhoz új, ettől független s ezzel incongruens nervosus érzés-zavarokat teremt, a mi az organikus gyomor baj típusos érzés-zavarainak esetleges teljes megszűnéséhez vezethet s létrehozza a teljesen tünet nélküli ulcusi, carcinomát, stb.; vagy pedig egy az astheniára nem disponált egyénben az organikus gyomor baj — mely esetleg megtöri a betegnek testi erejét, inanitióhoz vezet — egy szerzett s így nem valódi idegességet s ennek részjelenségeként akár ideges gyomor bajt hoz létre, a mely azonban az organikus alap baj megszűntével szintén megszűnik.

Az organikus s functionalis gyomor baj együttes előfordulásán kívül előfordulhat különféle functionalis gyomor baj egy egyénben; láttuk, hogy típusos gyomor panaszokkal semmiféle gyomor bajban sem találkozunk, a minek oka részint abban állhat, hogy a dyspepsiás betegek gyomor panaszai nincsenek összefüggésben a functionalis elváltozásokkal, hanem bizonyos secretió anomalia mellett egy ettől teljesen független sensorius anomalia is állhat fenn; a minden panasz és tünet nélkül fennálló achylia gastrica vagy hyperaciditas nagyobb foka e mellett bizonyít. Lehet, hogy egy állandóan gyomor égésről panaszkodó s anacidnak talált beteg a vizsgálattal járó izgalom hatása alatt válik anacidá (heterochylia), azonban az is lehet, hogy secretió elváltozások mellett egy attól teljesen független sensorius abnormitás áll fenn. *Kaufmann* a hypaciditásnál a panaszokat a csökkent motoros erőre vezette vissza, *Riegel* ugyanezt felveszi hyperaciditásnál is; azonban ugyanaz a csökkent motilitás miért okoz egyszer hyper-, máskor meg anaciditásra gyanút keltő panaszokat s hogy magyarázhatók ebből a jó motilitású (achylia gastrica) esetekben fennálló gyomor panaszok? s hogy magyarázható, hogy akárhányszor találunk kisebb motilitás-zavart — egyidejű secretió abnormitás mellett vagy a nélkül —, minden panasz nélküli, teljesen jó gyomrú emberekben? ezt csak a secretió s sensorius anomaliáknak egymástól függetlensége, koordinált volta magyarázhatja meg.

A dyspepsiás zavaroknak már *Leube* alapvető munkája

óta három féleségét különböztetjük meg, a sensibilitásra, a secretióra s a motilitásra vonatkozó zavarokat. A sensibilitás-zavarok legnagyobb része hyperaesthesia alapszik; a hyperaesthesia vonatkozhatik fizikai, chemiai, thermalis, tactilis ingerekre. Chemiai hyperaesthesia például, midőn normalis vagy csökkent savtartalom gyomorégéshez, gyomorgörshöz vezet (*Talma*), tactilis hyperaesthesia például midőn üres gyomorra vagy híg táplálék után fájdalmak jelentkeznek. Hypaesthesia például a bulimia, polyphagia stb., ide sorozom a panasz nélkül fennálló nagyfokú functionalis (hypersecretio, hyperaciditas) vagy organikus (carcinoma, ulcus) gyomor bajokat, mert feltételezhető, hogy egyidejű hyp- vagy anaesthesia nélkül e durva elváltozások tüneteket, panaszokat okoztak volna.

A motilitás ismert zavarai mellett csak az atonia ventriculit említem meg, a mely *Saxl* szerint a vagus csökkent innervatióján alapuló beidegzési zavar. Hogy az atonia s általában a dyspepsia nervosa mellett sokszor előforduló kisfokú motilitás-zavarnak nem lehet-e néha ideges oka, az ma még nem ismert.

A secretio ismert zavarai között csak a gastromyorrhoeát s a hyperpepsia continuát (l. később) említem meg.

A dyspepsia nervosa esetén gyakran észlelhető kisfokú motorius gyengeség vagy renyhesség oka nem egységes. Talán bizonyos esetekben a dyspepsia nervosa motilitás-zavar által van feltételezve (hypokinesia), néha az ideges gyomor baj mellett jelenlevő kisebb organikus megbetegedésnek az izomfalra való direct ráterjedéséből ered, sokszor a ptosisnak, a pylorus megtörésének, a satnya izomzatnak is jut szerep; sok esetben a bélkiürülés akadálya, az obstipatio is a gyomor csökkent motilitásához vezet s lehet, hogy az obstipatió által gyakori hyperaciditas oka is az ételeknek a gyomorban történő hosszabb időzésével áll összefüggésben s ez magyarázná meg a gyakori hypersecretiót is (*Schreiber*). Végül nem tartom kizártnak, hogy a renyhe motilitásnak, főleg az atoniának oka vagus-tonus-csökkenésben állva, e vagus-tonus-csökkenésnek az oka a dyspepsia nervosa esetén gyakran jelenlevő hyp- vagy anaesthesiaiban volna keresendő. A normalis harántcsikolt izomtonus is a bőr érző idegei részéről kifejtett reflex útján jön létre (tabes és hypotonia), békákon a nervus ischiadicus átvágása után a megfelelő végtag atoniás lesz; csak az teszi kérdésessé az analogia jogosságát, hogy a gyomornál az érzés hiánya nem organikus, hanem functionalis természetű.

Achylia gastricanál általában hyperkinesiót vesznek fel a *Pawlow*-reflex alapján; azonban eseteimben gyakori a nagyobb fokú hypokinesia is. Sokszor a látszólagos hyperkinesia oka a gyomortartalomnak rosszul emésztett, darabos voltában van, mely a gyomorcső szájadékát eltömeszeli.

A *Mering*, *Moritz*, *Fr. Deutschmann* által hangoztatott alkaliás vagy amphoter hypersecretio felvételét több eset valószínűvé, a következő eset pedig csaknem biztossá teszi:

Nőbeteg: 6 év óta típusos hemicrania; éhgyomorra igen élénk loccsanás; beteg elmondása szerint maga is szokta hallani éhomra e loccsanást egy-egy hirtelen mozdulatnál. Éhomra több mint 100 cm<sup>3</sup> epetartalmú híg gyomortartalom ürül. Próbaregulinél 300 cm<sup>3</sup> anacid, híg gyomortartalom; a mikroszkop képek normalis. Anaciditas mellett előforduló hypokinesia nem magyarázza eléggé e képet, ezenkívül anacid hypersecretio continuát is fel kell venni. Érdekessége okáért említem meg, hogy e nőbeteg férje ugyancsak típusos hemicraniás panaszszal került vizsgálatra, s az ismételt vizsgálattal nyert kép azonos volt: anaciditas, véres szövetzafatok, a *Boas-Oppler*-féle bacteriumoknak coloniaszerű elszaporodása.

Az achylia s carcinoma közti differentialdiagnostikában az achyliás hyperkinesiót csak nagy óvatossággal szabad elvárni, pedig a differentialdiagnosissal annál fontosabb, mert a carcinoma ex achylia igen ritka (*Jüngerich*).

A hypersecretio rendszerint hyperaciditással jár, de van hyp- s anaciditással járó is.

3 gastrosuccorhoeás betegem külön említést érdemel. Az egyik *gastrosuccorhoea continua hypacida* volt. A második beteg *gastrosuccorhoea continuának gastrosuccorhoea intermittenssel való combinatiója* volt. Átlag hetenkint egy ízben voltak rohamai, a midőn akár 2½ l. tiszta gyomornedvet ürített hányás útján (HCl 46, összaciditás 75); éhomra rohammentes időben akár 300 cm<sup>3</sup> ugyanily aciditású gyomornedvet nyertem. A harmadik esetet inkább *hyperpepsia continuának* nevezhetnők: gastrosuccorhoeás panaszok, próbareggelinél 46 HCl, 70 összaciditás; éhomra 30 cm<sup>3</sup> anacid, de igen sok pepsint tartalmazó gyomornedv (Mett-cső: több mint 4 mm.); ismételt vizsgálatkor ugyanaz a lelet.

Astheniás betegek közül 2 esetben sok év óta fennálló *onania* volt az anamnesisben; az egyik esetben *achylia gastrica*, a másikban *hyperchlorhydria* volt jelen. A postonaniás dyspepsiákra C. Hirsch hívja fel a figyelmet s ulcus-szerű panaszok mellett fennálló *onania* esetét említi.

A secretiós értékek gyors változása egyazon egyénben a *heterochylia* (természetesen ugyanazon időben kell történni a gyomorkiürítésnek). Eseteim közül kettőben volt *heterochylia* a diagnózis: az egyikben hypaciditas s normalis aciditas közt, a másikban hypaciditas, anaciditas s újbóli hypaciditas közt változott a savérték. A *heterochylia* gyakoribb mint hiszszük, egy egyéne végzett sokszori functionalis vizsgálat adhatna csak számot e betegség gyakoriságáról. A *nervosus dyspepsiában* az aciditas-értékek meglehetősen, sőt a legtöbb esetben feltűnően egyeznek számos vizsgálat alatt; ezzel szemben a *heterochyliát inkább a gyomor hysteriás megbetegedésének tekinthetjük*, mert az inger s ingerület viszonya közti állandóság, illetve gyors s szabályszerű változékonyság a neurasthenia s hysteria közt elsőrangú differentialediagnostikai jel.

Végül még egy esetet említek, mely 20 éves lányra vonatkozik, a ki 8 nap óta szenved türehtetlen diffus gyomorfájdalmakban. A functionalis lelet *achylia gastricát* mutatott, e mellett a gyomortartalomban *occult vérzést* bizonyító sok vörös vérsejten kívül bő számmal találtam fehér vérsejtet. (Többet, mint a mi a vérnek megfelel.) A vörös s fehér vérsejtek aránya, a makroszkopi vérzés hiánya (guajak-próba negatív) s a sejteknek az egész gyomortartalomban való elszórtasága mechanikai sértésből származó vérzést kizárt. *Boas-Oppler-bacterium* elég bő számmal volt jelen, helyenkint pedig *coloniaszerű* elszaporodása volt észlelhető; nyálkahártyaczfafatot nem találtam. A diagnosist *erosiones haemorrhagicae* tettem. *Einhorn* és *Pariser* kissé csökkent, fokozott, vagy normalis aciditasviszonyokat találtak eseteikben, *achyliáról* egyikük sem tesz említést. E baj aetiologiája ismeretlen; *Nauwerck* és *Pariser* gastritis chronica ulcerosának, illetve exfoliativának tartja.

\* \* \*

A vizsgálatok összességét áttekintve, mondható, hogy az anamnesis és status praesens minden esetben igen értékes adatokat szolgáltat, de tulajdonképpen az igazi diagnosishoz *kizárólag* csakis a functionalis vizsgálat vezet. Biztos diagnosishoz, helyes therapiához az összes vizsgálatok szükségesegek. A functionalis vizsgálat csakis a gyakori vérzéssel járó ulcus ventriculi eseteiben hagyható el, valamint carcinoma ventriculi azon eseteiben, a hol vérzések szoktak előfordulni s a carcinoma diagnosisa tapintható tumor alapján biztosra vehető; ha vérzés nincs, de tumor van, a functionalis vizsgálatot elmulasztani nem szabad. Ezenkívül gastritis acuta eseteiben — ha rövid lefolyású — szintén elengedhető a functionalis vizsgálat. Minden egyéb esetben — ha contraindikáló betegségek nincsenek — a functionalis gyomorvizsgálat végzése elengedhetlen. *Nervosus dyspepsia* sok esetében e vizsgálatnak óriási suggestiv hatása van és épen ezért végezzük minden ideges gyomor baj esetén, noha többnyire a főszűly az általános kezelésre jut, míg a lelettől függő localis kezelésnek kisebb jelentősége marad. Az organikus gyomor bajokban a functionalis vizsgálat szükségességéhez kétség nem férhet.

És ha már most elgondoljuk, hogy a gyakorlatban

mennyit vétenek az orvosok e könnyű és hálás functionalis vizsgálat mellőzésével, hány korai carcinomát lehetett volna operálással megmenteni ennek a segítségével, mennyi célátlanul pazarolt soda bicarbonát lehetett volna megtakarítani gyomorégés miatt panaszkodó achylia gastricában szenvedő betegekben stb., akkor nem lesz felesleges újból hangsúlyozni, hogy a mint a vese működéséről csak a vizelet vizsgálata adhat felvilágosítást és a vese tájára lokalizált fájdalomkból s a vese tapintható vagy nem tapintható, normalis vagy megnagyobbodott voltából diagnosist nem csinálhatunk, épen úgy a gyomorpanaszok s az objectiv vizsgálat eredménye csak az *egyedül mértékadó* functionalis gyomorvizsgálat értékének kiegyesítésére valók.

## Az angol orvosi viszonyokról.

— Üti levél. —

Irta: Királyfi Géza dr.

(Vége.)

London, 1910 szeptember.

Természetesen a Pál-fordulása, főképpen a tudományos elvek terén, felette nehéz és épen ezért a post hoc ergo propter hoc elvének a helyessége iránt táplált kételyek meggyőződésünk mélyén önkéntelenül is felvetődnek. A vaccinatiós therapiától jó eredményeket láttak néha némelyek, saját-szerű módon, épen acut esetekben. Így pneumoniában a pneumococcus-vaccin, polyarthrit acutában a streptococcus-vaccin befecskendése után. Néha, a valószínű streptococcus-fertőzés egyes eseteiben, a midőn a mikroorganizmust a localis elváltozás helyéről vagy a vérből kultiválni nem sikerült, a beteg szájából tenyésztették ki a streptococust és ezt mint kórokozót (!) használták fel a vaccin készítésére.

Talán nem lesz érdektelen a *polyarthrit acuta rheumatica* eseteiben alkalmazott egyéb gyógy módjaiknak ismertetése sem, úgy, a mint azt különböző kórházak gyakorlatában észlelni alkalmam volt. Igen sok angol orvos polyarthrit acuta esetén egyáltalán nem alkalmaz antirheumaticumokat, mert szerintük a salicyl csupán a betegségnek egy tünetét, a fájdalmat szünteti meg, nem pedig a betegségnek tulajdonképpen okát. És ezek az orvosok igen jó eredményeket láttak egyszerűen *alkaliáknak* nagy adagban való alkalmazása után. Szerintük ugyanis a polyarthrit acutában a vér alkalisága jelentékenyen csökkent és ezért befolyásolják az alkaliák ilyen jótékonyan a betegséget. Állítólag ez, az alkaliák útján való kezelés ép olyan jó eredményeket szolgáltat, mint a salicyltherapia. A salicyltherapiának egy fontos következményére figyelmeztetett *Willcox* dr., a melyet mi eddig, úgy látszik, tökéletesen figyelmen kívül hagyunk. Hosszasan alkalmazott natrium salicylicum-kúrák után ugyanis gyakran acetonuria és néha diaceturia jelentkezik és ha ilyenkor a natrium salicylicumot még tovább adagoljuk, valószínűleg a diabeteses comára emlékeztető jelenségek jelentkezhetnek *Kussmaul*-féle nagy légzéses dyspnoeával, általános rosszulléttel, fejfájással, hányással stb. és a kilégtett levegőben igen jól érezhető acetonszaggal. Épen ezért a prophylaxis szempontjából az angol orvosok a natrium salicylicumot mindig alkaliákkal együtt adagolják.

Érdekes kezelésmódja a polyarthritisnek a hólyaghúzó-tapaszk alkalmazása váltogatva a fájdalmas izületekre. Állítólag hólyaghúzó-tapaszkoknak praecordialisan a szív tájára való alkalmazásával gyakran kezdődő endocardialis complicatiók coupirozhatók. Egészen gyenge, finom endocardialis zörejek, a melyek néha polyarthritis kapcsán jelentkeznek, ilyen eljárással gyakran visszafejlődésre birhatók. Angliában általában rendkívül nagy a rheumás megbetegedések, illetve a polyarthritisek száma. Talán épen ez a körülmény járult hozzá a therapiának ilyen szélesebb körű kiterjesztésére.

Számos érdekes megfigyelést volt alkalmam gyűjteni az idegbetegségek therapiája terén is, különösen *Stewart*-nak,

egy fiatal, igen kiváló angol neurologusnak a *Hospital for epilepsy, paralysis and other diseases of the nervous system* kórházának ambulatoriumában. Gyakorlati szempontból talán legfontosabb az az intézkedése, a melyet tabes betegeknek rendel. Kicsinyesnek látszik, de tulajdonképpen rendkívül nagy horderejű dolog, mert a tabes leggyakoribb, letalis kimenetelű complicatiójának a prophylaxisát jelenti. *Stewart* minden egyes tabes betegének szigorúan elrendeli, akár vannak hólyagzavarai akár nincsenek, hogy hólyagját 2—3 óránként ürítse ki. Ezzel a csekélynek látszó rendszabályllyal eddig minden egyes esetében sikerült a cystitiseket és vele együtt az olyannyira súlyos pyelonephritiseket kikerülnie. Érdekes egy másik therapeutikai intézkedése, az *urotropinnak* adagolása sclerosis polyinsularis eseteiben. Ez ugyanis *formaldehyd* alakjában választatik ki a szervezetben, mint ilyen jut be a liquor cerebrosplanialisba és ott, úgy látszik, valamiféle gátló hatást fejt ki a központi idegrendszerre ható ismeretlen kórokozó fertőző noxára. Ugyane szempontból egyébként ajánlja az urotropint más fertőző bajok therapiájában is. Igen jó eredménnyel használja tabes eseteiben az *enesol*-injecciókat, azonban egyáltalán nem mint antisiphiliticumot, hanem sajátos módon mint fájdalomcsillapító szert. Tapasztalatai szerint a tabeses heves fájdalmak enesol-injecciókkal igen prompt módon megszüntethetők.

Rendkívül kiterjedten alkalmazza *trigeminus-neuralgia* eseteiben az alkohol- $\beta$ -eucain-injecciókat. Még pedig, mint akár a legközönségesebb beavatkozást, ambulanter vagy pedig a délutáni betegvisitnél a betegágy mellett végzi rendkívül ügyes technikával a befecskendéseket. Magam is meggyőződtem arról a bámulatos hatásról, a melylyel néha az évek óta fennálló és a beteg életét valósággal tűrhetlenné tevő heves rohamokat egy, esetleg két ambulans módon alkalmazott befecskendéssel meg tudta szüntetni. Káros következményeket nem tapasztalt, csak néha, a trigeminus első ágára is kiterjedő neuralgiáknál az orbitába alkalmazott injecciók után támad rendkívül súlyos chemosis, a mely azonban rendszerint rövid idő alatt szintén lezajlik. Az alkohol-injeccióknak egy másik alkalmazásmódját láttam tőle *hemispasmus facialis* esetén, a midőn a foramen stylomastoideumba történt befecskendéssel és mesterségesen előidézett kistökű facialis-hűdéssel a betegre szintén rendkívül kínzó spasmusokat szüntette meg.

Ugyancsak ő figyelmeztetett megfelelő esetek kapcsán néhány érdekes neurologiai tapasztalatra. Így a *bulbocavernosus reflex* fontosságára, a mely által a harmadik sacralis segmentumról nyerünk felvilágosítást. Közvetlen a scrotum mögött, a perineumra helyezett tapintó ujj a glans penisnek tüvel vagy bármi módon történő izgatása alkalmával a musculus cavernosusnak igen erőlyes összehúzódását tapinthatja. A harmadik sacralis szelvény laesiói alkalmával e reflex kimarad.

Érdekes az *autoerotismus trias*, a masturbatióra, onaniára utaló hármasság: erős palpitió, e mellett gyenge, kicsiny pulsus és tág pupilla. Nagy fontosságot tulajdonít a *Rosenbach-féle jelnek*, a has-reflex kimaradásának sclerosis polyinsularisban, a *Birnacke-jelnek*, az ulnaris-analgesianak és az *Abadie-jelnek*, az Achilles-in analgesianak tabes dorsalisban.

Érdekes megfigyelése, hogy a functionalis neurosisos jelenségek, ha egy oldalon jelennek meg, sajátos módon az esetek legnagyobb számában először a bal oldalon mutatkoznak; ha kétoldali, akkor rendszerint a bal oldalon intenzívebb az elváltozás. Viszont, ha a beteg balkezes, az első elváltozások a jobb oldalon mutatkoznak. De egyes organikus megbetegedésekben is rendszerint a bal oldal van először és erősebb mértékben megtámadva. Így paralysis agitans esetén a remegés rendszerint először a bal oldalon jelentkezik, a torticollisok legnagyobb része baloldali stb.

A fentebbiekben *Mackenzie* szívpathológiájának főbb tételeit ismerttettem röviden; e helyütt az angol orvosoknak egy és más, a szívtherapiában alkalmazott gyakorlati eljárására óhajtanék reámutatni. Igen elterjedten alkalmazzák a szívbeteg kezelésében a *strychnint*. Sőt olyankor, a midőn

nagyobb fokú myocardialis elváltozások vannak jelen, némelyek a digitalispraeparatúkat nem is adják szívesen. Az az erőteljesebb szív működés, az a nagyobb vérnyomás ugyanis, a melyet a digitalis létrehoz, ilyen esetekben szerintük könnyen túllőhet a célon és olyan munkára készíti azt a gyöngye szívizmot, a melyet elviselni nem tud. Igen gyakran egyszerűen tinctura nucis vomicae alakjában rendelik a strychnint, esetleg infus. cascariillaevel, mint diureticummal. *Mackenzie* nagy előszeretettel használja a digitalis készítményei közül a tinctura digitalist, úgyszintén a tinctura strophantit. Meglepett az az óriási adag, a melyben ezeket a cardiacumokat alkalmazza. Az ő adagja több mint 4-szerese a mi dosisunknak. Nem hihető, hogy a tincturák készítésében, hatékonyságában volna oly nagy az eltérés, a mely magában jogosulttá tenné ezt a nagy különbséget. *Mackenzie* emelkedő adagban 3×30—35 cseppet rendel gyakran szívbetegének a tinctura digitalisból vagy a tinctura strophantiból. Igaz, hogy az angol orvosoknak nagy része nem híve ennek a talán drastikusnak látszó adagolásmódnak, de való az, hogy *Mackenzie* tapasztalatai eljárását teljesen jogosulttá teszik. Önkéntelenül eszembe ötlött, hogy mi milyen ritkán látunk igazán megbízható hatásokat, különösen a tinctura strophanti adagolása után. Vajjon nem-e a nálunk, valamint Európaszerte használatos 3×8—10 cseppes rendelés az oka ennek? *Mackenzie*, úgyszintén professor *Cushney*, az *University College* gyógyszerintézet tanára, a midőn tudakozódásukra ezt elmondottam nekik, mosolyogva jegyezték meg, hogy ez kis „czukros víz“-nél aligha ér többet.

A cardiacumokról szólva, meg kell emlékezni arról az eljárásról, a melyet *Willcox* osztályán láttam: oxygenben elnyeletett *absolut alkohol-gőzöknek a belélegeztetéséről*. Rendes levegőhőmérsék mellett az oxygen 45% alkohol-gőzt tud elnyelni és e keveréknek 1/2 óránként 5 perczig való belélegeztetése *Willcox* tapasztalatai szerint igen jó szívmotulans. Az alkoholgőzöket a tüdő elnyeli és viszi egyenesen a szívhez, a hol azután közvetlen hatást tud kifejteni. E mellett az a káros hatás, a mely az alkoholnak per os való bevitelkor a májra, vesére, idegrendszerre stb. be szokott következni, teljesen hiányzik. Sok esetben, a hol a pulsus kicsiny, szapora, a vérnyomás igen alacsony volt, 3—5 percnyi belélegeztetés után a pulsus már lassúbbá, e mellett erőteljesebbé, teltebbé vált, a vérnyomás 10—30 Hg mm.-rel emelkedett. Különösen jó hatásokat láttak tőle pneumoniás szívgyengeségben, angina pectoris rohamokban, myodegeneratiókban, collapsusokban, stb.

Az angol orvosok szívtherapiás eljárásai között még a *venaesection* is meg kell emlékezni. Különösen a jobb kamarának túltelődése mellett egy bőséges venaesection az ő gyakorlatuk és tapasztalataik szerint rendszerint igen jótékony hatással szokott lenni. Egyike szintén azon eljárásoknak, a melyeket mi itt a kontinensen ugyan ismerünk és teoriában appreciálunk, de a szívtherapiás gyakorlatban, úgy hiszem, sokkal kevésbé alkalmazzuk, semmint azt az eljárás megérdemelné.

A *tuberculosis therapiájában* rendkívül nagy súlyt helyeznek Londonban és általában egész Angliában a sanatoriumi kezelésre. Anglia tudvalevőleg arra a szomorú hírnévre vergődött, hogy első helyen áll Európában a tuberculosis mortalitas szempontjából. Talán ez az oka, hogy oly nagy számú és oly fényesen felszerelt sanatorium és sanatoriumi mintára berendezett tüdőbetegkórház áll rendelkezésükre. Londonban egyike a legkiválóbbaknak e szempontból a hampstead-i *Mount Vernon Hospital for Consumption*, igen híres a *northwoodi* sanatorium. Fényesen berendezett a *Wight-szigeten*, *Ventnorban*, a tenger partján épült *Consumption Hospital*, a melynek luxusa annyira nagy, hogy minden egyes betegnek külön tágas szoba áll rendelkezésre. A leghíresebbeknek egyike azonban a *Brompton-sanatorium* *Frimleyben*, a mely a progressív dolgoztatást vezette be igen szép sikerrel a tuberculosis therapiájába. Kiterjedten használják a specifikus *tuberculin*-kezelést is. A nézetek azonban erről igen eltérők. Az általános vélemény körülbelül egyezik azzal a meggyőző-

déssel, a mely nálunk is, a mi tapasztalataink alapján leszűrdött. A kezdeti stadiumban, igen óvatos progressiv adagolás mellett, az eredmény sokszor kedvező. Érdekes, hogy például a hampsteadi tüdő-tuberculosiskórházban a tuberculint *per os* adagolják és állítólag így is igen jó eredményeik vannak. Néha  $\frac{1}{100.000}$ — $\frac{1}{50.000}$  mgr.-nak per os való bevitel után is már kifejezett reakciókat látnak. Therapeutikai injectiókra a TR-t alkalmazzák, a TO-t csak diagnostikai célból adják. Egyes helyeken, főképpen a kórházi és nem a sanatoriumi kezelésben, divatos még a guajacol és hasonló praeparatumoknak *intratrachealis injectióval* közvetlen a légutakba való bevitel is.

Még csak egy szót óhajtanék szólni, minthogy az eljárás tudvalevőleg tőlünk, Budapestről indult ki, arról a *gerincz-szlopkopogtatási* methodusról, melyet Ewart a British Medical Association egyik júliusi ülésén bemutatott. Plessimere megfordított nyomtatott T betűnek felel meg (L), melynek alsó szélesebb lapját helyezi a csigolya tövisnyújtványára és a felső keskeny lapra kopogtat. Minden csigolyának megvan a maga hangqualitása, a mely fontos a betegség kórismezésében. A 2., 3., 4. háti csigolyát *trachealis csigolyának* nevezi; ezek resonans hangot adnak, a mely az alattuk fekvő légcső által van feltételezve. Az 5. csigolya felett, valamint körülötte, inkább a jobb, kevésbé a bal oldalra kiterjedőleg kis négyszögletes területen tompa hangot kapunk, a mely megfelel az *infratrachealis mirigyeknek*. A 9. háti csigolya, minthogy megette fekszik a *bal szívkamara*, mindig tompahangú, úgyszintén mindig tompulatot ad a 12. háti csigolya, a mely a *máj* felett és a 2. lumbalis csigolya, a mely a *pancreas* felett van elhelyezve. A hát bal oldalán körülírt területen a környezet kopogtatási hangjától eltérő, többé-kevésbé dobos hangot kapunk, a mely mint *gastric nucleus of resonance*, a *gyomor* kopogtatása által van feltételezve.

Nem akarom tovább halmazni itt szerzett tapasztalataimnak a felsorolását. Hisz a belorvostannak óriási terrénumban elképzelhető módon rendkívül sok alkalom kínálkozik arra, hogy egy ilyen nagy, a mai korszaknak első és legrégebbi kulturnemzete a maga nemzeti sajátosságait benne érvényre juttassa.

Nem volt célom — nem is lehetett egy uti levél keretén belül —, hogy híj képét adjam az angol orvosi viszonyoknak, csupán futólagosan válogattam össze egynehányat megfigyeléseimnek azon nagy számából, a melyet az angol belorvosi iskola megismerése céljából itt eltöltött idő alatt látni, tapasztalni alkalmam és szerencsém volt.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Lehrbuch der Augenheilkunde in der Form klinischer Besprechungen** von Paul Römer, o. ö. Professor der Augenheilkunde, Director der Universitäts-Augenlinik zu Greifswald. Mit 186 Textillustrationen und 13 farbigen Tafeln. (Verlag von Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1910.)

A mű szerzője a német fiatalabb szemésgárdának kétségtelenül egyik igen előkelő, alaposan képzett és felette termékeny tagja, ki nevét főleg serologiai munkáival szélesebb körben tette ismertté. Munkáinak tudományos súlyából csak keveset von le az, hogy mindig többet ígértek, mint a menyeyt a gyakorlat terén valóra váltottak.

Jelen munkájával tanítói minőségében mutatkozik be Römer és pedig olyan előnyös módon, hogy tanítványainak csak szerencsét kívánhatunk az ilyen mesterhez. Ha csupán egy részét teszik is magukévá, a mit mesterüktől hallanak és a miket előadásai kapcsán nekik bemutat, ha elsajátítják azokat a vizsgálati eljárásokat, apró kézfogásokat és ügyességeket, melyeket velük gyakoroltat, akkor csupa jól

képzett orvos kerül ki keze alól. És hogy miket mond el, miket mutat be, miket végeztet hallgatóival, azt a könyvből tudjuk meg, melyet előadásai nyomán, előadások alakjában írt meg első sorban hallgatói számára szépen és világosan.

A könyv kiváló használhatóságát a számos sikerült ábra növeli. Annál meglepőbb, hogy alig találunk műtétet ábrázoló képet, pedig éppen itt egy-egy jó ábra sokkal többet ér, mint a legjobb és legkimerítőbb leírás; mert hogy milyen a szemre kötött thermophor, a Fuchs-féle rács, vagy az óraüveges védőkötés, vagy hogyan kell az ecsetet calomel behintésekor fogni, vagy az üvegpálczikát a sárga kéneső-kenőcs bedörzsölésekor tartani, azt mégis csak könnyebben elképzelheti magának az olvasó, mint a metszések lefutását, a lebeny alakját, a varratok elhelyezését kanthoplastica, tarsoraphia, ektropium- és entropium-ellenes műtétek alkalmával stb.

Felöltő az ábrák megválasztásában még az is, hogy szemtükri képet sem színezt, sem színtelent egyet sem találunk, pedig közel 60 színes ábrája van a könyvnek, melynek érdekében szívesebben láttuk volna a degeneratio pigmentosa retinae, a retinitis albuminurica, a retinitis leukaemica, az atrophia nervi optici stb. színes szemtükri-, semmint azoknak színezett mikroskopi képét. Különben a degeneratio pigmentosa retinae, a retinitis albuminurica, az ideghártya-leválás stb. tipusos szemfenéki képének megörökítésére nincs is feltétlenül szükség a színes ábrára.

Előadásaiban és ezek szerint könyvében a szerző mindenekelőtt a *szem elülső részeinek vizsgáló* eljárásait ismerteti, majd a *kötőhártya, szaruhártya, iris, lencse és szemhéjak* betegségeit tárgyalja.

A bonczolástani sorrend szerinti tárgyalást itt a *szem sérüléseinek* ismertetése szakítja meg, majd folytatólag az *üvegtest, a sklera, a könnyuszervek* és a *szemgödör* betegségeit írja meg.

A következő két fejezet a *glaukomáról* és a *kancsal-ságról* szól. Külön fejezetet szentel a szerző a *pupilla tanáknak*, egy másodikat a *szem neurologiájának*. Az ezt követő három fejezet az *érhártya-, a látóideg* és az *ideghártya* betegségeiről és változásairól értekezik. Az utolsó fejezet a szem functionális vizsgálatáról és ezzel kapcsolatban a szem fénytörési és alkalmazkodási rendellenességeiről emlékszik meg.

A szem műtéteit nem tárgyalja külön, hanem egyes betegségek orvoslása rendjén foglalkozik velük. A műtéti therapia talán legmostohábban kezelt részlete a munkának, de ezt is csak viszonylagos értelemben lehet venni, mert azért az általában legjobban bevált műtétek világosan és jól érthetően vannak megírva.

Van azután a munkának egy és más fejezete, mely kissé túlságos részletesen van tárgyalva, van olyan, mely nagyobb odaadással látszik kidolgozottnak (az öregkori hályog pathogenesise, a bakteriologiai aetiologia, bakteriologia, serodiagnostika, serotherapie), mint a másik, de hiszen ez természetes és ez adja meg Römer könyvének egyéni jellegét. Meg kell azonban állapítani, hogy azért egy fejezet sem terjeszkedik a megengedett határon túl a másik rovására.

A szerzőnek az az aggodalma, hogy helyenként túlságosan népszerű módon ismerteti az orvosi tudomány egyes actualisabb kérdéseit, a mit könyve egyik gyenge oldalának gondol, nézetünk szerint felesleges, mert mi éppen úgy látjuk, hogy könyve kitűzött céljának megfelelőleg jól találta el a középútat.

Röviden: Römer könyve, melyet „Ehrlichnek, a lángelmű kutatónak” ajánl, minden tekintetben szép és jó munka, melynek elolvasására a szakember, főleg az orvosképzésre hivatott szakember bátran szentelhet időt, mert kétségtelenül sok hasznosat és értékeset merithet belőle. Hoor Károly dr.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A Basedow-kór prognózisáról ír Syllaba tanár (Prága). A beteget akkor tartja meggyógyultnak, ha 1. a tachycardia megszűnt, 2. az exophthalmus eltűnt vagy annyira vissza-

fejlődött, hogy már nem feltűnő, 3. a struma jelentékenyen kisebbedett, a pulsatio és érzőrej megszűnt, 4. reszketés nincs, 5. a testsúly tetemesen gyarapodott, 6. az ideges és secretorius jelenségek eltűntek, 7. az illető sem az orvosra, sem a környezetre nem teszi beteg benyomását, 8. subjective egészségesnek érzi magát, 9. a betegség előtti munkaképessége visszatért. A szerzőnek 51 esetet volt alkalmá években át megfigyelni. Közülük eddig 14 halt meg, még pedig 10 kizárólag a Basedow-kór folytán, a többi 4 nephritis, typhus, arteriosclerosis és paralysis progressiva következtében. Nagyjából változatlan maradt 10 betegnek az állapota, javult 10 és meggyógyult 17. A javult és gyógyult esetek százalékszámát tehát együttesen 52.9. Két eset kivételével valamennyi belorvosi kezelésben részesült. A két operált eset közül az egyikben két év múlva recidiva következett be, a másik pedig 5 hónappal a műtét után asystoliában pusztult el. Megkísérelték az antithyreoidint vagy Möbius-serumot, a rodagent, a natrium phosphoratumot, a chinint, a bromkészítményeket és a cardiacumokat; használták a n. sympathicus villamozását, a hydrotherapiát, a magaslati kúrát, az ágyynyugalmat, a massage-t stb. Egyszer az egyik szer használt, máskor a másik, néha meg egyik sem. Az az egy bizonyos, hogy a jodot lehetőleg kerülni kell. A sebészeti gyógyítás statisztikája kedvezőbb; tekintetbe veendő azonban a műtét veszélyessége s hogy nagyon sok operált esetben a megfigyelés ideje rövid. Annak megállapítására, hogy a sebészeti avagy a belorvostani kezelés részesítendő-e előnyben Basedow-kór eseteiben, az eddigi statisztikai adatok nem kielégítőek. (Therapie der Gegenwart, 1910. 11. füzet.)

**Az adrenalin használatáról fertőző betegségekben** ír *Kirdheim*, a kölni orvosi akadémia belklinikájának segéde. Az adrenalin fertőző betegségekben beálló szívgyengeség ellen ma már sokan használják, azon az alapon, hogy fertőzésekben és mérgezésekben nagyon sokszor megkárosodott a mellékvesék működése s ennek következtében a mellékvesék secretuma hiányos mennyiségben kering a szervezetben, a minek a vérkeringésre káros befolyása van. Szervi szívbajokban ellenben a mellékvesék többnyire normalisan működve, az adrenalin használata bajt okozhat. A szerző főleg arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy az adrenalin (részint a *Parke Davis*-féle adrenalin Takamine-t, részint a höchsti gyár synthetikus suprarenin-készítményét használta 1 : 1000 oldatban) jól megválasztott esetekben subcutan adva teljesen veszélytelen szer még nagyon nagy adagokban is. Rendszerint  $\frac{1}{2}$ —1 cm<sup>3</sup>-t ( $\frac{1}{2}$ —1 milligrammot) adott 1—2 óránként, súlyos esetekben egyszerre 2—3 cm<sup>3</sup>-t is. Ilyen módon nagyon gyakran használt el 60—80 milligrammot a betegség lefolyásában, sőt kivételesen olyan esetei is voltak, a melyekben 300—400 milligrammot tett ki az elhasznált adrenalin mennyisége. Azokat a kellemetlen melléktüneteket, a melyeket adrenalin intravenás használata után sokan leírtak, sohasem észlelte. A vérnyomás hirtelen és jelentékenyen sohasem emelkedett. Glykosuriát a vizsgált esetekben nem talált, a mi ellentétben áll *Eckert* állításával, a ki szerint adrenalinrel kezelt diphtheriás betegekben szinte szabály volt a glykosuria. A halálosan végződött esetekben az ereken a legbehatóbb vizsgálattal sem lehetett olyasféle elváltozásokat látni, a melyek az állatokon adrenalinrel kísérletileg létesített arteriosclerosisra hasonlítottak volna. Végül még megjegyzi a szerző, hogy többször az volt a benyomása, hogy idején használt néhány adrenalin-injectióval sikerült megakadályoznia a fenyegető collapsust. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 51. szám.)

### Sebészet.

**Epés exsudatummal járó peritonitist az epeutak átfúródása nélkül** látott *Clairmont* és *Haberer*. Az icterusos beteg hasüregéből műtét alkalmával 7 liternél több erősen epés folyadék ömlött, de sem a műtét alatt, sem a leggondosabban eszközölt bonczolásakor perforationnak semmi nyoma.

A betegnek különben choledochuskövei voltak. 4 kutyakísérlés alkalmával is tapasztaltak hasonlót, t. i. hogy choledochuslektés után bőséges epés ömleny volt a hasürben, minden perforatio nélkül; úgy látszik tehát, hogy a sértetlen epetractus falain is átszűrődhetik epe. Ezen állatok különben annyiban is sajtászerűen viselkedtek, hogy a choledochuslektés után egyideig jó közérzetet mutattak, az egyetlen kóros tünet a háskörfogat növekedése volt s aztán hirtelen pusztultak el (ezt észlelték betegükön is, ki 10 nappal a műtét után egészen rapide collabált); az icterus főleg csak a hasfalán volt kifejezve s egyebütt a bőrön és nyálkahártyákon egészen csekély volt, vagy épen hiányzott. (Mitth. aus den Grenzger. der Med. u. Chir. XXII. 1.) P.

**Az appendicitis tuberculosa klinikus jeleiről** ír *Lejars*. Vannak appendix- és evvel együtt járó vakbél-tuberculosisok, melyek usque ad finem teljesen symptomák nélkül állanak fenn, vagy különösebb előző tünetek nélkül iliacalis hideg tályog vagy fistulák képződésére vezetnek; ezekkel szemben állnak azok, melyek az acut vagy chronikus appendicitis tüneteivel járnak. Számos érdekes eset leírásával fűszerezett közleményében *Lejars* főleg ezen utóbbi kórformákkal foglalkozik. Acut tünetekkel járó appendicitis képét keltheti egy valódi appendicitis tuberculosa peritonitises góczban, appendicularis tuberculosis peritonitis nélkül vagy tuberculosis peritonitissal, sőt maga egy hevenyen megjelenő peritonitis tuberculosa minden különösebb appendix-megbetegedés nélkül is; ha ezek hirtelen támadnak vehemens tünetekkel, melyek rögtön operatiót tesznek javaltá, a műtét előtti diagnosis egyáltalán lehetetlen, de a műtét csak hasznot hozhat, még az acut peritonitis tuberculosa is a hasür megnyitása kedvezően befolyásolhatja. Ha a roham visszafejlődése után a has puffadsága marad vissza, ascites keletkezik, ez a gyanút tuberculosisra fogja terelni. Chronikus appendicitis eseteiben az egyén tuberculosa külseje, egyéb gümös góczok jelenléte, az appendicularis tumor formája és ascites jelenléte igazít útba; de nem szabad felednünk, hogy gümöskoros individuumok szenvedhetnek banalis appendicitisben és teljesen egészségeseknek látszókon tuberculosis lehet az appendix. Mivel ennek a további prognosisra befolyása van, a kiirtott appendixet mindig gondosan meg kell vizsgálni. (Semaine médicale, 1910. nov. 9.) P.

### Szülészet és nőorvostan.

**Az eklampsia kezeléséről Stroganoff szerint** ír *Roth* (Dresden). *Stroganoff* kezelésének főlényege: morphium és chloralhydrat adagolása, továbbá az eklampsiának minden zajtól, mozdulástól és lehetőleg a világosságtól való óvása. 31 esetről referál *Roth*; ezek közül 23 sub partu, 3 in graviditate és 5 in puerperio folyt le. Halálesete 1 volt; 28 magzat közül (melyeknek anyja a szülés előtt vagy alatt kapott eklampsiát) 23 maradt életben. A módszer különösen jól bevált terhességi eklampsia esetén. Az eljárás nagyon előnyös a magánygyakorlatban; persze előfordul, hogy ez az eljárás nem vezet célhoz és a gyors, sebészeti eljárásra szorulunk. (Archiv f. Gynäk., 91. kötet, 2. füzet.) Scherer.

**A köliotomia kivitele módjáról** értekezik *Harte* és *Hofmeier*. *Hofmeier* klinikáján rendszeresen a hosszmetasztést végzik és több év után felülvizsgált eredményeiről számol be, ennek kapcsán a *Pfannenstiel*-féle „Fascienquerschnitt“ sokat hangoztatott előnyeivel szemben a hosszmetasztés védelmére kelvén. Általában a *Pfannenstiel*-metasztés következő előnyeit szokták felhozni: 1. Kosmetikai szempontból tökéletesebb az eredmény. 2. A hasüreg állítólag jobban védett az infectiótól, kisebb a mortalitas. 3. Sok operateur, a ki a korán felkeltés híve, ezt csakis a *Pfannenstiel* szerint végzett hasmetasztés után tartja megengedhetőnek. 4. Ritkább az évek multán jelentkező hasfali hernia. Ezekkel az úgynevezett előnyökkel szemben *Hofmeier* a következő megjegyzéseket teszi: 1. Az asszonyra nézve, hacsak nem hastánczosnő az illető, vagy nem akarja magát esetleg később ilyesmire adni, teljesen

közömbös lehet, hogy a keskeny fehér hasmetszéses heg hol van. De hát a kozmetikai szempont még elfogadható volna, ha a Pfannenstiel-metszés mindig a szeméremszőrzet területébe esnék, mivel később a szőrzet a heget teljesen elfödi. De már a csak kissé kövérebb asszonyon is ezt a tájékat nehezebb pontosan csíramentessé tenni és a symphysis közléte kevés betekintést enged a műtét területéhez. Ha tehát többet akarunk látni, felfelé a fasciát szélesen le kell választanunk. A legtöbb műtő újabban a Pfannenstiel-metszést épen ezért majdnem egészen a symphysis és köldök közötti magasságban végzi. 2. Tagadja, hogy a hasüreg jobban volna védve az infectiótól, hiszen végeredményképp itt is hosszirányban nyitjuk meg és tárjuk fel a hasüreget, ép úgy, mint a hosszimetszésnél; tehát ennek semmi befolyása sem lehet a mortalitásra. 3. A korai felkeléssel saját tapasztalatai még nincsenek, mert annak szükségességét eddig egyáltalában nem tudta belátni. De valószínűnek tartja, hogy a hosszimetszéses beteg ép oly jól kiállja a felkelést (feltételezve a primaer sebgyógyulást), mint amaz. 4. Felülvizsgálatai szerint 329 (625) esetben 1.5% (illetőleg 0.8%) hasfali herniát talált, 2—5 év múlva revideálva a hasmetszéses betegeket. Ennél jobb eredményt a Pfannenstiel szerint végzett hasmetszések után sem láttak. Ezzel az utolsó argumentumnak az élet is elveszi Hofmeier, sőt felsorolja végül a Pfannenstiel-metszés hátrányait: a kétségkívül nehezebb technikát, a complicáltabb sebzést, az esetleg szükséges drainezés nehézségét, arra való esetben a seb tetszés szerint való meghosszabbításának lehetetlen voltát.

A jó eredmény elérésére nem annyira a metszés iránya, mint inkább az ejtett sebzés és különösen a fasciák primaer begyógyulása bir befolyással. Technikájában az etage szerint való bevarrását a hassebnak tartja legjobbnak, még pedig catguttal. Alkalmazza az úgynevezett „Entspannungs“- vagy „Sicherungs-Naht“-ot is a jobban feszülő hasfalakon. Megjegyzi azonban, hogy mióta jodcatguttal varr, azóta a biztosító varratokat sokszor kövérebb asszonyokon is elhagyja, mivel a jodcatgut jobban és állandóbban összetartja a sebet; eddig ez az eljárás bevált. Cikkét így fejezi be: Az a fanatizmus, a melylyel ma sok műtő a Pfannenstiel-féle eljárásnak pártját fogja, ép úgy el fog mulni, a mint hogy elmúlt a rajongás a vaginalis császármetszésért. Most már ezek a rajongók visszakozót fújnak. És nem tart sokáig, hogy a gyermekágyasok és friss operáltak fölkeltésének fanatizmusa is a sok más, elfeledett, modern divatújdomság sorsára kerül. (Zeitschrift f. Gyn., 67. kötet, 2. füzet.) Scherer.

### Gyermekorvostan.

**A vesék és húgyutak csecsemőkori megbetegedéseiről** értekezik M. Thiemich. A megfelelő irodalom rövid összefoglalása után számos észlelt esete közül 7-nek részletesebb körtörténetével illusztrálja értekezését. Feltűnt neki, hogy súlyos klinikai tünetek lefolyása után a bonczoláskor a húgyutak részéről semmi elváltozást sem talált, így sem makroszkopi, sem mikroszkopi vizsgálattal a mucosa és submucosa elváltozást nem mutatott, s nem tapasztalta a hólyag, az ureterek és a vesemedence kítágulását sem. A húgyutak negatív leletével szemben kiemeli a veselváltozások gyakoriságát és súlyosságát. A legtöbb esetben ugyanis a vese kéregállományában tömegesen voltak kisebb-nagyobb genyócok, melyek sokszor a vese tokján keresztül sárgálottak. Egyes esetekben e mellett kiskokú interstitialis beszűrődések vagy kötőszövet-szaporodások voltak láthatók, a kötőszövetrészek közt levő parenchyma elfajulásával, a mit a szerző a gyógyulási hajlam jelének tekint. A bonczolt esetek tapasztalatait összevetve szükségesnek tartja, hogy klinikailag különbséget tegyenek a pyelocystitis s a pyelonephritis közt. Az első a kevésbé veszélyes betegség, melyben a vesemedence nyálkahártyájának duzzanata a vizelet lefolyásának csak kiskokú akadályát alkothatja. A pyelonephritis ellenben sokkal rosszabb kórjólátú megbetegedés, annál is inkább, mert a vese fertőzése, akár haematogen, akár ascendáló módon történt, rendszeren

súlyosan beteg, csökkent ellentálló képességű gyermekekén támad. A haj keletkezéséről illetőleg a legtöbb esetben a haematogen fertőzés mellett tör lándzsát a szerző az ascendáló fertőzéssel szemben.

A therapiát illetőleg a húgyutak bő átöblítésére és antisepticumok (salol, urotropin) adagolására szorítkozunk, bár Lenhartz ezeknek hosszú ideig tartó állandó adagolása dacára is tudott a vizeletben kimutatni fejlődésre képes körököt mikroorganizmusokat. A rosszabb kórjólátú pyelonephritisben még kevesebbet érünk el ez eljárásokkal, a mi érhető is, mert a vizeletáram alig vagy egyáltalán nem mossa ki az interstitialis beszűrődéseket vagy tályogocskákat. Másfelől a sebészeti beavatkozásnak sincs nagy tere itt, egyrészt azért, mert e tályogocskák csak kivételesen folynak össze nagyobb tályoggá, másrészt, mert spontán is gyógyulhatnak felszívódás és a kötőszövet következményes szaporodása után; e mellett eltekintünk még a diagnosis felállításának nehézségeitől is. Feladatunk ilyen esetekben csupán az alapbántalom kezelése lesz. E megbetegedések pathogenesisét illetőleg a vizeletnek és húgyszerveknek bacteriologiai vizsgálatát további tanulmány tárgyává teszi a szerző. (Jahrbuch für Kinderheilkunde XXII. k. 243. l.)

Koós dr.

**Gümőkóros gyermekeknek nagy tuberculin-adagokkal való kezeléséről** értekezik számos eset kapcsán Fuchs A., a wieni cs. kir. Ferencz József-kórház segédorvosa.

A Schlossman-klinikán végzett kísérletek (Engel és Bauer) jó eredményei indították a szerzőt arra, hogy e módszerrel megpróbálkozzék nagy beteganyagán. A módszer maga abban áll, hogy lehetőleg kis adag tuberculinnal kezdve az oltásokat, rendszeren 1 cm<sup>3</sup> 1:10.000 oldattal, fokozatosan emelik az adag nagyságát 1 gr.-ig, sőt tovább is haladnak; megjegyezve, hogy 1—1 adag injectióját addig ismétlik, míg a szervezet hőemelkedéssel járó reakciója elmarad. Míg az immunizálás e fokára jutottak, rendszeren 2 hónapig is eltartott. Fuchs úgy a sebészet körébe tartozó gümőkór, mint tüdőgümőkór eseteiben nagyszámú kísérletet végzett s végeredményképpen Schlossmannal ellentétben azt találta, hogy a sebészeti gümőkórban a kezelés alatt a folyamat nemhogy javult volna, de sok esetben progrediált, tüdőgümőkórban pedig egyáltalán nem látszott a folyamat befolyásoltnak a kezelés által.

Érdekes és esetleg diagnostikai jelentőséggel bir a tuberculin localis injectionál (midőn a sebészeti gümőkórban a tuberculint a megbetegedett rész közelébe injiciálták) azon anaphylaxiás jelenség, mely az injectio után 24 órára a beteg végtagon nagy szabályossággal jelent meg egy sajátos oedemás, itt-ott bullosus nagykiterjedésű bőrreactio alakjában. (Jahrbuch f. Kinderheilk., 1910. Heft 5.)

Koós dr.

### Venereás betegségek.

**„Pro és contra salvarsan“ czímen ismerteti újabb nézeteit a 606-os kezelésről P. Ehrlich.** Ehrlich 60.000 adagot engedett át kísérletezés céljából, mielőtt a höchsti gyár forgalomba bocsátotta a salvarsant. Véleménye szerint a salvarsan toxicitása elenyészően csekély, de csak akkor, ha kizárjuk a kezeléssel azokat a betegségeket, a melyeket Ehrlich már eleve fölsorolt (szív- és érrendszerbeli bajok, különösen pedig aortitis syphilitica, az arteria coronaria sklerosisa + myodegeneratio cordis, továbbá súlyos idegbajok, elsősorban előrehaladott paralysis). Utóbbi időben sokat irnak a szerzők a salvarsannak neurotoxisos tulajdonságairól. Ehrlich ma is azt hiszi, hogy teljesen fönnáll az a régebbi véleménye, hogy a szernek semmiféle közelebbi viszonya sincsen az idegrendszerhez. Hivatkozik neves szemorvosokra, a kik neuritis optica és retinitis specifica esetében is csak hasznot láttak tőle. A Finger-féle atrophia nervi optici-esetben pedig a beteg előzetesen hosszabb arsacetines kezelést kapott, a melyről ismeretes, hogy amaurosisra vezethet. A Buschke-féle peroneus-bénulásos eset, mely az arsenobenzolos injectio nyomán fejlődött ki, a szerző véle-

ménye szerint alighanem traumás eredésű. Valószínűnek látszik ez azért is, mert *Rille* kétoldali peroneusbénulást észlelt olyan betegen, a ki mindkétoldalt kapott egy-egy intraglutealis injectiót. A prágai eseteket (hólyagbénulás, reflexhiány, végbéltenesmus stb.) abból magyarázza, hogy a szerben véletlenül oxydatiós folyamat keletkezett. Ilyen oxydatiós termék a p-oxymetamidophenylarsenoxyd, a melyet *Hata* fölötté mérgező vegyületnek ismert föl. Az arsenobenzolos kezelés nyomán olykor jelentkező functionalis idegzavarokat *Ehrlich* nagyrészt a *Herxheimer*-féle reactio analogonjaként fogja föl. Ilyen esetek szerinte különösen az *Urbantschitsch*-félék, a melyekben a nervus vestibularis hevenyész bénulásos állapota állott be. Másfelől azonban ismeretes egyéb zavar is az acusticus, opticus és facialis területén, a melyet *Ehrlich* egyszerűen neurorecidivának minősít. Ezek a syphilitis neurorecidivák abból származnának, hogy az egyes fejidegekben a sterilisatio nem állott be tökéletesen s így a spirochaeták ezeken a helyeken megmaradtak. Hasonló tünetek beállhatnak a syphilis korai szakában kéneső nyomán is, bár kétségkívül ritkábban. Érthetetlennek látszik azonban, hogy *Ehrlich* ezeket azt állítja, hogy „ezek az (ideg)-tünetek egyedül csak az igen előhaladott, jóformán absolut sterilisatióknak a tünetei, mely az erősebben ható salvarsan nyomán gyakrabban áll be, mint a huzamosabb kúrára alkalmazott és a spirochaetákat gyöngébben öló kénesős készítmények után“. *Ehrlich* különösen az intravenás injectiók híve, de nem ellenzi a bőralatti vagy az intramuscularis injectiókat sem, csak arra figyelmeztet, hogy jobb a szükséges adagot nem egyetlen injectióval egy depót alakjában a szervezetben elhelyezni, hanem több helyen, kisebb adagokra szétosztva. A fölszívódási viszonyok ily módon jobbak lesznek, a helybeli zavarok pedig kisebbek. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1911. 1. szám.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A különböző műtétmódok javalatai prostatahypertrophia eseteiben.** *Bensa* szerint a transvesicalis prostatectomia hívei napról-napra szaporodnak, bár ezen műtét után még mindig aránylag túlnagy a mortalitas (10—15%). Ezen okból bizony sok esetben akár a hypertrophia alakja, akár a beteg közérzete más, esetleg sokkal kevésbé mélyreható s így kevésbé veszélyes műtét foganatosítását fogja követelni. A különböző műtétek javalatai *Bensa* szerint a következők: A prostatectomia transvesicalis totalis csak aránylag fiatal, még jó erőben levő s alig fertőzött egyéneknek az oldalsó lebenyek fibro-adenomás hypertrophiaja esetében lesz helyén való. Olyan betegeken, kik acut hólyagfertőzésben szenvednek, ezt a műtétet két részletben kell elvégezni. A prostatectomia transvesicalis partialis a középlebeny nyelés hypertrophiaja esetében javalt. A perinealis műtét akkor legcélszerűbb, ha elgenyedt vagy mélyen ülő (intraurethralis) túltengéssel van dolgunk. Ilyen esetekben azért előnyösebb a több a drainezése. Valamennyi műtét közül azonban még mindig a *Bottini*-féle eljárás eredményei a legkedvezőbbek. Ez utóbbi feltétlenül ajánlatos az oldalsó, alig enucleálható lebenyek puha hypertrophiaja, vagy a középlebeny barricadszerű túltengése, vagy pedig hólyagnyak-stenosis esetében; továbbá olyan betegeken, kik a gyökeres műtetre rá nem bírhatók, vagy a kiken ez utóbbi akár rossz közérzetű, akár a várható veszélyes complicatiók miatt meg sem kísérelhető. Nagyon jó eredményeket ad továbbá a transvesicalis *Bottini*-műtét is, a mikor a pörkölést a magas hólyagmetszés sebén keresztül visszük véghez; erre legalkalmasabbak a nagyon puha s könnyen vérző hypertrophia és főképpen azok a betegek, kik chronikus hólyagfertőzés következtében rosszabb közérzettel bírnak. A sectio alta egymagában olyan egyéneknek foganatosítandó, kik prostatahypertrophia mellett túlfeszített hólyaggal bírnak s a kiknek egész húgyrendszerük már fertőzve van. (Annales des maladies des organ. génito-urinaires, 1910. 12. füzet.)

Drucker Viktor dr.

### Orthopaedia.

**Heterolog izületátültetés** esetét közli *K. Biesalski* (Berlin). Oly gyermekek végezte a műtétet, a kinek lefolyt osteomyelitis következtében egyik vállizületén és mindkét csípőizületén csontos ankylosisa volt. A csípőizület teljesen elpusztult s egyetlen nagy csonttömeggé alakult át, úgy, hogy az izület újraképzéséről szó sem lehetett. A műtét abból áll, hogy a czombcsont testét, ott a hol a csonttömegekből kilépett, átfűrészelték s az izület helyén levő csonttömegbe az izületi vápának megfelelő alakú kivájalatot vésték. Ugyanakkor másik gyermekbénulásból származó lityegő bokaizületű gyermekek segédje arthrodesist végezték s a sip- és és szárcapocscsont, valamint az ugrócsont porczborítékát, kevés szivacsos állománnyal együtt, eltávolította. *Biesalski* lábszárcsontok porczborítékát egy darabban, az acetabulum újonnan alkotott gödrébe, az ugrócsont porczborítékát pedig a czombcsont testének átfűrészelt végére illesztette s itt a véséskor levált csontszilánkokból készített csontszögekkel rögzítette. A hõseb sarkainak egyesítése után gipszkötést alkalmazott a végtagra olyképpen, hogy az új izületi felszínnek egymással ne érintkezzenek. Kezdetben egészen jó volt a végtag mozgékonyasága, nyolcz hét múlva azonban lassan merevvé vált az új izület a képződött callustömegek miatt, melyek azt teljesen körül-nőtték. (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orth. Chir. 1910. IX. Congress.)

Kopits dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Gyomorfekély** eseteiben *Denarié* a fekély hegesedésének előmozdítására a salolt adja, állítólag nagyon jó eredménnyel. A vérzéstől számított 4. napon kezdi meg a használatát olyan módon, hogy reggel 0.5 gramm salolt ad egy csésze tejben; utána 1/2 óráig a hátán fekvé marad a beteg. A salol használatát 30 napig folytatja a beteg. A kellő diéta kezelésre is nagy súly vetendő; kiemelendő, hogy a szerző a vérzés után csak körülbelül egy hónap múlva enged meg húst és kenyert. A gyomorfekély végleges gyógyulása hosszú időt vesz igénybe s azért czélszerű később is időnként használni a salolt: az első félévben havonként 10 napon át, később pedig kéthavonként. (Ref. La semaine médicale, 1910. 47. szám.)

**A kezdődő Pott-kór felismerésére** *Athanescu* az *Angulescu*-féle tünetet ajánlja. Minthogy a gerincoszlop gümös megbetegedése csaknem mindig a csigolyák elülső részén kezdődik, közvetlenül a longitudinalis szalag alatt: ezen tájék vizsgálása okvetlenül fájdalmat kell hogy kiváltson. A vizsgálat mesterségesen létesíthető azzal, hogy a beteget opisthotonusos helyzetbe hozzuk, vagyis úgy fektetjük, hogy csak a sarka és a feje éri az ágyat. Kezdődő Pott-kór esetén ilyenkor erős fájdalom támad a beteg helyen. (Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 37. szám, 1966. lap.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 2. szám. *Hainiss Géza*: A Finkelstein-Meyer-féle fehérje-tej therapiás hatása. *Hollaender Hugó*: Theosalin.

**Orvosok lapja**, 1911. 2. szám. *Kallós József*: Gyakorlati észrevételek a Wassermann-reactio végzésénél.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 2. szám. *Szabóky János*: Az Ehrlich-féle diazoreactio értékéről a tüdőgümőkór diagnózisában, prognózisában és specifikus therapiájában.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Pándy Kálmán* dr.-t a nagyszabeni állami elmeegyház-intézet igazgató-főorvosává, *Deutsch Jenő* dr.-t és *Bukó Sándor* dr.-t a székesfővárosi balparti kórházakhoz segédorvosá neveztek ki.

**Elfer Aladár** dr.-nak a kolozsvári egyetemen a belorvostani diagnosztikából magántanárként történt képesítését a közoktatásügyi minister megerősítette.

A budapesti orvosi kaszinó január 24.-én délután 1/2 7 órakor tartja évi közgyűlését. Utána este 9 órakor a Royal-szállóban Semmelweis-lakoma lesz, melyen *Pertik Ottó* tartja az ünnepi beszédet.

A budapesti egyetem II. számú klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum decemberben 109 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 99 volt.



**Csordás Elemér** dr. volt egyetemi tanársegéd mint a „Therapia“ sanatorium vezető orvosa gyakorlatát Cirkvenicán megkezdte.

**Meghalt.** **Huray István** dr., balatonfüredi fürdőorvos, királyi tanácsos, Zalamegye tiszteletbeli főorvosa január 11.-én 83 éves korában. — **Tarsóczy Imre** dr., nyugalmazott újbessenyői körorvos 60 éves korában. **Friedmann Károly** dr., győri gyakorló orvos, államvasuti orvosi tanácsadó, január hó 4.-én. — **Ghidu I. Szilárd** dr., 23 éves korában Karánsebesen. — **Steinitz Gábor** dr., bácsfeketehegyi orvos 45 éves korában decz. 24.-én. — **Fischer Ferencz** dr., Szilágymegye közpörházának igazgató-főorvosa 44 éves korában január 3.-án. — **Oblath Mór** dr., tiszteletbeli megyei főorvos Gálszécsen 82 éves korában. — **Ajkay Endre** dr., Sopronmegye nyugalmazott főorvosa 67 éves korában január 2.-án. — **G. Profeta** dr. a bőrkórtan rendes tanára a genuai egyetemen, ki különösen a nevével megjelölt törvény révén lett ismeretessé.

**Fürdőkezelvények.** Államhivatalnokok és családtagjaik részére Karlsbadban és Franzensbadban az alábbi kedvezményes helyek állanak rendelkezésre, a melyeknek betöltése a következő feltételekhez van kötve: **I. Karlsbadban,** dr. Erényi Jenő villájában egyelőre két éven át május hó 1.-től május hó 28.-ig egy kétágyas és egy egyágyas; május hó 29.-től június hó 25.-ig egy kétágyas; június hó 26.-tól július hó 23.-ig egy kétágyas; július hó 24.-től augusztus hó 20.-ig egy kétágyas és augusztus hó 21.-től szeptember hó 17.-ig egy kétágyas és egy egyágyas szoba áll rendelkezésre. A kedvezményt igénybe vevőnek a lakás, világítás, kiszolgálás és orvosi gyógykezelés fejében napi 2, azaz kettő koronát kell fizetni. **II. Franzensbadban** dr. Fisch Maurus villájában, míg nevezett orvos a „Dr. Fisch-villa“ tulajdonosa, első sorban az Ő Felsége személye körüli és a belügyministerium, másodsorban a többi m. kir. ministeriumok tisztviselői és ezek családtagjai részére, ilyen jelentkezők hiányában egyéb államhivatalnokok és családtagjaik részére a következő kedvezmények állanak rendelkezésre: évenként négyheteti időtartamra négy személy részére szabad lakás, ingyenes orvosi gyógykezelés, világítás és kiszolgálás. A mennyiben a kedvezményt igénybevevők a dr. Fisch-villában óhajtanak étkezni, reggeli, ebéd és vacsora fejében napi 4 (négy) koronát fizetnek. A kedvezmény igénybevehető május hó 1.-től szeptember 30.-ig, a legalkalmasabb idő azonban május hó 1.-től június hó 15.-ig és augusztus hó 15.-től szeptember hó 30.-ig, mert ebben az időben a fürdők is olcsóbban szolgáltatnak ki. A kedvezmény sziv, ideg- és női bajokban, valamint az anyagcsere zavaraiban szenvedők részére szól, luesben és tuberculososban szenvedők és ágyban fekvő betegek a kedvezményből ki vannak zárva. A kedvezmény igénybevételéért orvosi bizonyítvánnyal fölszerelt kérvényben idejekorán a belügyministerhez kell fordulni. (147.606/1910. B. M. sz.)

**William Pryor Letchworth.** Az elmebetegek, epilepsiások és az elhagyott gyermekek ügyének egyik legnagyobb érdemű munkása halt meg deczember 1.-én Glen Irisben, Portage (New-York állam) mellett. **W. P. Letchworth** 25 éves korától kezdve húsz éven át egy vasgár vezetéseben vett részt, 1869-ben visszavonult és azóta 88 éves koráig csak a közjónak élt. Előbb az elhagyott gyermekek sorsával foglalkozott. Mint New-York állam közjótékonsági bizottságának tagja, 1875-ben keresztülvitte, hogy minden 2—16 év közti elhagyott gyermeket nem mint eddig, szegényházakban, hanem nevelésükre képes családokban vagy asyllumokban helyezzenek el. Az ő tanulmányai és előterjesztése alapján hozta New-York állam a „Children Law“-t. (1876-ban New-York államban már 18.000 gyermek volt 136 különböző „reformatory institution“-ban elhelyezve.) 1876-tól kezdve **Letchworth** New-York közjótékonsági intézetének elnöke volt — most is, mint egész hivatalos szolgálata alatt, minden díjazás és ellenszolgálat nélkül. 1876-tól kezdve az elmebetegek ügyével foglalkozott. Beutazva Európa legnagyobb részét, sorra nézte az elmeegógyító helyeket s utazásáról egy ma is nagyértékű, második kiadást ért munkát adott ki („The Insane in Foreign Countries“). Az ő tiszta ítéletei és czélszerű javaslatai — melyeket ezen tanulmányában összegyűjtött — az amerikai elmeegógyító intézetekben igen sok jónak a forrása lettek. A nagyhirű Craig-colonia epilepsiások számára szintén nagyrészt az ő fáradozásainak eredménye. Munkásságáért New-York állam 1883-ban „Doctor of Laws“ czímmel tüntette ki. Élete utolsó éveit sokáig húzódo betegséggel, szép otthonában, Glen Irisben töltötte. Ezt az 1000 acres birtokot, melyre — hogy méltó ajándék legyen — fél millió dollárt költött, New-York államban ajándékozta. (A „Buffalo Commercial“ nyomán.)

**A VII. nemzetközi bőrkórtani és syphiligraphiai congressus** 1911 szeptember 25. — 29. én lesz Rómában. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. Milyen hatással voltak a syphilisre vonatkozó újabb aetiologiai, diagnostikai és kísérletes vizsgálatok a syphilis terapiájára, az immunisatio lehetőségére s a syphilis gyökeres vagy abortív kezelésére. 2. A physiotherapia eredményei a bőrbajok terén. 3. A blastomyiis és sporotrichosis s viszonyuk az analog folyamatokkal. A congressus főtitkára **Gaetano Ciarrocchi** dr., Róma, Piazza Grazioli 5., pénztárosa, a kinek a 25 lirányi tagsági díj beküldendő, **Luigi Silvestri** dr., Róma, Via della Pace 13.

**Kis hírek külföldről.** A hallei egyetem kórbonczolástani tanszékére **R. Beneke** marburgi tanárt nevezték ki. Rendkívüli tanári czímet kaptak a bajor egyetemek valamelyikén való működésük idejére: **K. Baisch** (nőorvos), **R. Hecker** (gyermekorvos), **J. Seemann** (élettan), **J. Trumpp** (gyermekorvos), **A. Notthafft** (bőrkórtan) doktorok Münchenben, **L. Hauck** (bőrkórtan), **E. Kreuter** (sebészet) és **W. Weichardt** (kísérleti kórtan) doktorok Erlangenben. — **Huchard** dr., a nemrég elhunyt jeles párizsi belorvos végrendeletében 100.000 frankot hagyott orvostanhallgatók segélyezésére szánt alapítványra.

Lapunk mai számához a Székely és Társa czég „Szabadalmazott lúdtalp fűző“ című prospektusa van mellékelve.

(p) **A Neulengbachi radiumgyár új radiumkészítményei.** A radium és a radioactiv anyagok felfedezése óta nyilvánvaló lett, hogy számos indifferens meleg gyógyforrás hatásos volta ezen források radiumemanatiós természetében leli magyarázatát. Természetes volt tehát a törekvés hasonló radiumemanatiós vizeket mesterséges úton készíteni. Csak hogy a teljes értékű mesterséges emanatiós vizek gyártásának útjában áll a radium rendkívüli ritkasága és ennek folytán roppant magas ára. Ezen bajon akar a neulengbachi gyár segíteni. Ezen gyár ugyanis oly eljárás birtokában van, melynek segítségével olcsóbb ércekből is lehet radiumkészítményeket nyerni. Eddig gyártott radium-készletéből a legnagyobb aktivitással bíró oly radiumpraeparatumokat tud készíteni, melyek pld. 800-szor akkora radioaktivitással bírnak, mint más hasonló forgalomban levők. Gyakorlati czélból a gasteini Grabenbäckerquelle aktivitását, mely 200 literben — egy rendes fürdőnek megfelelő mennyiség — 31.000 Mache-egységet tartalmaz, egységnek veszik. A négyzszeres Gastein-naljelzett készítmény tehát 124.000 Mache-egységet tartalmaz, a mi 800 liter Grabenbäckerquelle emanatiójának felel meg. Az ezen készítménnyel elért gyógyítási sikerek mindazon várakozásoknak megfelelnek, melyeket a radiumtherapiához általában fűzni lehet.

Minden erre vonatkozó értesítést a Radiumwerk Neulengbach központi irodájától Wien, IX., Günthergasse 1. meg lehet kapni. Ennek prospektusai, valamint a lapunk mai számában közzétett hirdetés minden tudnivalót tartalmaznak.

**Hydropyrin** vízben oldható acetylsalicilysav 93 $\frac{1}{4}$ % acetylsalicilysav-tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrázatokban és vizes oldatokban adható. Por- és tablettalakban kerül forgalomba.

A gyermekorvos-gyakorlat legnehezebb feladata a gyermek elválasztási időszakára esik. A **Phosphatine Falières** tápszerben oly készítményt bírnak, a mely méltán nevezhető a legjobbnak, mert jó íze miatt abszolút vegytiszta, s calciumphosphat-tartalmánál fogva mint csontképző is elsőrangúnak nevezhető.

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

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alatt (a Rökus-kórház közelében) van.

**Dr. Stein Adolf** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

**Ujtátrafüred Sanatorium**

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, allandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** Egész éven át nyitva.

**Tamássy Park-sanatoriuma**

Dunaharasztiiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérhajások, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István dr.**, igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

:: **San-Remo** ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czifrusz Dezső dr. kir. tanácsos.**

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriológiai (Wassermann-féle luesreactio) orvosi laboratoriuma.

**Gyermeksanatorium PORTORÉ**

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál dr.**, február 1.-ig Budapest, Koronaherczeg-utca 10. Prospektus.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (XVI—XIX. szakülés.) 44.1.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi  
szakosztálya.

(1910 október hó 15.-én tartott XVI. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Elnöki megnyitó** Tisztelt szakülés! Midőn szakülési munkálkodásunkat megkezdjük, nem vonhatjuk ki magunkat ama nyomasztó hangulat alól, mely a lefolyt munkaszünet alatt reánk nehezedett. Nagyon is sok az a veszteség, mely szakosztályunkat érte. A legjobb munkaerőben levő tagtársak elvesztését még a mienknél számban nagyobb testületek is megérik. Még mindannyian élénken emlékezünk *Udránszky László*, körünkből távozott tagtársunkra; az ő szeretetreméltó egyéniségének varázsára, mely ép úgy lebilincselte azt, a ki vele érintkezett, mint bámulatra ragadott mindenkit széleskörű tudása és nyelvezetének ama gördülékeny zamatossága, melylyel tudását körünkben történt felszólalásai alkalmával kifejezésre juttatta. Távozása ránk nézve nagy veszteség, és ha fájlaljuk is azt, úgy e fájdalom bizonyos fokig megnyugtató balzsamát megtalálja azon körülményben, hogy a veszteség csak minket ért, ő azonban tovább működhetik egy, az eddiginél nagyobb körben, hol működésében, bár csak közvetve, részt veszünk mi is, mivel munkálkodása bizonyára csak folytatólagos megnyilvánulása az itt vert gyökereken át felszívott tápláléknak. Egy akkora törzs ereiben, mint a minő a körünkből távozott tagtársunk, új talajba átültetve is, még hosszú időn át érvényre jutnak az előbbi talajból szívott nedvek, a mi gyümölcsöt terem, annak zamatja bizony sokban magán hordja még az előbbi életkor jellegét és legalább is közös eredetűnek mondható. Bizonyára találkozom a tisztelt szakülés véleményével, ha azt ajánlom, miszerint méltóztassék elhatározni, hogy távozása feletti fájdalomunkat és jövő munkaköréhez való legjobb kívánatainkat jegyzőkönyvünkben megörökítsük és e határozatról *Udránszky Lászlót* jegyzőkönyvi kivonat alakjában értesítsük.

Sokkal szomorúbb, sivárabb az a kép, mely bennünk keletkezik, ha két fiatal tagtársunknak, *Góth Lajos* és *Kanitz Henrik* magántanároknak korai, váratlan és mindnyájunkra megdöbbentő hatást gyakorolt elhunytáról kell megemlékezni. Nem nyújthat itt vigaszt a jövő, a mely előttünk homályos és amelybe való bepillantás az emberi elmének megtagadtatott. Tekintetünk ennél fogva csak a múltba hathat és ez annál szomorúbb és fájdalmasabb érzést kelthet, minél szebbnek és kecsegtetőbbnek ígérkezett a jövő. Lehet-e fájdalmasabb érzés, mint midőn azt látjuk, hogy nem csupán munkára termett, hanem a munkát bíró, a munka élvezetét és gyönyörét értékelni tudó két fiatal ember életpályája akkor török derékon ketté, midőn épen odajutottak, hogy e munkának gyümölcsét is leszedjék, nem csupán a maguk számára, hanem egyaránt a mi számunkra, a kik zsenge koruktól fogva támogattuk, fejlődni, izmosodni, mind érettebbé lenni láttuk; haszna lett volna az érett gyümölcsből a tudománynak, melynek bajnokaiá avattattak, nemkülönben a szenvedő emberiségnek, melynek szolgálatába szegődtek és melynek érdekében oly sikeresen működtek. Mindez a sirba szállott elhalálással, és mi nem tehetünk mást, mint hogy megnyugodva a sors kérlelhetetlen és érthetetlen végzésében, hűen, szeretettel megőrizzük korán elköltözött fiatal társaink emléket. A tisztelt szakülés hozzájárulását kérem ahhoz, hogy az elhunyt társainkhoz legközelebb álló hozzátartozókat a szakosztály őszinte részvételéről jegyzőkönyvi kivonat alakjában értesíthesse.

Ezekután van szerencsém *Buday* tagtársunkat bejelentett előadása megtartására felkérni.

II. **Buday Kálmán** előadása: „**A rákra vonatkozó statisztikai kutatások némely eredményéről.**” Ismerteti a párisi II. nemzetközi rák-conferentián tartott előadása nyomán a rákra vonatkozó statisztikai kutatások jelen állását; szól a rák gyakoriságáról országok, nem és életkor szerint, a szervi statisztika jelentőségéről s végül a rákbetegségek állítólagos szaporodását tárgyalja a halálozási statisztika adatai alapján.

(XVII. szakülés 1910. október hó 22.-én.)

Elnök: **Davidá Leó.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Marschalkó Tamás** előadása: „**Ehrlich 606 és syphilis-gyógyítás.**” Lapunk egész terjedelemben közölte.

Hozzászólt: *Veress Ferencz* és *Jancsó Miklós.*

(1910 október hó 29.-én tartott XVIII. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**I. **Hevesi Imre** bemutatásai:

a) **Rachischizis operált esete.** A rachischizis lumbosacralis-szal született fiúgyermeket négy napos korában operálta ezelőtt 6 héttel. A gerinczhasadás helye születéskor be volt húzódva, azután pedig napról-napra jobban kiemelkedett. A műtét előtt kis almanagyságú, lapos, hólyagszerű, áttetsző kiemelkedést mutatott, melynek felszínén három övet lehetett megkülönböztetni: az *area medullovasculosa-t*, a *zona epithelio-serosa-t* és a *zona epidermica-t*.

A műtét indicatio vitalis okából történt, mert a tömlő falának ulceratioja és kirepedése folytán nagyon rövid időn belül halálos kimenetelű meningitis állott volna be. Contra-indicatio nem volt. Műtét 1910 szept. 18.-án. A műtési terület csírátlantítása jodtincturával. Az *area medullovasculosáról* egy vékony, már lepedékes hárttyát lehúzva, vérző felületet kapott. A *zona epithelioserosa* szomszédos felszínéről az epidermist epilatorral leszedegette, a többi a *zona dermatica* vékonyabb részeivel együtt kivágta. A liquorlefolys korlátozása végett a farvéget eleválta. A *zona medullovasculosát* a töle ventralis irányban szétágazó idegyökerekkel együtt a nyilt gerinczcsatornába fektette, két oldalról a durával együtt felkészített fascia lumbodorsalis-lebenyekkel fedte s ezeket csomós selyemömlésekkel összevarrta. A nagy anyaghiányt a hát ből felkészített és lefelé eltolt lebenyvel takarta be, melynek kétoldalt maradt tápláló hídja. Occlusiv kötés leukoplasttal. A sebgyógyulás zavartalan. A csecsemő alsó végtagjait minden irányban mozgatja, végbél- és hólyagfunctioja rendes.

b) **Gerinczvelőszúrás okozta spasmusos paraplegiának Foerster-téle műtéttel gyógyított esete.** A 28 éves erőteljes férfibeteget öt hónappal a fölvétele előtt hátfeszűrték. Azóta alsó végtagjai bénává lettek. Felvétel 1910 márcz. 15. Alsó végtagjain a hyperreflexia tünetei, melyek a bal oldalon sokkal csekélyebb mértékben voltak meg, mint a jobb oldalon. Itt a patellaris reflex maximalisan fokozódott, a lábclonus igen könnyen kiváltható, positiv *Babinski-* és *Oppenheim-tünet*, az izmok merevek, csípőben nyújtott és közelített, térdben nyújtott, bokában equinus contractura; izolált önkéntes mozgásokat nem tudott végezni. Ha czombját be akarta hajlítani, a mozgás nehezen indult meg s akkor egyszerre oly gyorsan rándult fel, mintha rúgó szabadulna el. Izületeinek állását nem tudta megítélni s ezért ataxiája volt. Járnai nem tudott, az ágyból csak kétfelől megtámasztva tudott felállani.

Sensibilitas-zavarok mindkét oldalon a köldök felett körülbelül 6 cm.-re eső határig.

1910. május 17. Rhizektomia posterior lumbosacralis. A beteg a műtét után két hónapra kezdett járni tanulni. Jelenleg mankóval kitarthatóan jár, rövid utat mankó nélkül is meg tud tenni. Ataxiája is sokat javult kitartó gyakorlás által. A hyperreflexia összes tünetei eltűntével önkéntes izolált mozgásokat minden irányban szabatosan végez. Sensibilitas-zavarai jelenleg kisebb területre szorítkoznak, a miben természetesen a beavatkozásnak nincs része.

## II. Genersich Gusztáv előadása: Az emlőn táplált csecsemők hiányos táplálásáról.

A magyar birodalomban a születések arányszáma rohamosan csökken. Míg 1000 lélekre számítva az 1881-től 1890-ig terjedő évtizedben átlag még 45 születés esett, addig az 1891—1895 közötti évek átlaga már csak 42,6, a következő 1896—1900-beli ötödévé 40,3, az 1901—1905 évi ötödévé pedig 37,9.

A statisztikai évkönyvek csak 5 évenként szerkesztenek összesítő kimutatásokat, ezért az 1905. éven inneni esztendőkről az átlagot még nem ismerhetjük. Az egyes évek születési arányszáma 1906-ban 36,2, 1907-ben 36,7, 1908-ban 36,8, 1909-ben 37,9, 1910-ben (az augusztusig feldolgozott adatok után az egész évre számítva) 34,5.

Ha ezekben az években a házasságon belül és házasságon kívül született gyermekeket számítjuk, azt találjuk, hogy 1000 lélekre született:

|                               |                      |                  |
|-------------------------------|----------------------|------------------|
| 1881—1890 között évente átlag | 680.442 h. belüli és | 60.108 h. kívüli |
| 1891—1895 " " "               | 694.689 " " "        | 65.032 " "       |
| 1895—1900 " " "               | 687.786 " " "        | 67.890 " "       |
| 1901—1905 " " "               | 679.798 " " "        | 70.828 " "       |
| 1906-ik esztendőben           | 674.855 " " "        | 73.205 " "       |

és az gyermekek.

Ezt 100-ra átszámítva, a házasságon belül született gyermekek arányszáma volt: 91,4, 91,0, 90,6, 90,2 (és 89,2), a házasságon kívülieké: 8,6, 9,0, 9,0, 9,4, 9,8 (és 10,8).

A házasságon kívül született gyermekek száma 25 év alatt 60.108-ról 70.828-ra emelkedett, a 8,6%-ból 9,8%-ra lett. A házasságon belüli születések száma ezzel szemben nem növekedett, sőt 600 minust mutat. A közellátásra szoruló csecsemők rohamos emelkedése miatt e szerint fogy épen azoknak a nőknek száma, kikhez mi a közellátásra szoruló csecsemőket eddig dajkaságba adtuk.

Sajnos, arról nincsenek statisztikai kimutatások, hogy a nők szoptatási készsége mennyire változott. A mi észlelésünk szerint ez tetemesen csökkent. A ki csak teheti, elhagyja a szoptatást. A kolozsvári menhely a legutóbb felvett 184 csecsemő közül 55-öt volt kénytelen anya nélkül felvenni. Ez 29%-nak, tehát az esetek közel egy harmadának felel meg.

A szoptatási készségnek vannak ugyan más socialis okai is, de való, hogy e készség csökkenése segítette növelni az országban a dajkahiányt. Eddig perhorreskáltuk azt, hogy egy asszony egyszerre 2 csecsemőt szoptasson és csecsemőinket oly nőkhöz adtuk, kik saját gyermeküket már el akarták választani. Újabbban az anya nélküli csecsemők aránytalan nagy száma az intézetben is már arra kényszerített, hogy egy-egy szoptató nőre 2, sőt 3 csecsemőt bizzunk. Némely kartársam, látva, hogy némely gyenge anyátlan csecsemő csak egy bizonyos nő emlőjén fejlődik, engedélyt kért a minisztériumtól arra, hogy az illető nőt mindkét gyermekkel külső gondozásba adhassa, nehogy az elért szoptatási eredmény a dajkaváltozás által ismét veszendőbe menjen. A minisztérium az erre való engedélyt nemcsak megadta, hanem ilyen nők jutalmazására havi 12 koronát engedélyezett, a tejtestvériség tehát most már hivatalosan meg van engedve.

A tejtestvériség Franciaországban régóta divatos rendszere a dajkaságba adott gyermekeknek. Emberi és orvosi szempontból az egyedül elfogadható dajkarendszer. De ez a rendszer másutt, hol az intelligencia kisebb, hol többnyire csak házasságon kívül született csecsemőket adnak dajkaságba, hol nem is fizetnek annyit egy-egy gyermekért, mint

Franciaországban, hol a kiadással a cél nem a gyermek életbentartása, hanem annak elpusztítása volt, *angyalcsinálássá* lett. A kiadott gyermek ugyan többnyire rosszindulatú és hiányos gondozás áldozata lett, de a dajkaságra vállalkozó nők sokszor nemcsak hogy nem akarták, *de nem is tudták, nem győzték mind a két gyermeket tejükkel táplálni, mert ahhoz nem volt elegendő tejük!*

Újabbban azonban oly intézetekben, melyek hozzáértő paediaterek vezetése alá kerültek és melyekben intelligens gyermekgondozónők nyertek alkalmazást tudakos bábaasszonyok helyett, azt tapasztalták, hogy a szoptató nők tejmenyiségét az emlőnek fokozottabb működtetése, bő táplálás, reábeszélés és kellő fizetés, illetve jutalomdíjak által lényegesen fokozni lehet. Az emlők fokozottabb működtetését az emlőknek a szoptatás után való kifejeése, a tejszívó által való kiürítése, de főként még egy másik, sőt harmadik gyermeknek az emlőre tevése által érték el.

Schlossmann 1904-ben 204 szoptató asszonyról számolt be, kik közül 138-nak volt legalább 800 gr. teje naponta, tehát annyi, a mennyi akármelyik életerős csecsemő részére elegendő. De volt az asszonyok közt 80, ki 1000 gr.-nál többet, 22, ki 1500 gr.-nál többet, 12, ki 2000 gr.-ot és 5, ki 3000 gr. tejet adott naponta.

Schlossmann, Budin és Finkelstein egyesített adatai szerint az elérhető tejmenyiség:

|  |                                     |                   |
|--|-------------------------------------|-------------------|
| 1 gyermek szoptatása mellett 6 hónap alatt | $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ hl. | (naponta 600 gr.) |
| 1 " " " 7 " "                              | $1\frac{1}{2}$ —2 " "               | 600 "             |
| 1 " " " 8 " "                              | 2— $2\frac{1}{2}$ " "               | 600 "             |
| 2 " " " 6 " "                              | $3\frac{1}{2}$ " "                  | 2000 "            |
| 2 " " " 12 " "                             | 8 " "                               | 2000 "            |
| 2 " " " 24 " "                             | 15 " "                              | 2000 "            |

A maximumot a nők a 3. negyedévben érték el.

Nálunk ilyen tejmenyiségek nem nyerhetők. Első sorban azért nem, mert asszonyainkban nincs meg arra a kellő készség és intelligencia, hogy emlőjük fokozott működtetését megengedjék. A másik ok, hogy mi intézeteinkben korántsem rendelkezünk oly anyagi eszközökkel, mint Schlossmannék. Nekünk nincs arra pénzünk, hogy koronákkal szerezzük meg a kellő jóakaratot ott, hol kellő belátása nincs az illető nőnek. Harmadik ok az, hogy csecsemőink többnyire vagy általában gyengébben, vagy betegség által elgyengülten kerülnek be a menhelybe és nem rendelkeznek azzal a szívóerővel, mely a rendes emlőn való szopáshoz szükséges és melylyel a szoptató nő tejelését fenn lehet tartani. Nem végeztem ebben az irányban direct manometriás vizsgálatokat, mert a szükséges szívási erő dolgában még eltérők a vélemények. Régi meghatározások szerint ez az erő 4 és 14 cm. víznyomásnak felel meg, Cramer 13—69 cm.-t állapít meg. De mikor gyermekeink szopását hallgatom, ritkán hallom azt, hogy az egy szívást nyomban nyelzőre követi, többnyire 5—6 szopómozgás kell. A negyedik ok egyike a fontosabbnak és a kevésbé méltányoltaknak. Vidékünkön az asszonyok emlőjéből nehezen fejhető a tej. Hogy a bimbó tövének megnyomásakor a tej 8—10 nyílásból messze fecskendez, többnyire csak a györgyfalvi asszonyokon tapasztalom. Az a körülmény, hogy az emlő nehezen engedi a tejet, nemcsak a csecsemő szopását nehezíti, de akadályozza a szopás utáni kifejeést és kiszívást és ezek révén az emlő tökéletes kiürítését. Ez az akadály annak, hogy beteg és egészséges csecsemőt nehezebben tudunk egy emlőből ellátni, mert egyiknek sem nyújthatjuk a tejet mesterséges úton. A nagyobb tejmenyiségek nyereségének legfőbb akadály az, hogy asszonyaink aránylagos *tejhiányban* szenvednek.

A csecsemők tejszükségletét a gyermek nagyságához kell mérni. Legcélszerűbb volna azt a test felületéhez viszonyítani. Ennek nehéz keresztülvihetősége arra kényszerít bennünket, hogy az anyatejszükségletet a testsúlyhoz arányosítsuk. Heubner testkilónként 100 caloriát követel, Czerny az első hetekben a testsúlynak  $\frac{1}{5}$  részét, az első negyedév második felében  $\frac{1}{6}$  részét, a második negyedév felében  $\frac{1}{7}$  részét és a félévén túl  $\frac{1}{8}$  részét számítja.

A kolozsvári m. kir. állami gyermekmenhelyben minden csecsemő által kiszopott tejmenntiséget lemérünk. A nagyszámú mérésből az az általános tapasztalásunk, hogy a kapott tejmenntiség az említett számoknál kevesebb. Mi a gyermekmenhelyben általában a hypalimentatio ellen küzdünk. Másfelől azt is látjuk, hogy a Czerny által megadott arányszámoknál kisebb tejmenntiség mellett is lehetséges tisztességes gyarapodás. 4 esetről számolok be. Az elsőben a gyermek  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{7}$  tejmenntiség mellett 4 hét alatt 800 gr.-ot gyarapodott. A másodikban  $\frac{1}{7}$  körül ingadozó és  $\frac{1}{8}$  alá süllyedő tejmenntiség mellett 3 hét alatt 600 gr. gyarapodás volt. A harmadikban  $\frac{1}{6}$  és  $\frac{1}{7}$  tejarány mellett a gyarapodás megszakításokkal vegyes, de eléggé tetemes és mikor a tejarány az  $\frac{1}{8}$ ,  $\frac{1}{9}$  felé süllyedt, a testsúly is mérsékeltebben emelkedett. A negyedik esetben a tejarány kedvezőbb volt, néha az  $\frac{1}{5}$ -ön is átcsapott, állandóbban az  $\frac{1}{6}$  körül ingadozott és néha az  $\frac{1}{7}$ -re is átment. A gyarapodás 4 hét alatt 600 gr. volt.

Ily tapasztalatok alapján igényeimet leszállítottam és tejbőnek jeleztem azt az asszonyt, kinek  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$  tejaránya volt. Az  $\frac{1}{7}$  és  $\frac{1}{8}$  arányszámmal bírót középestejűnek, csak az  $\frac{1}{8}$ -on aluli tejaránnyal bírót vettem kevéstejűnek. Ily beosztás mellett a 129 szoptató nő közül bőtejű csupán 23 (18%), középestejű 55 (43%) és kevéstejű 48 (38%). Ily aránylagos tejhiány mellett 184 csecsemő közül 55 anya nélkül felvett csak nehezen volt női tejjel ellátható. A 23 tejbő asszony 129 csecsemő szoptatására lett volna felhasználható, ez több mint 5 csecsemő egy nőre, ennyire Schlossmann sem aknáta ki a dajkákat. Nála 3:07 beteg csecsemő és általában véve 4:02 csecsemő jutott egy dajkára.

Schlossmann szép eredményei mellett is csak 262 gr. női tejet tudott átlag 1—1 csecsemőnek juttatni. A többit jó tehéntejjel pótolta. Mi e tekintetben sajnálatunkra és szégyenünkre igen rossz helyzetben vagyunk. A tej, melyhez mi hozzájuthatunk, nemcsak régi, már bomlott, hanem bivaly-, sőt kecsketejjel hamisított és zsírjának assimilációs küszöbe igen magas.

A mi a tej mennyiségének fokozását illeti, 2 vagy 3 gyermeknek egy emlőn való szopása mellett azt tapasztaltuk, hogy ezáltal a tej mennyisége feltétlenül szaporodik és pedig úgyszólván egyik napról a másikra. Mi azonban nem voltunk képesek oly magas mennyiséget nyerni, mint Schlossmann, Budin vagy Finkelstein. A tejszámok nálunk 1670, 1090, 1620, 1400, 1720 gr. voltak néhány bőtejűnek tartott asszonynál. Ezek a tejmenntiségek nem voltak elegendők 2 gyermek táplálására és ha a mennyiség még futotta, a minőség nem volt oly jó, hogy mindkét gyermekben jó súlygyarapodást láttunk volna.

Csak kevés asszony tudott állandóan 2 csecsemőt szoptatni, 3-at sohasem. A legtöbbnél elsősorban a dajkált gyermek szenvedett, majd másodsorban az asszonynak saját gyermeke is sínylődött. A dajkált csecsemő az aránylagos tejhiány miatt súlyos sorvadási állapotba jutott, gyenge lett, szopási ereje csökkent, majd egészen lefogyott, nyelési nehézségek álltak elő és a gyermek lassan elsorvad, ha kizárólag emlőn hagytuk, ha pedig rossz tehéntejjel próbáltuk a tejhiányt pótolni, alimentaris intoxicatiók kíséretében még gyorsabban pusztult el.

Ha az ilyen esetek csak elvétve is előfordulnának, megingathatnák a hitet az iránt, hogy egy asszony képes 2 csecsemőt szoptatni. Mi bizonyíthatjuk, hogy az esetek oly tömegesen fordultak elő, hogy megijedtünk a rossz eredményektől.

Lehetne beszélni hospitalismusról vagy csecsemőhalmozatról. Előfordult ebben a kísérleti időben, hogy 10—15 anyanélküli csecsemőnk volt egyszerre és hogy e miatt legalább is ugyanannyi bővebbtejű anyát kellett saját gyermekével visszatartani. Már nem is volt elegendő ágyunk. De azért a csecsemők nem pusztultak válogatás nélkül, hanem a szerint fejlődtek vagy sínylődtek, a mint kellő tejmenntiséghez jutottak és egyébként kellő ápolásban részesültek. Ha a csecsemő anyja pl. absolute tejhiányos volt és csak mint száraz dajka szerepelt az intézetben, pusztá jelenléte is elegendő volt,

hogy gyermeke jobban fejlődjék, mint az olyan csecsemő, ki anyátlan volt.

A mit kicsinyben az intézetben észlelünk, az nagyobb arányokban mutatkozik künn a gyakorlati életben, a dajkaságba adott gyermekeken. Az ú. n. angyalcsinálásban nem kell véleményem szerint mindig bűnös manipulációt látni, mert igen sok esetben csak az az oka, hogy az illető asszony két csecsemőt mégsem bírt szoptatni, mert aránylagos tejhiányban szenvedett.

A dajkaságba adott gyermek atrophijának is körülbelül az a története, mint az intézetbeliekének: a kiindulás a hypalimentatio tejhiány folytán, azután jönnek a katasztrófák a hibásan készített és nyújtott eledel folytán.

A menhelyek életében a tejtěstvérség rendszere nem lesz használható és ezután is, mint eddig, oly asszonyokhoz kell fordulnunk, kik saját csecsemőjüket el akarják választani.

A tejhiány okaira nem akarok ez alkalommal kiterjeszkedni. Az bizonyos, hogy annak mélyebbre ható okai vannak. Mi a testi degeneratio jelenségeit észleljük tejhiány beállása nélkül is, többnyire azonban az emlők satnya kifejlődése, csekélyebb tejmenntiség és a szoptatási időtartam megrövidülése együtt járnak vele.

Hozzászól: Szabó Dénes.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

118/1911. kig. sz.

Pestpilissoltkiskun vármegye dunavecsei járásbeli Dunapataj községben szervezett II-ik községi orvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okirataikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi január hó 27. napjának délelőtt 12. órájáig nyújtsák be.

A választást Dunapataj község házában folyó évi január hó 28.-án délelőtt 9 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalma:

1. Törzsfizetés évi 1400 korona és a törvényes, 4-szer ismétlődő 200 korona korpótlék.
2. 500 korona lakbér.
3. Az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk 22. §-ában megállapított látogatási díjak.

Dunavecse, 1911. január hó.

Csukay, főszolgabíró.

54/1911. szám.

Nógrádvármegye nógrádi járásának Romhány székhelyvel megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képzettségüket és esetleges eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi január hó 24. napjáig nyújtsák be.

A körorvos javadalmazása a következő:

Évi 1600 korona törzsfizetés, havi előleges részletekben az adóhivatalból kiutalva. Pályaorvosi tiszteletdíj évi 400 korona, mi a megválasztott körorvos részére biztosítva van. Természetben 5 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és istálló. A munkásbiztosító-pénztár részéről kilátásba helyezett 300 korona évi fixum. Négy ötéves, egyenként 200 korona korpótlék; fuvarátalányt, látogatási és műtéti díjakat a vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani. Egyéb jövedelmek: himlőoltási, halottkémlési, vágatási biztosítási díjak a székhelyen. A székhelyen gyógyszerár, a körben több uradalom, mely évi fixumot fizet.

A választás határidejét folyó évi január hó 25-ik napjának délelőtt 10 órájára tűzöm ki Romhány község házához és az állás azonnal elfoglalandó.

Rétság, 1911. évi január hó 11.-ik napján.

Bónis József, főszolgabíró.

5421/1910. szám.

A lemondás folytán megüresedett tiszabői községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve 1911. évi január hó 25.-éig adandók be hozzám.

Javadalmazás: 1600 korona kezdődő törzsfizetés. Természetben lakás s szabályrendeletileg megállapított látogatási, halottkémi és hűvizsgálati díjak.

Törökszentmiklós, 1911. január hó 8.

Borbély György, főszolgabíró.

105/1911. szám.

Aradvármegye eleki járásához tartozó s üresedésben levő következő községi és körorvosi állásokra hirdetek pályázatot:

1. Az almáskamarási körorvosi állásra. A kórhöz 2 község tartozik Almáskamarás és Nagykamarás, melyek egymástól 3 kilométer távolságra fekszenek. A körorvos házi gyógytári jogot is kaphat.

2. Siklói községi orvosi állásra.

3. Szentmártoni községi orvosi állásra.

Az állások mindenikének javadalmazása: az 1908. évi XXXVIII. törvény szerint járó 1600 korona törzsfizetés, 400 korona lakbér és a látogatási díjak: a beteg lakásán 1 korona, az orvos lakásán 60 fillér. Ejjel ezen díjak kétszerese.

Megjegyzem, hogy a vármegyei törvényhatósági határozat értelmében Siklói község az ottlekei körhöz, Szentmárton község a mácsai körhöz csatoltatik, de ezen határozat miniszteri jóváhagyást még nem nyert. Jóváhagyás esetén a megválasztott orvos minden kárpótlás nélkül felmentetik.

Pályázók felhívatom, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám f. hó 25.-éig terjesszék be.

E l e k, 1911. évi január hó 10.-én.

*Mladin Miklós, főszolgabíró.*

4041/1910. kig. szám.

Máramarosmegyében **Barczánfalva székhelyvel újonnan rendszerezett orvosi körre** pályázatot hirdetek. Ezen kör 6 községből áll: Barczánfalva, Mikolapatak, Nánfalva, Vánczfalva, Farkasrév és Disznópatak.

A körorvosnak évi fizetése 1600 korona, valamint a részére megállapítandó fuvar- és lakbér átalány. A látogatási és rendelési díjak szabályrendeletileg fognak megállapíthatni.

A választás napját az érdekeltekkel később fogom közölni; a szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám legkésőbb **1911. évi január hó 14.-éig** nyújtandók be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A k n a s u g a t a g, 1911. január hó 4.-én.

*A főszolgabíró.*

137/1911.

Baranyavármegye hegyháti járásához tartozó Ráczkozár, Hegyhátmárcs, Szárász, Tófü, Mekényes, Császa, Kárász, Magyaregregy, Szászvár és Vékény községekből álló, Ráczkozár székhelyvel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908:XXXVIII. törvényekben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér vagy természetbeni lakás, utiátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvosi körök új beosztása, az utiátalány és látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatát a megválasztott körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **1911. évi január hó 24.-éig** bezárólag betérjesztendők.

A választást folyó évi január hó 26.-án délután 2 órakor fogom Ráczkozár községben a körjegyzői irodában megtartani.

S á s d, 1911. évi január hó 10.-én.

*Feniczy dr., főszolgabíró.*

137/1911.

Baranyavármegye hegyháti járásához tartozó Abaliget, Bános, Henyót, Kovácsszénája, Mecsekrákos, Mecsekszakál, Orfú, Tekercs, Hetvehely, Karácsodfa, Kán, Okorvölgy, Szentkatalin, Felsőmindszent, Godina, Gyümölcsány, Kishajmás, Szlatina, Szakócza, Kisbeszterce, Szágy és Tormás községekből álló, Abaliget székhelyvel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908:XXXVIII. törvényekben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér, vagy természetbeni lakás, utiátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvosi körök új beosztása, az utiátalány és látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatát a megválasztott körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **1911. évi január hó 24.-éig** bezárólag betérjesztendők.

A választást folyó évi január hó 27.-én délután 2 órakor fogom Abaliget községben a körjegyzői irodában megtartani.

S á s d, 1911. évi január hó 10.-én.

*Feniczy dr., főszolgabíró.*

137/1911.

Baranyavármegye hegyháti járásához tartozó Ács, Kisvaszar, Szalotnak, Téhes, Alsómocsolád, Bihal, Köblény és Nagyhajmás községekből álló, Mágocs székhelyvel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-czikben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér vagy természetbeni lakás, utiátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvosi körök új beosztása, az utiátalány és látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatát a megválasztott körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **f. évi január hó 24.-éig** bezárólag betérjesztendők.

A választást **f. évi január hó 26.-án délelőtt 11 órakor** fogom Mágocs községben a jegyzői irodában megtartani.

S á s d, 1911. évi január hó 10.-én.

*Dr. Feniczy, főszolgabíró.*

73,911. szám.

Alsófehérvármegye alvinczi járásában, Alvincz székhelyvel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Csóra, Tartaria, Karna, Akmár, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 300 korona évi fuvarátalány.

4. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **január 18.-áig** nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját csak a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

A l v i n c z, 1911. január 7.

*Pongrácz, főszolgabíró.*

94,911. szám.

Alsófehérvármegye kisenyedi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelyvel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek. Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyirbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfa községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjban is beszámítandó 5 éves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz, esetleg természetbeni lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó orvos kézi-gyógyszertár tartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1911. évi január hó 20.-áig** hozzám nyújtsák be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

V i z a k n a, 1911. évi január 9.-én.

*Szabó s. k., főszolgabíró.*

7,911.

Bokszeg község székhelyvel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel, eddigi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1911. évi február hó 11.-éig** nyújtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, négy ízben ismétlődő 200–200 korona pótlékkal.

2. 400 korona lakbér.

3. Szabályrendeletileg megállapított látogatási és halottkémlelési díjak.

4. Hatóságilag igazolt szegények díjtalanul kezelendők.

A körhöz Bokszeg község székhelyvel Repszeg és Monyoró, továbbá a barzai körjegyzőséghez tartozó Barza, Aldófalva és Kőrös-vajda községek tartoznak.

A választást a bokszegi körjegyzői irodában Bokszegen később meghatározandó időben fogom megtartani.

B o r o s j e n ő, 1911. évi január hó 7.

*Borsos Géza, főszolgabíró.*

Körorvosi állás töltendő be **sürgősen** Torontálmegyében. A körhöz 5 község és több nagyobb uradalom tartozik. A lakosság német. Bővebb felvilágosítást ad

*Végh István, gyógyszerész  
Istvánvölgy.*

137/1911.

Baranyavármegye hegyháti járásához tartozó Magyarnek, Kishertelend, Liget, Mecsekpölöske, Németszék, Kisbattyán, Komló, Mánfa, Mecsekjánosi, Pécsbudafa, Szopok, Felsőegerszeg, Hörnyék, Oroszló, Varga, Sásd, Vázsnok, Barátur, Egyházbér, Kisbodolya és Magyarhertelend községekből álló, Magyarszék székhelyvel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908:XXXVIII. törvényekben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér, vagy természetbeni lakás, utiátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvosi körök új beosztása, az utiátalány és látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatát a megválasztott körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **1911. évi január hó 24.-éig** bezárólag betérjesztendők.

A választást folyó évi január hó 25.-én délelőtt 10 órakor fogom Magyarszék községben a körjegyzői irodában megtartani.

S á s d, 1911. évi január hó 10.-én.

*Feniczy dr., főszolgabíró.*

2/1911. kig. szám.

Jarkovác (Torontál vármegye) községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket, minősítésüket és életkorukat igazolva, **1911. évi január hó 20.-áig** hozzám nyujtsák be.

Az orvos fizetése az államtól 1600 korona, a községtől 1000 korona, 400 korona lakbér, 3 öl kemény tűzifa, húsvizsgálási átalánya 300 korona és a halottkémlés után szedhető díjak, 1 korona nappali és 2 korona éjjeli látogatási díj.

A választást a kérvények beérkezése után tűzöm ki.

Antalfalva, 1911. évi január hó 4.-én.

Zsiros Imre, s. k. főszolgabíró.

54/1911. szám.

Hunyadvármegye hátszegi járásban levő és 32 községből álló **hátszegi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos évi törzsfizetése 1600 korona és négyszer ismétlődő 200—200 korona ötödéves korpótlék, 600 korona útiátalány, megállapítandó lakbér és a szervezési szabályrendeletekben megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik községeit negyedévenként egyszer beutazni, úgy lakásán, mint hivatalos körútja alkalmával a szegényeket ingyen gyógykezelni.

Felhívom pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó év február hó 5.-éig** bezárólag annnyival is inkább adják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Hátszeg, 1911. január 7.

Fekete Károly, főszolgabíró.

4041/1910. kig. szám.

Máramarosvármegyében, járásom területén levő **aknasugatagi egészségügyi körre Aknasugatag székhelyvel**, mely következő 14 községből áll: Aknasugatag, Hotinka, Hernécs, Desze, Krácsfalva, Tahisugatag, Máragyulafalva, Bárdfalva, Fejérfalva, Somosfalva, Felsőkálnifalva, Szerfalva, Budfalva és Bréb, ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosnak fizetése 1600 korona és a vármegye által legközelebb megállapítandó fuvar- és lakbér-átalány. A látogatási díjak szabályrendeletileg fognak megállapíttatni.

A választás napját később fogom az érdekeltekkel közölni; a szabályszerűen felszerelt kérvények **folyó évi január hó 14.-éig** nyujtandók be a hivatalomhoz, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

Aknasugatag, 1911. január hó 4.-én.

A főszolgabíró.

137/1911.

Baranyavármegye hegyhátai járásához tartozó Vásárosdombó, Gerényes, Jágónak, Tarczós, Meződ, Csikóstöttös, Kaposzsekcső, Baranyajenő, Baranyaszentgyörgy, Gödre, Palé és Gödreszentmárton községekből álló, Vásárosdombó székhelyvel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-czikkben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér vagy természetbeni lakás, útiátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvosi körök új beosztása, az útiátalány és a látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatát a megválasztott körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **f. évi január hó 24.-éig** bezárólag betérjesztendők.

A választást **f. évi január hó 26.-án délelőtt 9 órakor** fogom Vásárosdombó községben a körjegyzői irodában megtartani.

Sásd, 1911. évi január hó 10.-én.

Dr. Fenicz, főszolgabíró.

145/911.

Lapujtó, Karancsberény, Karancsapátfalva, Karancsalja, Kishártyán, Sóshártyán, Pálfalva, Andrásfalva, Baglyasalja, Zagyaróna, Bárna, Pogony, Vecseköl, Medveshidegkút, Obást és Czered községekből, Lapujtó székhelyvel alakított közegészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 korona.

2. Lakbér 400 korona.

3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. és 22. §-ai alapján a törvényhatóság által szabályrendeletileg megállapított fuvarátalány, rendelési, beteglátogatási és műtétért járó díjak.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz., illetve az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a szerint felszerelt kérvényeiket hozzám **1911. évi február hó 1.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezők figyelmen kívül fognak hagyatni.

A választás határidejének kitűzése iránt utóbb fogok intézkedni. Salsótarján, 1911. január hó 9. én.

Szécsy Ernő, jár. tb. főszolgabíró.

A Budapest lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézetnél megüresedett **főorvosi állásra**, amely a VII. rangosztálynak megfelelő 4800 korona évi fizetéssel, azonkívül szabadlakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázók tartoznak az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának megfelelőleg orvostudori oklevelüket bemutatni, azonkívül ezen állás céljainak megfelelő szakképzettségüket és legalább két évi szakgyakorlatot beigazolni.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy a fentebb jelzett minősítést igazoló okmányokkal felszerelt, egy koronás bélyeggel ellátott s a Nagyméltóságú m. kir. Belügyministeriumhoz címzendő folyamodványaikat alulírt igazgatósághoz **1911. évi január hó 31.-éig** nyujtsák be.

Budapest, 1911. január 8.-án.

A Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézet igazgatósága.

10/911. szám.

Kolozsvármegye mocsai járásához tartozó magyarpalatka orvosi körben a **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör 15 községből áll; székhelye Magyarpalatka. Javadalmazás 1600 korona törzsfizetés, 200 korona lakbér, 200 korona útiátalány. Megjegyzem, hogy a lakbér és útiátalány felemeltetése jóváhagyás alatt áll.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást megpályázni óhajtják, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket hozzám **folyó hó 29.-éig** terjeszszék be.

Mocs, 1911. évi január hó 5. én.

Sárdi, főszolgabíró.

A budapesti Pasteur-intézet és kórház gyakornoki állása megüresedvén, felkérem az állást elnyerni óhajtókat, hogy kérvényüket **január 20.-áig** nyujtsák be.

Az állás, amely a bennlakás kötelezettségével jár, február hó 1.-én foglalandó el. Évi javadalmazása **2000 korona**.

A budapesti Pasteur-intézet és kórház igazgatósága.  
(IX., Rákos-u. 7.)

2/1911. kig. szám.

Czenta (Torontál vármegye) községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek; felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi minősítésüket, életkorukat igazoló kérvényüket **1911. évi január hó 20.-áig** hozzám nyujtsák be.

Az orvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, 400 korona a községi pénztárból, 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj, 120 korona húsvizsgálási díj, 2 öl kemény tűzifa, halottkémlés utáni díjak és modern 4 szobás lakás.

A választást a kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Antalfalva, 1911. évi január hó 4.-én.

Zsiros Imre, főszolgabíró.

15/1911. szám.

Zólyomvármegye nagyszaltnai járásához tartozó, Nagyszaltna székhelyvel alakított **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvostudorokat, akik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében orvosi gyakorlatra jogosító doktori oklevelüket szabályszerű pályázati kérvénnyel **f. é. január hó 26.-áig** annál is inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott mellékjárulékok, melyek jelenleg felsőbb hatósági megállapítás alatt állanak.

A körhöz ezidőszent következő községek tartoznak Nagyszaltna, Kisszaltna, Végles, Végleshuta, Végleskálnok, Domszög, Hegyhát, Nagyócsa, Kisócsa, Horhát és Zolna; mely utóbbi négy községnek a jelenlegi körből való elvétele és ezekből új kör alakítása tervbe van véve. A lakosság száma 11.036.

A választást a kör székhelyén Nagyszaltnán, **f. é. január hó 30.-án d. e. 10 órakor** fogom megejteni.

Nagyszaltnán, 1911. évi január hó 4.-én.

Bende, főszolgabíró.

33/1911. szám.

Gömörmegye tornaljai járáshoz tartozó, jelenleg 19 községből álló **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket **1911. évi január hó 24.-éig** hozzám adják be annál is inkább, mivel a később beérkező folyamodványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve. 1. 1600 korona törzsfizetés és négy 200 koronás ötödéves korpótlék. 2. Jóváhagyás alatt álló vm. szabályrendelet értelmében 500 korona lakbér és az ugyanezen szabályrendelet értelmében később megállapítandó 500 korona útiátalány. A vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy ezen egészségügyi körtől, ha a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr egy új egészségügyi kör felállítását jóváhagyja, 6 község el lesz választva.

A választást Harkács községében 1911. évi január hó 28.-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Tornalja, 1911. év január hó 3.-án.

A főszolgabíró.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

- Magyary-Kossa Gyula:** Közlemény az állatorvosi főiskola gyógyszer-tani intézetéből. Adatok a cukorkiválasztás mechanismusához. 49. lap.
- Fejes Lajos és Gergő Imre:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriológiai intézetéből (igazgató Preisz Hugó dr., egyet. nyilv. r. tanár) és I. sz. sebészeti klinikájáról (igazgató Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár). A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra (I. Elméleti rész). 51. lap.
- Doctor Károly:** A Mandelbaum-féle serumreactio typhus abdominalisban és módosítása. 54. lap.
- Lobmayer Géza:** Kisebb sebészeti közlések. 56. lap.
- Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *Báró Babarzi-Schwartzter Otto dr.:* Az elmebeteg-ügyi törvény tervezete. — *Lapszemle. Belorvostan. Lipowski:* Az időszült székrekedés paraffin-kezelése. — *Sebészet. Klapp-Goe'del:* A merev thorax operatív mobilizálásá-

- nak új módszere. — *Szülészeti és nőorvostan. Sippel:* A dysmenorrhoeáról. — *Gyermekorvoslás. Netter:* Meningitis nélkül lefolyt septicaemia meningococcica. — *Wassermann:* A vaccinatio új módja. — *Venerás betegségek. Bettmann:* Herpes zoster. — *Hügszervi betegségek. O. Scheffer:* A Goldschmidt-féle irrigációs urethroskop. — *Orr-, torok- és gégebetegségek. Schröder:* A gégetuberculosis kezelése. — *Pfannenstiel:* A felső légutak tuberculosisának jodnatriummal és ozonnal kezelése. — *Orthopaedia. Th. Müller:* A térdizületi merevség gyógyítása. — *Röntgenológia: Werner-Caan:* A Röntgen-sugárnak a daganatokra gyakorolt hatása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Frankenstein:* A konyhasóoldat-infusio. — *Wreden:* A sebészeti gümőkör. — *Krecke:* A novocain. 57—60. lap.
- Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 60. lap.
- Vegyes hírek.** Pályázatok. — Hirdetések. 60—61. lap.
- Tudományos társulatok és egyesületek.** 62—65. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény az állatorvosi főiskola gyógyszer-tani intézetéből.**

**Adatok a cukorkiválasztás mechanismusához.**

(Dyspnoea hatása a diabetesre.)

Irta: *Magyary-Kossa Gyula* dr., főiskolai tanár.

Már régebben végzett állatkísérletek alkalmával tapasztaltam, hogy a szénsav-gáz belélegzésének igen érdekes hatása van a cukorkiválasztásra. E hatás röviden a következőkben foglalható össze: 1. a szénsav-okozta dyspnoea nem csökkenti a phlorizin-glykosuria közben kiválasztott vizelet fokozott mennyiségét; ellenben 2. *majdnem felénnyel* (a házi-nyúlton megejtett kísérletek átlagában kifejezve: 48·7%-kal) *csökkenti a vizeletben kiválasztott cukor mennyiségét.*<sup>2</sup>

De nemcsak a szénsavval, hanem a más úton, például mesterséges pneumothorax készítésével előidézett dyspnoea is hasonló hatással van a cukorkiválasztásra, sőt a hatás ebben az esetben még erőteljesebb lehet. (Az a nyúl, mely élettani viszonyok közt a phlorizin hatása közben 12 óra alatt 2·96 gr. dextrosét választott ki, pneumothoraxos állapotban ugyanazon phlorizin-adagra és teljesen azonos kísérleti feltételek között csak 1·05 gr. cukrot vizelt.)

A dyspnoeának ezen gátló hatása a cukorkiválasztásra annál érdekesebb, mert régebbi (részben kísérleti, részben klinikai) tapasztalatok szerint, ha a tüdő lélegző felületét csökkentjük, glykosuria következik be, szintúgy akkor is, ha

oxygenben fogyatkozott levegőt lélegeztetünk be, vagyis azt az állapotot idézzük elő, melyet a német szerzők fulladási diabetesnek (Erstickungsdiabetes) neveznek. E tapasztalatot számba véve, eleve is arra számíthatnánk, hogy a CO<sub>2</sub>-dyspnoea inkább növelni, mint csökkenteni fogja a phlorizin-diabetes alkalmával kiválasztott cukor mennyiségét.

Ha magyarázatát keressük annak, hogy miként akadályozhatja meg a dyspnoea a cukor kiválasztását ily nevezetes mértékben a phlorizin-glykosuria alkalmával, akkor vagy arra kell gondolnunk, hogy 1. a vérben felhalmozódó szénsav a vese parenchymájának azt a részét, mely a cukor kiválasztását végzi, közvetlenül bénítja meg, vagy pedig arra, hogy 2. a szénsav nem közvetlenül vagy nem *csupán* így, hanem valami ideghatás útján eszközli a cukorkiválasztás gátolását.

Arra, hogy a vérben felhalmozódó szénsav talán olynemű hatást fejt ki, minek következtében a vérbeli cukor nagyobb mennyiségben ég el, nem gondolhatunk már azért sem, mert tudjuk, hogy a phlorizin-glykosuria alkalmával nem szaporodott meg a vérbeli cukor, vagyis hogy a phlorizin-„diabetes“ az úgynevezett vesediabetesek közé tartozik. Igaz, hogy ezt a felfogást, melyet első ízben a phlorizin-glykosuria első tanulmányozója és leírója hangoztatott, azóta többször megtámadták, de az újabb vizsgálok eredményei ismét azt bizonyítják, hogy a phlorizin-diabetes valóban a vesediabetesek közé sorozandó. Elég, ha e részben *Schilling* (1905) vizsgálataira hivatkozom (Arch. für exp. Path. u. Pharmak. LII. köt. 170. old.), ki azt találta, hogy az egyik oldali vese kiirtása után a házi-nyúl sokkal kevesebb cukrot választ ki a phlorizin-diabetes alkalmával, mint az olyan nyúl, mely két vesével bír.

Elsősorban is az a föltevés érdekelt, hogy a szénsav ideghatás útján okozza-e a cukorkiválasztás csökkenését? Tekintve, hogy ezt a kérdést nemcsak a phlorizin-diabetes, hanem másnemű diabetesek magyarázata és felfogása szempontjából is jelentőséggel bírónak tartom, ennél fogva nem térhetek ki az elől, hogy ezirányú vizsgálataim eredményét e helyütt röviden ismertessem.

<sup>1</sup> E közlemény kiegészítő része azon dolgozatoknak, melyeket a szénsavas dyspnoea hatására vonatkozólag máshol (Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből, Budapesti Orvosi Ujság) közöltem.

<sup>2</sup> E kísérletek részletes leírását lásd *Takács Pál* segédemnek ily című doktori értekezésében: „A szénsav hatása a vizelet elválasztására“ (1910).

E vizsgálatok eredménye abban foglalható össze, hogy *ha az ember phlorizin-glykosuriában levő állatok* (mindig házi-nyulat értve!) *veseidegeit* (Nn. renales proprii, a hogy Krause<sup>3</sup> nevezi) *mind a két oldalon átvágja, akkor a cukorkiválasztás a minimumra csökken, sőt némely esetben teljesen meg is szűnik.*

Bizonyságul álljon itt néhány kísérlet rövid kivonata:

*I. kísérlet.* 1850 grammos házi-nyúl. 12 óra alatt gyűjtött physiologiai vizelete mennyisége: 28 cm<sup>3</sup>; cukormentes. 1 gr. phlorizin bőr alá fecskendezése után 12 óra alatt 40 cm<sup>3</sup> vizeletet választ ki, mely fehérjementes és 1.5 gr. dextrosét tartalmaz (I. cyclus). Néhány nap múlva, mikor már a cukor nyomai is eltűntek a vizeletből, a veséhez menő idegeket mind a két oldalon átvágva, újra 1 gr. phlorizint adtam az állatnak. Az erre következő 12 óra alatt kiválasztott vizeletének mennyisége 18 cm<sup>3</sup> és cukrot egyáltalán nem tartalmaz. (II. cyclus.)

*II. kísérlet.* Egy másik házi-nyulat ugyanígy kezeltem. Az I. cyclusban a vizelet mennyisége 35 cm<sup>3</sup>, cukortartalma 2.30 gr. A II. cyclusban a vizelet mennyisége 11 cm<sup>3</sup> s dextrosét egyáltalán nem tartalmaz.

*III. kísérlet.* Az I. cyclusban a vizelet mennyisége 34 cm<sup>3</sup>, cukortartalma 1.16 gr. A II. cyclusban a vizelet mennyisége ezzel szemben csak 9 cm<sup>3</sup>, cukortartalma pedig csak 0.0990 gr.

*IV. kísérlet.* Egy újabb állatnál az I. cyclusban a 48 órai vizelet mennyisége 174 cm<sup>3</sup>, cukortartalma pedig 8.02 gr.; a II. cyclusban ugyanezen értékek: 150 cm<sup>3</sup> és 2.25 gr.

Számos más esetben hasonló volt az eredmény. Ellenben úgy látszik, hogy a kutya eltérőleg viselkedik; erre vonatkozólag azonban még nincs kellő számú kísérleti adatom. Egyetlen kísérlet eredményére hivatkozhatom csupán, melyben az állat mindkét oldali veseideg átvágása, illetőleg kiirtása után is igen tekintélyes mennyiségű (34–85 gr.) cukrot választott ki naponként a phlorizin hatása alatt.

Kétségtelen tehát, hogy a veseidegnek (legalább a házi-nyúlban) elsőrangú befolyása van a cukorkiválasztásra, illetőleg a vérbeli cukor visszatartására, s ez annál érdekesebb a följegyzésre, mert ismeretes, hogy a vese beidegzéséről, vagyis olyan idegekről, melyek a vesesecretióra direct (tehát nem vasomotoros természetű) befolyással volnának, ezidő-szerint tudomásunk nincsen; bár előttem ez a priori is igen valószínűnek látszott, tekintettel Smirnow szövettani vizsgálataira, melyek kiderítették, hogy a vesébe hatoló idegfonatok nemcsak az apró véreket látják el, hanem a vesecsatornák epithel-sejtjeibe is behatolnak. Ha ezen idegnek, mint némelyek állítják, csak vasomotoros hatása volna a vesére, mi céljuk és feladatuk volna az epithel-sejtbe hatoló rostoknak?

Azt, hogy a veseidegben vasomotoros rostok is haladnak, a fent közölt első három kísérlet is igazolni látszik; e kísérletek szerint ugyanis közvetlenül az ideg átmetszése után következő 12 órában a vízkiválasztás erősen csökken a normalishoz képest. Ez a vasomotoros zavar azonban, úgy látszik, hamarosan kompenzálódik, mert a IV. kísérletben, a hol 48 óras cyclusokban gyűjtöttem a vizeletet, már alig mutatkozik különbség az I. és II. cyclusbeli vizelet mennyiségében (nem úgy a cukorében).

A veseidegnek ezen szerepe a veséknek cukor iránti permeabilitása szabályozásában annál érdekesebb, mert a hasüregben található más idegek és a középponti idegrendszer egyes helyeinek átvágásakor vagy megsértésekor bekövetkező vesefunctio-zavarokat már régebbi kutatók is tanulmányozták, de ezen régebbi kísérletek eredménye épen ellenkező értelmű, mint a saját kísérleteimé, mert utánuk nem a glykosuria megszűnését, hanem mint ismeretes, ellenkezőleg: glykosuria bekövetkezését tapasztalták. A nervus splanchnicus átvágása, a plexus coeliacus kiirtása, a hasüregi vagus átmetszése, továbbá az ischiadicusok átvágása is mind cukorvizelést von maga után.

Közeleső volt arra gondolni, hogy a veseideg átmetszésekor bekövetkező cukor-retentio (phlorizines állatokban) nem vezet-e arra, hogy a nagymennyiségű cukornak legalább egy része a beleken át választatik ki, mint ezt gyakran találjuk

<sup>3</sup> Krause: Anatomie des Kaninchens, 266. és 195. A kísérleti eljárásra nézve lásd Hermann: Handbuch der Physiologie, V. 314. és 323.

bizonyos mérgezések után, ha a vesén való kiválasztás fennakad. Ezirányú kísérleteim azonban tagadó értelműek voltak. Szintúgy nem találtam feltűnő különbséget a methylenkékkel való megfestődés tekintetében sem az átvágott és át nem vágott idegű vesék között.

Hogy másnemű diabetesekben, nevezetesen pedig pancreas-diabetesben is hasonló gátló hatása van-e a cukorkiválasztásra a veseideg átmetszésének, erre vonatkozólag nem végeztem vizsgálatokat, továbbá arra nézve sem, hogy melyik azon centrum (talán a gerincvelőben), mely a vesén át való cukorkiválasztást a nervus renalis útján állandóan szabályozza. Azt azonban sikerült kétségtelenül megállapítanom, hogy ha az ember a házi-nyúl gerinczelejét bizonyos magasságban átmetszi, akkor az állat sokkal kevesebb cukrot választ ki a phlorizin hatásakor, mint kiválasztott ugyanezen állat ugyanazon phlorizin-adagra élettani állapotában egy előzetes kísérlet alkalmával. Egy esetben, mikor a gerinczelejt a 7–8. háti csigolya magasságában vágtam át, 80%-kal, s mikor az átvágás az utolsó háti és az első ágyéki csigolya közt történt, 89%-kal csökkent a 24 óra alatt kiválasztott cukor mennyisége. Galambnál, ha az átvágás az utolsó borda magasságában történt, egyik esetben 69%-kal, másik kísérletben 79.4%-kal kevesebb cukor választatott ki, mint gerinczelejt-átvágás nélkül. Ismételve hangsúlyozom, hogy mindezen esetekben a vízkiválasztás mértéke tekintetében (mindig a 24 órai vizelet mennyiségét értve!) az átvágás előtti és utáni glykosuria közben alig mutatkozott különbség; tehát a kiválasztott cukor mennyiségének csökkenését egyszerűen vasomotoros zavarokból magyarázni nem lehet.<sup>4</sup>

Valószínűnek tartom, hogy a veseideg nemcsak a cukor kiválasztásában szerepel, hanem a vizelet egyéb, élettani szilárd alkotórészeinek secretiójára is szabályozó befolyása van.

Ez alkalommal csupán arra óhajtottam rámutatni, hogy 1. a phlorizin elsősorban a veseidegre vagy az ehhez tartozó centrumra való cardinalis hatás útján hozza létre a glykosuriát; mert ha ezen ideget átvágjuk, akkor a „cukorvizelés” vagy egészen, vagy nagy részben megszűnik. Ennélfogva, ha a phlorizin-glykosuriáról mint „vesediabetes”-ről beszélünk, ezt a kifejezést nem szabad úgy értenünk, hogy a phlorizin tisztán a vesékre való hatás útján hozza létre a cukorvizelést; ellenkezőleg: ezen cukorvizelés oki momentumainak nagyobbik része a középponti idegrendszerre esik. Ezek szerint a phlorizin-okoza cukorvizelés részben centralis, részben periferiás eredetű. 2. A szénsavnak a phlorizin-diabetes alkalmával a cukorkiválasztásra gyakorolt gátló hatása valószínűleg azon alapszik, hogy megbénítja a veseidegnek vagy azon centrumnak a működését, mely a cukorkiválasztást s talán a vizelet egyéb oldott alkotórészeinek kiválasztását is szabályozza. Annál valószínűbb ez, mert a szénsavnak az idegcentrumokra gyakorolt par excellence bénító hatása ismeretes.

Látva, hogy a veseidegnek és a gerinczelelőnek milyen fontos szerepe van a cukor kiválasztásában, nagyon közeleső arra gondolni, hogy uraemiás rohamok keletkezésében nincsen-e ugyanilyen elsőrangú szerepe a nervus renalis és a vele közvetlenül kapcsolatos centrum bénulásának? Erre azonban csak akkor lehetne megfelelni, ha pontosan ismernénk azt a befolyást, melyet a veseideg a vizelet normalis, szilárd alkotórészeinek kiválasztására gyakorol. A hevenyészű húgyvérűség tüneteinek foudroyans megjelenése, a veseinsufficienciának máról-holnapra való kifejlődése kétségtelenül jól összeegyezne avval a föltevessel, hogy itt a vesék secernáló működését szabályozó idegmechanismus bénulása forog szóban. Mindenesetre hálás és könnyen kivihető feladat volna, a veseidegek átvágása után megvizsgálni, hogy a vér molecularis töménysége nem fokozódik-e, a hogy ez az uraemiás rohamban szokott lenni?

Főntebb a széndioxydnak veseideg-bénító hatását csak mint valószínűséget említettem, mert csak további kísérletes vizsgálat döntheti el, hogy a dyspnoeás vér nem hat-e közvetlenül a vese-epithelre is bénítólag, vagy magára a cukorképzésre gátlólag? Az előbbi föltevés nagyon is közeleső,

<sup>4</sup> Kísérleteim részletes jegyzőkönyvét máshol szándékozom közzétenni.



mert mint arra már más alkalommal rámutattam, a szénsav okozta dyspnoea súlyos változásokat okoz a vesék szövetében és élettani működésében.<sup>5</sup> Bármiként legyen is, a diabetes gyógyítása szempontjából mindenesetre jelentőséggel bírna annak az eldöntése, hogy a szénsav-inhalatiók nem volnának-e felhasználhatók a diabetes therapiájában? Mert a cukorvétel gyógyítása tekintetében már az is nagy előny volna, ha a szervezetben keringő s annak minden szövetét (esetleg évek hosszú során át) mintegy impraegnáló cukor mennyiségét redukálni bírják. A cukor, abban a mennyiségben, melyben a diabeteses ember vagy állat szervezetében kering, mint azt már régen végzett vizsgálataim bizonyítják,<sup>6</sup> méregként hat s volt alkalmam meggyőződni róla, hogy ha az ember huzamosabb időn keresztül megfelelő mennyiségű szőlő- vagy nádcukrot fecskendez be a kísérleti állatok bőralatti kötőszövetébe, akkor súlyos szöveti változások keletkeznek a legkülönbözőbb távoli szervekben, különösen pedig a májban és vesében, ebben a két életfontos szervben. Már egy pár napi kísérletezés után kétségtelen meggyőződést szerezhettünk erről s így semmi csodálatost sem látok abban, hogy az az idiopathiás diabetes, mely esetleg 10—20 éven át állandóan óriási mennyiségű cukoroldatba mintegy beléáztatva tartja az organismust: hogy az ilyen betegség eo ipso nehéz zavarokat kell hogy okozzon, *magának a cukornak jelenléte következtében.*

Tisztán cukorral traktált állataimon a vesegyuladással, vesevérzésnek tüneteit, a kanyarulatot csatornák hámlásának vacuolizálódását stb. észleltem, súlyos anyagforgalomzavarok kíséretében, úgy hogy már azon régi kísérleteim alkalmával kifejeztem azt a nézetemet, hogy a diabetes tulajdonképpen lényegében nem egyéb, mint huzamos időn át fennálló *autointoxicatio cukorral.* Ebben a nézetemben még inkább megerősített az, hogy dextroséval mérgezett nyulaim és egyéb kísérleti állataim veséjében ugyanazon szöveti változásokat találtam, mint a melyeket annak idején *Frerichs* észlelt diabeteses emberek veséjében.

A legtöbb szerző a diabeteses szervezet zavarait ezzel szemben még ma is olyan savtermésztű vegyületek (aceticzetsav, béta-oxyvajsav stb.) vagy más rendellenes anyagcsere-termékek hatásának tulajdonítja, melyek rendszerint elenyésző csekély mennyiségben keringenek a diabeteses beteg vérében, és ha jelen vannak is, akkor sem szabad savak alakjában, hanem alkáliához kötve, tehát sokkal kevésbé irritáló vegyi formában (mint sók). Viszont a diabeteses ember vizeletében naponként 200—300 gr. cukor szokott távozni, sőt 800—1500 gr.-nak a kiválasztása is előfordult s e kiválasztás nem transzitorius, hanem hónapokra, évekre is terjedhet! S ez a vizelettel távozó cukor nemcsak elvész a szervezetre, hanem meg is mérgezi azt.

A cukorfélék (természetesen mindig a bőr alá vagy a vérbe fecskendezett, nem pedig a per os adott cukrot értve) határozott és sokoldalú toxikus hatást gyakorolnak a szervezetre és csakis ezen mérgeztani hatások nem ismeréséből magyarázhatom, hogy még legújabbban is (1909) akadnak igen kiváló klinikusok, akik olyan kétes értékű nyilatkozatokat tesznek, hogy „diabetesnél a cukormentesség elérésére (aglykosuriára) nem kell túlságosan nagy súlyt helyezni“. Ezzel szemben a magam részéről, kísérleti alapon, épen ellenkezőleg azt tartom, hogy a diabetes therapiájában első és főfeladatul azt kell tekintenünk, hogy a glykosuria fokát minden rendelkezésünkre álló eszközzel csökkentjük. Ez felel meg a diabetes főntebb vázolt, hogy úgy mondjam toxikologiai felfogásának, mely exakt kísérleti megfigyeléseken alapszik.

Ennélfogva a diabetes therapiája szempontjából arra is súlyt kell helyeznem, hogy a belehelt szénsav a cukorkiválasztást csökkenteni tudja. Hogy azonban a szénsav-inhalatio milyen alakban és milyen módon volna felhasználható a diabetes gyógyításában, arra e helyen nem szándékozom kiterjeszkedni.

<sup>5</sup> Lásd: A dyspnoe hatása a vesékre és vizeletelválasztásra. (Budapesti Orvosi Ujság, 1910. 41. szám).

<sup>6</sup> Adatok a cukrok hatásához (Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből, 1898.).

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató *Preisz Hugó dr.*, egyetemi nyilvános rendes tanár) és I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató *Dollinger Gyula dr.*, m. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár).

## A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra.

Irta: *Fejes Lajos dr.*, a bakteriologiai intézet volt tanársegéde és *Gergő Imre dr.*, az I. számú sebészeti klinika tanársegéde.

### I. Elméleti rész.

Irta: *Fejes Lajos dr.*

Az immunitástan mai állásában két uralkodó nézet áll egymással szemben. Az egyik a szervezet fő védőerejét a szervezet nedvciben, első sorban a vérsavóban, a másik a mozgóképességgel bíró sejtekben, legfőképpen a fehér vérsejtekben keresi. A pathologia régi vitája a humoralis és cellularis elméletéről így ismétlődik meg a legifjabb orvostudományban. A *Metschnikoff*-féle tan értelmében a szervezetet a fertőző csírával szemben a fehér vérsejtek védik meg, melyek a fertőzés helyén tömegesen megjelennek, a bacteriumokat magukba veszik és fermentjükkel, a cytaseval elpusztítják. E tant a későbbi vizsgálatok nagyon is korlátozták. Kimutatták ugyanis, hogy a fehér vérsejtekben foglalt bacteriumok nem mind pusztulnak el, sőt a phagocytált bacteriumokból még culturát is sikerült készíteni. Kiderült, hogy a bacteriumok felvétele a fehér vérsejtekbe még korántsem azonos elpusztításukkal. Sőt felmerült az a nézet is, hogy a fehér vérsejtek a fertőzés helyére az elpusztult bacteriumok széteső testéből kiszabadult anyagok vonzzák és hogy a fehér vérsejtek nem is élő, hanem csakis elhalt bacterium-testet vesznek magukba. E túlzó nézetet megdöntötte a fenti eredmény, melylyel phagocytált bacteriumokat még kitenyészettek, sőt ezek virulentiájukat sem veszítették el. Másrészt kiderült, hogy a phagocytált bacteriumok mérgezően hatnak az őket magukba foglaló fehér vérsejtekre, a mennyiben gyakran láthatjuk, hogy a bacteriumokat magába záró leukocytá szétesik. E tapasztalat azonban egyszermind alkalmas arra is, hogy a humoralis és cellularis elmélet közötti hézagot áthidalja, a mennyiben a széteső fehér vérsejt alkotórészei a vérsavóba jutván, ható anyaguk szabadabbá válik. Az újabb immunitástani elméletek, nevezetesen a *Wright*-féle opsonin- és a *Neufeld-Rimpau*-féle bacteriotrop elmélet is a vérsavó és a fehér vérsejtek együttműködésén alapszanak.

Eme felsorolt s ma már általánosan elfogadott adatok egész rövid összefoglalására azért volt szükségünk, mert az általunk megkísérelt sebkezelési módunkat is ezen elméleti adatokra alapítottuk.

A biologiai sebkezelésben használt, immár igen számos eljárást lényegileg két csoportba oszthatjuk: Az első a *Müller, Jochmann* és munkatársaik által inaugurált *fermentkezelés*. E kezelés azon alapszik, hogy a gümős genyes folyamatokban a szervezet védelmében fontos szerepet játszó leukocyt fermentumot hatásában támogatni igyekszünk azzal, hogy máshonnan származó leukocyt fermentumot vagy hatásában ezzel megegyező egyéb származású fermentumot, pl. trypsint viszünk be az infectio helyére. A sebüregebe bevitt fermentum annak tartalmát megemésztvén, felszívódását előmozdítja. Ezen eljárással tehát a sebürbe a kész védőanyagot viszzük be.

A második csoportba az *antifermentkezelés* tartozik; ezt az eljárást először *Müller és Peiser* alkalmazta. Ezen módszernek az elmélete azon alapszik, hogy olyan anyagot viszünk be a sebüregebe, mely a sebben tönkremenő fehér vérsejtek széteső testéből kiszabaduló proteolysises fermentum hatását megszünteti s ezáltal a további, esetlegesen túlságosan gyentermelésnek és szövetbeolvadásnak útját állja, a mivel a tályog növekvését megakadályozza s így a gyógyulást előmozdítja. Ezen eljárás tehát ellentéte a fermentumkezelésnek; eddigi felfogásainkkal azonban a gyuladás lefolyásáról nehezen egeyzik. A gyuladással kapcsolatos genyedésben eddig a

szervezet védekezését láttuk a fertőző csírával szemben s midőn ezt megakadályozzuk, tulajdonképpen meggátoljuk a védelmet. Ezzel szemben az antifermentumos kezelés hívei azt hozzák fel, hogy a medium, mely az antifermentumot tartalmazza (emberi ascites-, hydrokele- stb. folyadék) bacteriumölő anyagai elpusztítják a bacteriumokat, másrészt a bevitt antifermentum vegyileg megköti a szétesett fehér vérséjtek fermentumát. Azonkívül az antifermentumot tartalmazó folyadék leukocytá-bevándorlást is idézne elő s a sebgyógyulást a bekövetkező phagocytosis is előmozdítaná. Az antifermentumos savó ezen phagocytosist előmozdító hatása azonban csak igen alárendelt jelentőségű lehet, mert ha chemotaxisos hatásával a savó elő is idézne fehérvérséjtkivándorlást, a fehér vérséjtek hatóanyagát a feles antifermentum elpusztítaná; bajosan képzelhető el olyan electiv hatás, hogy az antifermentum csakis a genyben már bennfoglalt leukocytákra hatna, az ezután odavándorló fehér vérséjtek hatását pedig előmozdítaná.

A különböző állatfajok leukocytá-fermentum- s egyzersmind antifermentum-tartalma is igen különböző. Leukocytá-antifermentumot az állatok közül az anthropoid majmok s a kutya vérsavójában találtak legnagyobb mennyiségben. A kérődzők, főleg lovak vérsavójának antifermentumos hatását igen csekélynek találták. E miatt a szerzők a normalis állati vérsavót sebkezelésre alkalmatlannak mondják és csakis a specifikusan, leukocytáfermentummal, illetőleg trypsinnel kezelt, azaz immunozott állat savóját tartják hatásosnak.

Alább részletesen leírt kísérleteimmel sikerült kimutatnom, hogy a normalis állati vérsavó másirányú hatásánál fogva acut, localis infectiós folyamatokban kitűnő gyógyítóhatást fejthet ki.

1907 őszén a bacteriologiai intézetben előadási demonstrációra Pfeiffer-phaenomen készítettem elő. 2 tengeri malaczt (mindkettő 250 gr. testsúlyú volt) intraperitonealisan oltottam halálos dosisú typhusbacillussal, az egyiket egyzersmind typhus-immunsavóval (typhusbacillussal immunizált nyúl vérsavójával), a másikat controllképpen friss normalis lóvérsavóval ugyancsak intraperitonealisan kezeltem. Az első állatban typososan bekövetkezett a Pfeiffer-phaenomen; a bacillusok megduzzadtak, gömbszerű képletekké alakultak s csakhamar teljesen feloldódtak, a mint erről az állat hasüréből capillaris pipettával vett folyadék vizsgálatával meggyőződtem. A lóvérsavóval kezelt állat azonban várákoszom ellenére szintén nem pusztult el, mert nagyfokú leukocytosis következett be, majd a fehér vérséjtek a bacillusokat magukba vették; az oltás után 5—6 órával már alig lehetett az állat hasüréből folyadékot nyerni; e kevés folyadék főleg phagocytákból — leginkább eosinophil granulatiójú polynuclearis leukocytákból — állott, melyekben bacteriumdetritus volt látható. Másnap a controll-állat hasüréből folyadékot nyernem nem sikerült, az állat egészséges volt. A cultura virulensnek bizonyult, mert ennek vizsgálatára egyidejűleg egy ugyanolyan súlyú tengeri malaczt ugyanakkora typhusbacillusdosisal beoltva, a bacillusok a hasüregben igen elszaporodtak; kisfokú leukocytosis bekövetkezett ugyan, de a fehér vérséjtek bacillust nem vettek magukba s az állat az oltás után 8 óra mulva elpusztult. Bonczolásakor a hasürben friss exsudatumot találtam, mely óriási mennyiségű typhusbacillust tartalmazott.

Midőn ezen feltűnő kísérleti eredmény magyarázatára megfelelő irodalmi adatokat kerestem, inkább csak olyanokat találtam, melyekben a szerzők különböző származású anyagoknak praeventiv befecskendésével védelmet tudtak nyújtani az utólagos infectióval szemben. Így Santa Solieri (Zieglers Beiträge, XXXI. köt. 1902) physiologiás konyhasó-oldat praeventiv befecskendésével az intraperitonealis infectióval szemben tengeri malaczt meg tudott védelmezni, még pedig a halálos dosisnak 7—16-szorosával szemben is. Miyake (Experim. Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infekt. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chirurgie, XIII. köt. 1904. 719. o.) nucleinsav befecskendésével ugyanazon védőhatást tudta elérni, még pedig a halálos

virusdosis 16—20-szorosával szemben is. Issaeff (Untersuch. über die künstliche Immunität gegen Cholera. Zeitschrift für Hyg. u. Infkrkht. XVI. köt. 1894. 287. o.) a choleraelleni immunitással foglalkozván, kimutatta, hogy cholérából kigyógyult betegek vérsavójával tengeri malaczt intraperitonealisan beoltva, ezen oltás a malaczt a 24 órával utólag történt intraperitonealis infectióval szemben megvédi, sőt kimutatta azt is, hogy a védőhatás nircsen az immunsavóhoz kövte, a mennyiben ugyanilyen hatás érhető el egészséges vagy másféle betegségben szenvedő ember vérsavójának befecskendésével. Kimutatta továbbá, hogy egészséges ember vizelete (sterilen felfogva) tengeri malaczt hasürébe fecskendve, ép ily védőhatást fejt ki az utólagos intraperitonealis cholera-infectióval szemben. Hasonló védőhatást nyújt az intraperitonealis cholera-infectióval szemben bouillonnak, 2%-os nucleinsavnak, tuberculinnak és végül physiologiás konyhasó oldatnak befecskendése is; csakis quantitativ különbség van e folyadékok hatása között, a mennyiben a legcsekélyebb védelmet a konyhasó-oldat nyújtja, utána következnek a vizelet, a bouillon, a normalis embervérsavó, a 2%-os nucleinsav-oldat. Mind e folyadékok védőhatása múló természetű s csak 4—5 napig tart.

Cholera-reconvalescens betegek vérével végzett vizsgálatai alkalmával Issaeff azt tapasztalta, hogy ily vérsavónak nemcsak védőhatása van az utólagos infectióval szemben, hanem gyógyító hatása is; ugyanis tengeri malaczt intraperitonealisan cholera-vibrióval oltva s az infectio után 1½—2 órával cholera-reconvalescens ember vérsavóját befecskendezve, az állat meggyógyult.

Midőn Issaeff igen alaposan végzett kísérletei ezen eredményének okát kereste, azt tapasztalta, hogy a megvizsgált folyadékok védőhatása attól függ, hogy minő reactiót idéznek elő a hasüregben. Ugyanis azt tapasztalta, hogy a physiologiás konyhasó-oldat chemotaxisos hatása a legcsekélyebb, a nucleinsavé a legnagyobb; a folyadék befecskendésére nagyfokú leukocytosis s ezzel karöltve phagocytosis következik be, a bacteriumok nem szaporodnak el, hanem rövidesen el is pusztulnak s az állat meggyógyul.

R. Stern (Über die Wirkung d. menschl. Blutserums auf die experimentelle Typhus-infection. Zeitschrift für Hyg. u. Infektkrht. XVI. köt. 1894. 458. o.) több oly esetről számol be, melyben typhus-reconvalescens, de más betegségben (cirrhosis hepatis) szenvedő ember vérsavója intraperitonealisan alkalmazva, gyógyító hatást fejtett ki.

A friss, normalis állati vérsavó már kémlöcsőben oly erős bacteriumölő hatást fejt ki, hogy joggal volt feltételezhető, hogy oly körülírt fertőzéses folyamatokban, a melyekben a befecskendett vérsavó a fertőző csírával közvetlen érintkezésbe juthat, a bacteriumok elpusztításával megszüntetvén a fertőzés okát, elő fogja mozdítani a gyógyulást. Ebből a gondolatból indultam ki, midőn állatkísérleteimet végeztem. Ezek eredménye felvételem helyességét bizonyította.

Feltűnő kísérleti eredményem tisztázására nagyobb számú kísérletet tartván szükségesnek, Preisz professor úr szíves felszólítására kísérleteimet a következő módon végeztem:

Két lehetőleg egyenlő súlyú tengeri malaczt egyidejűleg oltottam intraperitonealisan a fertőzésre használt vírus azonos dosisával, melyet a hasürbe sterilizált üvegfecskendővel vittem be. Az infectio után 10 perczzel s ezután többnyire negyedóránként vizsgáltam a hasüreg tartalmát oly módon, hogy megfelelő asepsises cautelák betartása mellett a has alsó részében, a linea alában finom capillaris pipettával, melynek végét lángon simára olvasztottam, hogy a hasfal sértését s ezáltal vér hozzákeverődését megakadályozzam, a hasfalat átböktem s a pipettával a hasüri folyadékot kiszív-tam. A genyet friss állapotban s festett praeparatumban vizsgáltam; festékül rendszerint a Leishman-festéket használtam, mely festési eljárás a fehér vérséjtek tartalmának pontosabb vizsgálatát igen jól lehetővé teszi. A genyből culturát is készítettem s a kitenyészett bacteriumot meghatároztam.

Kísérleteimet a következő rövid táblázatban foglalhatom össze:

| Kísérlet száma | Állat száma | Állat testsúlya | Virusdosis  | Eredmény  |
|----------------|-------------|-----------------|---|---|
| I.             | 1           | 150 gr.         | Virulens typhus homogen 24 ó. levestenyészetéből 0.2 cm <sup>3</sup>      | 12 óra után +, a hasürben temérdek ép typhusbacillus.   |
|                | 2           | 150 gr.         | Ugyanaz   | 4 órával az infectio után intraperitonealisan 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. 24 óra után egészséges, a hasür steril.  |
| II.            | 3           | 200 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 0.5 cm <sup>3</sup>        | 14 óra után +, a hasür telve typhusbacillussal  |
|                | 4           | 200 gr.         | Ugyanaz   | 4 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> friss lóserum. 24 óra után egészséges, a hasür steril.  |
| III.           | 5           | 350 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 0.8 cm <sup>3</sup>        | 16 óra mulva +, a hasürben igen sok typhusbacillus.   |
|                | 6           | 350 gr.         | Ugyanaz   | 4 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó, 24 óra mulva egészséges, a hasür steril.   |
| IV.            | 7           | 400 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 1 cm <sup>3</sup>          | 4 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> physiol. NaCl-oldat. 20 ó. óra után +, a hasürben igen sok typhusbacillus.                                      |
|                | 8           | 390 gr.         | Ugyanaz   | 7 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> friss lóserum. 24 óra mulva a hasürben még gömbszerűen duzzadt bacterium-detritus. 36 óra mulva a hasür steril. |
| V.             | 9           | 200 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 0.5 cm <sup>3</sup>        | 8 óra mulva +, a hasür telve typhusbacillussal.   |
|                | 10          | 220 gr.         | Ugyanaz   | Infectio után 8 órával 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. 24 óra mulva egészséges, a hasür steril.  |
| VI.            | 11          | 210 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 2 cm <sup>3</sup>          | 20 óra után +, a hasür tele typhusbacillussal, phagocytosis nincs.  |
|                | 12          | 210 gr.         | Ugyanaz   | 4 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. 24 óra után +, a hasürben ép bacillusok mellett sok involutiós alak, jelentékeny phagocytosis.       |
| VII.           | 13          | 220 gr.         | Ugyanazon typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 1 cm <sup>3</sup>          | 24 óra mulva +, a hasürben óriási mennyiségű typhusbacillus.  |
|                | 14          | 200 gr.         | Ugyanaz   | 8 órával az infectio után 4 cm <sup>3</sup> friss lóserum. 24 óra mulva egészséges, a hasür steril.   |
| VIII.          | 15          | 300 gr.         | Igen virulens typhustörzs 24 ó. levestenyészetéből 0.5 cm <sup>3</sup>    | 12 óra után +, a hasür telve ép typhusbacillussal.  |
|                | 16          | 310 gr.         | Ugyanaz   | Infectio után 3 órára 4 cm <sup>3</sup> friss norm. lóvérsavó. 24 óra után egészséges, a hasür steril   |
|                | 17          | 290 gr.         | Ugyanaz   | Oltás után 3 órára 4 cm <sup>3</sup> typhus-immunsavó (nyúlsavó). 24 óra után egészséges, a hasür steril.   |
| IX.            | 18          | 280 gr.         | Virulens staphylococcus aur. 24 ó. levestenyészetéből 0.5 cm <sup>3</sup> | Infectio után 4 órára 4 cm <sup>3</sup> friss lóvérsavó. 24 óra után egészséges, a hasür steril.  |
|                | 19          | 260 gr.         | Ugyanaz   | 24 óra után +, a hasür tele staphylococussal.   |
| X.             | 20          | 200 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 0.8 cm <sup>3</sup>              | Infectio után 4 órával 4 cm <sup>3</sup> friss lóvérsavó. 24 óra mulva egészséges, a hasür steril.  |
|                | 21          | 200 gr.         | Ugyanaz   | 24 óra után +, a hasürben a staphylococcus nagyon elszaporodott.  |
| XI.            | 22          | 250 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 1 cm <sup>3</sup>                | Infectio után 6 órával 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. 24 óra után egészséges, a hasür steril.   |
|                | 23          | 240 gr.         | Ugyanaz   | 24 óra után +, a hasür telve staphylococussal.  |
| XII.           | 24          | 240 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 1 cm <sup>3</sup>                | Infectio után 8 órával 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. 24 óra után életben van, a hasürben kevés szabad coccus, 36 óra után a hasür steril.                    |
|                | 25          | 250 gr.         | Ugyanaz   | 20 óra után +, a hasürben rengeteg coccus.  |
| XIII.          | 26          | 280 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 1.5 cm <sup>3</sup>              | Infectio után 4 órával 4 cm <sup>3</sup> normalis lóvérsavó. 24 óra után egészséges, a hasür steril.  |
|                | 27          | 300 gr.         | Ugyanaz   | 18 óra után +. A hasürben igen sok szabad coccus.   |
| XIV.           | 28          | 250 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 2 cm <sup>3</sup>                | Oltás után 4 órával 4 cm <sup>3</sup> normalis lóvérsavó. 24 óra után +, a hasürben sok staphylococcus.   |
|                | 29          | 270 gr.         | Ugyanaz   | 18 óra után +, a hasürben igen sok coccus.  |
| XV.            | 30          | 430 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 1.5 cm <sup>3</sup>              | Oltás után 9 órával 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. Az infectio után 24 órával egészséges, a hasür steril.   |
|                | 31          | 420 gr.         | Ugyanaz   | Oltás után 20 órával +, a hasür telve coccussal.  |
| XVI.           | 32          | 350 gr.         | Ugyanazon törzs 24 ó. levestenyészetéből 1.5 cm <sup>3</sup>              | Oltás után 10 órával 4 cm <sup>3</sup> lóvérsavó. Az infectio után 36 órával +, a hasürben sok szabad coccus, jelentékeny phagocytosis.                     |
|                | 33          | 360 gr.         | Ugyanaz   | Infectio után 19 órával +, a hasür telve coccussal.   |

Mint a táblázatból kitűnik, a friss normalis lóvérsavó az intraperitonealis infectióval szemben igen nagy mértékben gyógyító hatást tud kifejteni. E hatás értelmezéséhez először is tekintetbe kell vennünk azon feltűnő különbséget, mely a lóvérsavóval kezelt és nem kezelt állat hasüregében végbement változásban volt található. A vérsavó befecskendezéséig ugyanis mindkét állat hasüregében mérsékelt fokú leukocytosis jelentkezett, phagocytosis csak igen csekély fokban következett be s a genyben nagyszámú ép, jól festődő bacterium volt látható. A vérsavó befecskendezésével a kép egyszerre megváltozott. A kezelt állat hasüregében igen nagyfokú leukocytosis állott be s a leukocyták nagy számban estek széjjel (leukolysis). A később vett genyben már nagyfokú phagocytosis találtam, a sejtekben 4—5 bacillust, staphylococcus-fertőzésnél még több coccust lehetett látni. Nagy különbség mutatkozott azonban az extracellularisan maradt bacteriumokban is; a festett praeparatumban ugyanis sok rosszul festődött, még pedig halaványan vagy darabosan, tagozatosan festődött és typososan gömbszerűen felfúvódott involutiós alakokat lehetett látni. A később vett genyből készített praeparatumban még nagyobb volt a különbség, a menyinyiben a kezelt állat hasüri genyében a fenti jelenségeket mind kifejezetten lehetett látni, a nem kezelt állat hasüregében ellenben mind kevesebb leukocytá mellett mind jobban elszaporodott a fertőzésre használt vírus.

Fertőzésre az első kísérletsorozatban virulens typhusbacillust, a második sorozatban virulens staphylococcus pyogenes aureust használtam. A lóvérsavó gyógyító hatása mindkettővel szemben körülbelül egyenlő mértékben nyilvánult meg. Virulens typhus- vagy staphylococcus-törzs 24 óras bouillontenyészetéből aránylag igen nagy dosist a malacz egészen jól elviselt, ha az infectio után 4 órával lóvérsavóval kezeltem. A védőhatás ép olyan volt, mintha specifikus immunsavóval kezeltem volna az állatot, a miről a VIII. számú kísérletben meg is győződtem, hol 3 malacot fertőztem typhusbacillussal egyidejűleg; az egyiket typhusimmunsavóval, a másodikat normalis friss lóvérsavóval kezeltem. A harmadik nem kezelt állat elpusztult, a másik kettő meggyógyult.

A védő, illetve gyógyító hatás azonban természetesen nem korlátlan. Túlságosan nagy virusdosissal (lásd a VI. kísérletet) szemben gyógyító hatást a vérsavó kifejteni nem tud, az állat elpusztul, dacára annak, hogy a hasüri geny szöveti képe épen olyan, mint azon kezelt állatoknál, melyek meggyógyultak; tudniillik ép oly fokú leukocytosis, phagocytosis és bacteriolysis következik be, azonban az épen maradt bacteriumok utóbb mégis elszaporodnak és elpusztítják az állatot; ezen esetben a széteső typhusbacillusok testéből kiszabaduló endotoxin hatásával is számolnunk kell. Természetes, hogy azon időtartam sem közömbös, mely az infectio s a savókezelés között eltelik; a túlságosan későn alkalmazott lóvérsavó a bacteriumok elszaporodásának már nem tudja útját állani, a mint erről a XVI. számú kísérlet tett tanúságot, bár itt is a kezelt állat később pusztult el, mint a controll-állat.

Issaëff és Solieri fentebb említett vizsgálataikban physiologiai konyhasó-oldat előzetes, praeventiv beoltásával nagyfokú védőhatást értek el az utólagos infectióval szemben. Ismételtén meggyőződtem azonban, hogy a physiologiai konyhasó-oldatnak gyógyító hatása igen csekély, a miről a IV. számú kísérlet is tanuskodik, melyben az egyik fertőzött állat 4 órával az infectio után kapott ugyanoly mennyiségű konyhasó-oldatot, mint a mennyi lóvérsavót kapott 7 órával az infectio után a másik állat s mégis az utóbbi állat gyógyult meg s az előbbi pusztult el.

Már az a körülmény, hogy a túlságosan nagy dosissal inficiált állat hasüregében a savókezelésre igen tetemes fokú phagocytosis következett be s az állat mégis elpusztult, ellene szól annak a felvételnek, mely szerint a vérsavó gyógyító hatását kizárólagosan a kivándorolt leukocyták phagocytosisa okozza. Sokkal nagyobb jelentőséget kell tulajdonítanom a friss lóvérsavó bacteriumölő képességének, a minek megerősítését találtam azon degenerált, involutiós állapotú bacte-

riumokban, a melyek a hasüregből kivett genyben a kezelés után nagy számban voltak találhatóak. Igen sok praeparatumban feltűnt, hogy a leukocyták az ilyen, már degeneratióban levő bacteriumokat nagy számmal veszik magukba és az a körülmény, hogy a phagocytosis relative is sokkal nagyobb fokú volt a kezelt, mint a nem kezelt állatban, a savó opsoninos hatásának felvételét is jogosulttá teszi.

Igen fontosnak kell tartanom a hatás magyarázatára azt a körülményt is, hogy a savókezelés folytán igen nagyszámú leukocytá esik a hasüregben széjjel, egyrészt még a phagocytosis bekövetkezése előtt (phagolysis); másrészt igen gyakran lehetett látni, hogy a bacterium felvétele után estek szét a véresejtek, miáltal ható alkotórészeik a szabad hasüregbe jutottak.

Ezen kísérleti eredményeim alapján jogosultnak látszott ezen vérsavókezelés kipróbálása embereken. A biologiai sebkezelés irodalmát áttekintve, nem találtam olyan adatot, mely a friss, normalis állati vérsavóval emberen végzett behatóbb kísérletekről számolna be. Az állati vérsavó kipróbálásától nyilván azért tartózkodtak eddig, mivel a specifikus emberi leukocytá-antifermentet nem tartalmazó állati serumot túlgyensúlyos tartották. Kísérleti eredményeim azonban azt mutatták, hogy a friss lóvérsavó bacteriumölő hatása — a többi védő vérsavó-hatóanyag számba vétele mellett — oly nagyfokú, hogy ezen kezelési eljárás kipróbálását acut infectió, genyes folyamatokban czélszerűnek kellett tartanom. A lóvérsavó előnyös hatásának tudtam be azon jelenséget is, hogy a fehér véresejtkivándorlással karöltve vérsavó-kiizzadást is vált ki az infectio helye felé. Számos régebbi vizsgálat, mint Buchner (Münchener med. Wochenschrift. 1894. 717. o.) és Hahn (Archiv für Hyg. XXVIII. köt. 1897. 312. o.) szól a mellett, hogy a hyperleukocytás vérsavó bacteriumölő képessége jóval nagyobb, mint ugyanazon állat normalis vérsavójáé; a mi könnyen érthető is, mert a hyperleukocytás savóban a tönkremenő fehér véresejtek széteső testéből kiszabaduló hatóanyagok a vérsavó bactericid hatását nagy mértékben fokozzák. Ily értelemben a lóvérsavó befecskendezése egyrészt, a szervezetnek általa előidézett reactiója másrészt, tulajdonképpen egy többféle hatású eljárásnak tekinthető, melyben a passive, azaz a befecskendezéssel bevitt védőanyag, a lóvérsavón kívül fontos szereppel bír az ennek hatására a szervezet activ működésével produkált geny és hyperleukocytás, kiizzadott savó; minthogy pedig ezen egyszerű eljárás ily komplikált hatást fejt ki s hatásával az infectio helyére gyűjti úgy az állati vérsavó, mint a szervezet védőberendezésének leghatásosabb ható agenseit, ezen kezelési eljárást állatkísérleteim alapján a többi biologiai eljárással szemben előnyben kellett részesítenem.

(Folytatása következik.)

### A Mandelbaum-féle serumreactio typhus abdominalisban és módosítása.

Közlő: *Doctor Károly dr.*, v. egyetemi tanársegéd, a Ferencz József keresk. kórház orvosi laboratoriumának vezetője.

Az immunitás tanának alapos tanulmányozásával mind közelebb jutunk a különböző fertőző betegségek helyes felismeréséhez és gyógykezeléséhez. Jelen cikkem keretében a typhusos vérsavó immunanyagával foglalkozom és ebből kifolyólag egy gyorsan végezhető serumdiagnostikai módszert kívánok ismertetni. A módszert a Budapesten legutóbb előfordult tömeges typhusmegbetegedések alkalmával, részben a Ferencz József-kórházban Frischmann főorvos vezetésével álló osztály fekvő beteganyagán behatóan tanulmányoztam és megbízhatóságában egyetlen egyszer sem csalódtam. Hiszem, hogy egyszerűsége miatt mások is szívesen fogják használni.

Tudvalevőleg a typhus abdominalis serum-diagnosisa azon tapasztalaton alapszik, hogy a typhusban szenvedő betegek, vagy a typhus ellen immunizált állatok vérsavója az élő typhusbacillusokat sajátos élénk mozgóképességüktől megfosztja és bizonyos idő mulván kisebb-nagyobb csoport-

tokba összecsapja, agglutinálja. A typhusos vérsavó ezen tulajdonsága a *Gruber-féle* agglutininektől, vagy a mint *Pfeiffer* elnevezte, paralyisinektől származik. *Widal* kimutatta, hogy a typhusos serumnak nemcsak a reconvalescentia szakában van ilyen tulajdonsága, hanem már a betegség elején és annak egész tartama alatt, sőt évekkal később is. A *Widal-Gruber-féle* agglutinációs reactio azóta a typhusra gyanus esetekben mint diagnostikai segédeszköz az orvosgyakorlatban polgárjogot nyert.

*Widal* eredetileg makroszkopi, kémlőcsőben végzendő reactiót ajánlott, később azonban a mikroszkopi reactiót megbízhatóbbnak találta s ezt is csak quantitativ kivitelben. Kiderült ugyanis, hogy némelyik normalis, typhusban sohasem szenvedett ember seruma is adhat agglutinációt. Általában elfogadták, hogy 1—2 órán belül legalább is 1:50 arányú hígításban kell kifejezett agglutinációnak mutatkozni, hogy a vizsgált esetet typhusnak mondassuk. Minél korábban áll be az agglutinatio, annál bizonyosabban nyilatkozhatunk typhus mellett.

Feltűnő volt némely biztosan typhusos beteg serumának viselkedése. A tájékoztató mikroszkopi vizsgálat 1:20—30—60 arányban pozitívnak mondható agglutinációt nem adott, de ha a serumot tovább hígítottam, 1:80—100 arányban néhány perc múlva már a legszebb agglutinatio képe volt látható a függőcseppben.

Az ilyen hatás nélküli zónákat már mások is találták, de kevésbé hangsúlyozták. A serum ilyen viselkedésének oka nézetem szerint az lehet, hogy az agglutinációt gátló bizonyos anyagok nagyobb hígításban elvesztik hatásukat s így az előbb negatív *Widal* helyett pozitív agglutinációt kapunk.

Érdekes feladat volna annak az eldöntése, vajjon a hígabb és töményebb typhusos vérsavó ezen viselkedése valamilyen, pl. prognostikai irányban értékesíthető-e? Mindenesetre figyelemre méltó ezen észlelet már azért is, mert bizonyítja, hogy egyetlen serumconcentrációval végzett *Widal*-reactióval, ha negatív eredményű, nem szabad beérnünk, hanem többféle hígításban meg kell ismételnünk a reactiót. Ennek ismerete tehát gyakorlati fontossággal bír. Előfordulhat, hogy az agglutinatio úgy typhusra, mint paratyphus B-re pozitív. Ilyenkor meg kell állapítani, vajjon ú. n. társas agglutinatio (*Gruppenagglutination*), vagy vegyes fertőzés van-e jelen. Ilyenkor mindig a magasabb titerrel mutató agglutinatio lesz a döntő. A vegyes fertőzés kérdésében tehát vigyázni kell, nehogy a társas agglutinációt, melyet sok normalis serum is ad, paratyphusnak ítéljük.

*Kolle* egy typhus-serum agglutinációs titerét meghatározva, a typhus-, paratyphus B coli-bacillusokkal és cholera-vibriókkal szemben és összehasonlítva ugyanazon állatfaj normalis serumának titerével, a következőket találta: a typhus serum

igen erősen agglutinálja a typhusbacillusokat (1:1000),  
kifejezetten a paratyphus B-t (1:100),  
gyengén a colibacillusokat (1:30) és  
igen gyengén a cholera-vibriókat (1:10).

Ezzel szemben a normalis serum csak 1:10 arányban agglutinálja a typhus-, paratyphus B-, colibacillusokat és a cholera-vibriókat. Látható ebből, hogy míg a typhus-serum a cholera-vibriókkal szemben úgy viselkedik, mint a normalis serum, a coli- és paratyphusbacillusokat erősebben agglutinálja. A typhusos serum agglutinációs titeré azonban sokkal kisebb a rokonbacteriumok iránt, mint a homolog typhusbacillusokkal szemben. Ezen tulajdonságát a rokonbacterium-nemeknek társas agglutinációnak nevezzük. A társas agglutinatio sokkal kisebb a cholera-vibriókhöz hasonló vibrióknál s épen ezért az agglutinatio a cholera-vibriók identifikálására felette alkalmas.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a *Widal*-reactio, mint a typhus serumreactiója, specifikus s ezért diagnostikai jelentőséggel bír. Csakhogy az agglutinatio, mint láttuk,

nem annyira qualitativ, mint quantitativ értékelésben tesz megbízható szolgálatot a betegség körjelzésében. Ismeretes, hogy a normalis serum sok tekintetben hasonlít a immunserumhoz, a különbség tehát lényegében csak quantitativ. Az 1:10 hígítású normalis vérsavó ép úgy agglutinálhatja a typhusbacillusokat, mint a typhusos beteg savója 1:100, vagy 1000 arányban.

Az agglutinációs próba végzéséhez s főképpen helyes megítéléséhez szaktudás és nagy gyakorlat szükséges. Lehetőleg állandóan egy typhustörzsszel dolgozzunk, melyet 14 naponként oltunk át agarra. Használat előtt ebből készítünk 10—12 órás bouillontenyészetet a reactióhoz.

Tapasztalat szerint az agglutinatio csak ritkán ad felvilágosítást a betegség első napjaiban, hanem inkább csak a betegség második hetében.

A *Mandelbaum* által ajánlott (München. med. Wochenschrift 1910. jan.) methodus sokkal jobb a *Widal*-reactiónál, mert egyszerűbb, könnyebben kezelhető és megbízható. Egyik nagy előnye, hogy már a betegség első napjaiban alkalmazható eredménnyel és rövid idő, 3—4 óra alatt ad eredményt.

A módszer lényege tulajdonképpen ugyanaz, mint a *Widal*-reactióé, csak hogy itt nem az agglutinációt, hanem az azt megelőző úgynevezett fonalképződést figyeljük meg függőcseppben. A typhusbacillusok ugyanis a nekik homolog immunserumban hosszabb-rövidebb fonalakká nőnek, ha 3—4 óráig 37 fokon tartjuk. A typhusbacillusokból álló fonalak gyakran hurokalakot mutatnak. Ezenkívül az egyes bacillusok az immunserumhatás következtében elvesztik élénk mozgóképességüket. *Mandelbaum* előtt már *Pfaundler*, *Kraus* és *Lów* is vizsgálták az agglutinatio létrejöttének körülményeit és megemlítik, hogy az edény fenekén leülepedett bacterium-tömegben számos fonal- és hurokalakú bacteriumláncz képződik. *Mandelbaum* vizsgálatai alapján bebizonyította, hogy a bacteriumok szaporodása specifikus serumhatás következtében a folyadékközegben — nem pedig, mint *Pfaundler* hitte, az edény fenekén — történik, még pedig az agglutinatio bekövetkezése előtt. A bacteriumok a specifikus serumhatás alatt fonalakká nőnek és csak ezután, bizonyos idő múlva súlyuknál fogva ülepednek az edény aljára. A suspendált bacteriumoknak fonalképződése 3—4 óra múlva látható, a makroszkopi agglutinatio azonban sokkal később és csak az esetben, ha az immunserum titerje annak előidőzésére elég nagy volt. Az esetben, ha a serumhatás még gyenge, mint a betegség első napjaiban, egyáltalán nem kapunk pozitív *Widal*-reactiót, a fonalreactio azonban beáll. A különbség tehát az, hogy a gyenge titerrel bíró typhusos serum még nem ad bizonyító (1:50) arányban agglutinációt, a mikor a fonal-reactio segítségével már biztosan eldönthető, vajjon a vizsgált vér typhusos betegtől származik-e, vagy sem.

Az eredeti *Mandelbaum*-féle eljárást annyiban módosítottam, hogy a vér felhígítására bouillon helyett steril 0.7%-os konyhasóoldatot használok és ennek 100 köbcentiméterében 2 gr. helyett 1 gr.-nyi natr. citr.-ot oldok a vér megalvadásának meggátlására. Vizsgálataim azt mutatták, hogy a sóoldat épen olyan jó, mint a bouillon, de másrészt azzal az előnnyel bír, hogy könnyebben tehető csiramentessé és készítése sem oly körülményes.

A vizsgálat előtt röviddel körülbelül másfél cm<sup>3</sup> natr. citr.-konyhasóoldatot egy platintűnyí jól mozgó, agaron tenyésztett typhus-kulturával fertőzünk. A vér vétele és a vizsgálat úgy történik, hogy a typhusra gyanus beteg ujjhegyét megsűrjük, az előbugygyanó vércseppet előzetesen sterilizett *Wright*-féle (vastagabb végén gummisapkával ellátott) capillaris pipettával felszívjuk és natr. citr.-konyhasó-bacillus-keverékkel körülbelül tizszeresen felhígítjuk. A hajszálvégén lángon beforrasztott pipettát ezután kémlőcsőbe téve, 37 C fokon tartjuk. 3—4 óra múlva a pipetta széleesebb felső végében feltisztult rétegből platinkacsával valamicskét kivéve, függőcseppet készítünk és mikroszkop alatt megvizsgáljuk. Positívnak mondjuk a reactiót, ha négy óra múlva

minden látótérben találunk mozdulatlaná vált egyes typhusbacillusok mellett fonalképződést. Ezen fonalreactio annál tovább tart, minél erősebb titerrel bírt az immunserum. Gyenge serummal végzett vizsgálat esetén például megessik, hogy további 2 óra múlva már nem képződnek fonalak s az addig mozdulatlan egyes typhusbacillusok újból élénken mozognak.

Negatív reactio esetén 4 óra múlva a függőcseppben csupa mozgóbacillust látni, fonalképződés nincs.

Összesen 44 typhus abdominalisnak bizonyult kóresetben kaptam pozitív reactiót. Ezek közül 29 a betegség második hetében, 2 a betegség legelején, mikor csak a főfájás, a kissé bevont nyelv és a lázas állapot keltett gyanút, a többi a betegség lefolyása után 2—5 hónappal és 1 egy év múlva került vizsgálat alá. Minden alkalommal összehasonlító Widal-próbát is végeztem.

A betegség második hetéből származó esetek kivétel nélkül erős fonalreactiót és változó erősségű (1:35—150) Widal-reactiót adtak.

Három korai esetben (ezek közül kettőben a Widal-reactio negatív volt 1:20 hígításban is) kifejezett fonalreactiót kaptam, azzal a különbséggel, hogy míg előrehaladottabb betegségben a fonalak között teljesen mozdulatlan bacillusok voltak, itt a fonalak közt elvéve mozgókat is lehetett látni.

A pozitív reactiót adó esetekben később klinice bekövetkezett a typhus abdominalis körképe: roseola, léptumor stb. s így a korai körjelzés helyes volta beigazolódt. A többi vizsgálat olyan egyénekre vonatkozik, a kik 2, 3, 5 hónappal, sőt egy évvel a vizsgálat előtt állották ki a betegséget. Valamennyi esetben a fonalreactio többékevésbé erős, de mindig pozitív volt, a Widal azonban csak néhányban s akkor is kis hígításban (1:50—80). Egy, a betegség második hetében volt betegen erős fonalreactio mellett 1:30 hígításban agglutinációt kaptam s 1:80—150, tehát nagyobb hígítással is pozitív volt a Widal.

Három paratyphussal vegyes fertőzést találtam. A paratyphus felismerése ezen módszerrel ugyanúgy történik, csak hogy itt paratyphusbacillusokat keverünk a natr. citricumos konyhasóoldathoz. Ha a fonalreactio typhusra és paratyphusra is pozitív, akkor további 2—3 óráig thermostatban tartjuk a próbát és azt vesszük pozitívnak, a melyik hosszabb idő múlva változatlanul pozitív reactiót mutat. Ilyenkor rokonfajta bacterium társas agglutinációjáról lehet szó, ha azonban mind a kettő egyformán gyengül, vegyes fertőzés esete van jelen.

Használtam a *Mandelbaum*-féle módszert különféle lázas megbetegedésekben. Így tuberculosis miliaris, meningitis basilaris, endocarditis, septicaemia, polyarthritisek esetében, részint a módszer kipróbálása céljából, részint azért, mert az eseteknek némelyike typhusra gyanus volt; az említett megbetegedések egyike sem adott pozitív eredményt.

A typhus abdominalis körjelzésének ezen gyorsan és egyszerűen végezhető módszere *Mandelbaum* szerint az eddig használt Widal-próba felett a következő előnyökkel bír:

1. Megbízható eredményt ad a betegség elején, a mikor a Widal-próba legtöbbször még negatív.

2. Nem szükséges különféle serum-hígításokat készíteni, kivitele tehát igen egyszerű és gyors.

## Kisebb sebészeti közlések.

Irta: *Lobmayer Géza* dr. műtőorvos.

### I. A köröm alatti vérömleny új gyógyításmódja.

Az orvos feladata nemcsak a beteg meggyógyítása, hanem ha e cél elérésére több út és mód áll rendelkezésére, azon eljárás kiválasztása, mely leggyorsabban vezet a munkaképesség helyreállítására. Mert pótolhatatlanul elveszett az az

idő az egyénre és az emberiségre nézve, melyet tétlenül, betegségtől akadályoztatva kell eltöltenünk.

Az ipari munkásokon a sérülés egyik igen gyakori neme az ujjak zúzódása folytán keletkező köröm alatti vérömleny. Ez igen fájdalmas megbetegedés, mely az egyént munkaképtelenné teszi és igen gyakran a körömpercz komplikált törésével párosult. Ezen köröm alatti vérömleny gyógykezelését illetőleg sem a tankönyvekben, sem a végtagok sebészi megbetegedéseiről szóló monographiákban bővebb utasítást nem találunk, így csak arra vagyunk utalva, a mit tanárainktól láttunk és tanultunk. Előtte ezen gyógykezelésnek következő fajai ismeretesek: Ha a vérömleny közel fekszik a köröm distalis végéhez, akkor a köröm megemeléssel üríthetjük ki azt. Ha ellenkezőleg, a proximalis véghez van közelebb, akkor a körömágy szegélyével párhuzamosan ejtett metszéssel keresztül bocsátjuk ki a vérömlenyt. Ha nagyobb terjedelmű a vérömleny, eddigelé a legczélszerűbb és a leginkább gyakorolt eljárás volt a köröm teljes eltávolítása. Minthogy azonban mindezen eljárások helybeli érzéstelenítéssel végzendők, azonkívül a sebzés következtében, valamint a köröm eltávolítása után a körömágy érzékenysége miatt a betegek hosszabb ideig voltak munkaképtelenek s azonkívül a kinövő köröm is munkájukban akadályozta: mindez jogosultá teszi eljárásom ismertetését és ajánlását.

Koponyalékeléshez használt körkörös trepan mintájára 2 milliméter átmérőjű kis trepanokat készítettem, melyek a fogászatban használatos fűrőgépre, a motoros hajtású, vagy akár a lombfűrészelésnél használatos kézfűrőre is alkalmazhatók. Ezen trepannal az ujjnak előzetes jodtincturázása után a körömöt a vérömleny fölött megfúrom. 2 milliméter átmérőjű kör alakú nyílás támad, melyen keresztül a vér igen könnyen eltávozik, a köröm nedves sublimatos pólyával körülkötvé, az alapjához letapad s a beteg 2—3 nap múlva ismét munkaképes. Ezen eljárással megszüntetem a köröm leemelődését okozó vérömleny igen fájdalmas nyomását, elkerülöm a sebkészítés szükségességét és teljesen fölösleges a helybeli érzéstelenítés is. Még az esetben sem távolítom el a körömöt, ha a vérömleny a körömpercz nyílt törésével szövődött s ezzel sokkal kedvezőbb gyógyulási viszonyokat teremtek. Ezen eljárással a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ferencvárosi rendelésén mintegy 40 beteget kezeltem, valamennyit igen jó eredménnyel. Paronychia egy esetében is sikerült a köröm alatti genyfelgyülemelést ily módon kibocsátani, mire a folyamat megállapodott s a köröm megmaradt.

### II. A farkastorok varratának egyszerűsítése.

A farkastorok varratának azon fájánál, a melynél a lágyrészebenyek felszabadítása és a sebszélek felrészítése után sűrűn egymásután helyezük be a vékony fonalakat, melyeket csak valamennyinek behelyezése után csomózunk, gyakran megessik, hogy az együvé tartozó fonalszálak megkeresése igen nagy nehézségbe ütközik. Természetes dolog ez, a midőn a hosszú ideig állandóan vörös területre nézés után a fonalak tömege — mert hiszen teljes farkastorok esetén 30—35 varratot helyezünk be — káprázik az ember szeme előtt. Az együvé tartozó fonalak egyszerű feltüntetésére, ajánlatomra *Winternitz* egyetemi magántanár festett (kék, vörös, barna) fonalakat használt fehér fonállal váltakozva. A varrathoz igen vékony lenczérnát használunk, melyet niluskéssel, fuchsinnal és haematoxilinnal festettem meg, utána vízzel, alkohollal jól kiáztattam, azután a fonalakat a szokásos módon kezeltük acetonnal feloldott celluloiddal és sterilizáltuk. A fonalakat az eljárás nem teszi szakadékonnyá, a vér nem befolyásolja a színüket, a sebet vagy szúrtcsatornát pedig semmiképpen sem izgatják. A módosítás igen egyszerű, mindazonáltal igen megkönnyíti az eljárást és hozzájárul a műtét idejének megrövidítéséhez. Ennélfogva mindazon esetekben, a melyekben sok varratot kell elhelyeznünk sűrűn egymásután és csak a végén csomózunk, egyszerű módosításomat igen ajánlhatom.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Az elmebetegügyi törvény tervezete.** Irta: *Báró Babarcsi-Schwartz Ottó dr.*, a főrendiház tagja, m. kir. udvari tanácsos, az országos közegészségi tanács másodelnöke stb. Budapest. Wodianer F. és fiai könyvnyomdája. 1910. 8-rét, 96 lap.

Sok vívódás után lassankint köztudatossá válik ama helyes felfogás, hogy az állam legfontosabb feladatai közé tartozik a közegészségi viszonyok rendezése, a fejlődő generatio testi és szellemi erejének egyrészt a különféle káros tényezők elhárításával, másrészt a kedvező életfeltételek, milieu megeremtésével való biztosítása. A káros tényezők között szerepel az elmebetegség is, a melynek hatása az utódokon is érvényesülhet. Alig van más betegség, a melynek annyi sokféle társadalmi jelentősége van. Az elmeba josok a további generatio fejlesztésére való hatásának meggátlása, gyógyítása, a cselekményeikből eredhető káros következményeknek elhárítása, továbbá maguk és hozzátartozóik jogainak megvédése, mindmegannyi fontos közegészségi, közigazgatási, büntető- és magánjogi intézkedést kíván. De fontos az éppen kóros szellemi állapotuknál fogva önrendelkezési képességüktől, személyes szabadságuktól megfosztott egyének felügyeletével, gyógyításával megbízott intézetek, személyek kellő ellenőrzéseit, a mi csak elősegítheti az elmebajosokkal elkövetett jogtalanságról, az intézetek visszaéléseiről a közvéleményben még mindig bujkáló téves felfogás eloszlását és a felelősség nehéz súlyának könnyebb elviselését.

Hazai törvényeink eddig csak hézagosan, elszórtan és gyakran elavult állásponton foglalkoztak az elmebeteg-ügygyel, pedig nem egy intézményünk alapján a kulturáramok haladásának, fejlődésének menetében az első sorba jutottunk. Reméljük és feltételezzük, hogy a mostani kormány, melynek olyan szépen és gyorsan sikerült a régen vajudó polgári perrendtartás tervezetét a törvények fedele alá juttatni, ambíciójának fogja tekinteni az elmebetegügyi törvény megalkotását is. Feladata nem lesz nehéz, mert már a *báró Babarcsi-Schwartz Ottó dr.* által minden részében szépen s alapos szakértelemmel kidolgozott, indokolt és az országos közegészségi tanács által elfogadott, 1904-ben a belügyministerhez felterjesztett kész tervezet áll rendelkezésére. *Báró Babarcsi-Schwartz Ottó*, a ki úgyszólván pszichiátriás légkörben nevelkedett s évek hosszú sorára terjedő szakmüködése közben ismerte meg és tanulmányozta az elmebetegügy minden phasisát, a leghivatottabb kézzel, mesteri módon oldotta meg feladatát, érvényesítve mindazon elveket, a melyeket hosszú tapasztalata a tudomány és gyakorlati szükséglet szempontjából benne megérlett.

Az általa kidolgozott elmebetegügyi tervezetet most külön kiadásban bocsátja a szakközönség elé. Nagyon kívánatos, hogy a jogi szakkörök, a kormány eredményes tevékenységre sarkaló figyelmét is minél előbb felhívja.

A terjedelmes és alaposan megalkotott dolgozat az elmebetegügy vezetését állami feladatnak tekinti s hangsúlyozza, hogy az elmebetegség neme és tartama a törvény szempontjából közömbös, a mi annál is inkább helyes, mert a kórformák taxative felsorolása félreértésekre szolgáltatathatna alkalmat, tekintettel különösen a tudomány haladásával járó megváltozó felfogásra. Az intézetben való elhelyezés szükségének fontos kriteriumául a közveszélyességet tekinti, a mi azonban nem zárja ki az elmebetegnek egyéb alapon való facultativ felvételét. Meghatározza a különféle elmebetegítő-intézet jellegét, felállításának feltételeit, berendezését, vezetését, az alkalmazható személyzet minősítését, számát, feladatát, a betegek felvételének módjait, állami ellenőrzését, a gondnokság alá helyezési eljárástól való különválasztását. Ez utóbbira nézve nagyon fontos, hogy a tervezet a bíróság ellenőrzését csupán az intézetben való tarthatásra szorítja s a konstataált elmebetegségnek még nem szükségképpen való folyománya a gondnokság alá helyezés, a mint ez a polgári

perrendtartásról szóló törvényben is kifejezést nyer. Az intézetből való elbocsáthatás vitás esetében a bíróság határozata lenne döntő. Részletesen foglalkozik azon kérdéssel, miként gyakorolja a hatóság felügyeletét az elmebetegek felett az intézetekben és az intézeten kívül. A hatósági közegeknek az intézetekkel és a betegekkel való gyakoribb érintkezése alkalmas a kölcsönös bizalom emelésére és az előítéletek, téves felfogások eloszlására, másrészt a családok körében tartózkodóknál a megfelelő felügyelet, ápolás, gyógyítás, elbánás minősége jobban van biztosítva. A tervezet meghatározza a felügyelő hatóságok tagjait a községekben, rendezett tanácsú, törvényhatósági joggal felruházott városokban és a székesfővárosban. Mindenütt három fokot különböztet meg s az orvosi szakértelemnek mindegyiknél megfelelő befolyást enged. A legfelsőbb felügyeleti hatóság az egész országra a belügyminister, a kinek szaktestülete az elmebetegügy terén is az országos közegészségi tanács.

Gondoskodik a tervezet az elmebeteg nyilvántartásáról, az elmebetegintézetbe önként belépés módjairól, az ilyen esetben alkalmazandó irányelvek megállapításáról, továbbá a bűnvádi eljárás alatt álló elmebetegek felvételéről, elhelyezéséről, elbocsátásának feltételeiről. Végül pedig az intézetbe való felvétel, a betegek ellátása, gondozása körül felmerülhető büntető eljárásokkal foglalkozik.

A részletekről tájékozást nyújt a nagy gonddal és alapos szakismerettel összeállított, világos, áttekinthető modorban írt tervezet.

*Motavcsik Ernő Emil.*

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**Az idősült székrekedés paraffin-kezeléséről** ir *Lipowski*, a ki ezen eljárásról már másfél évvel ezelőtt beszámolt a berlini orvosegyet egyik ülésén. Vizsgálatai kimutatták, hogy a felszívódás a végbélben egyénileg különböző. Normalis viszonyok között nem nagy, idősült székrekedésben szenvedőkben ellenben erősen fokozott, a minek következtében a béltartalom keménynyé és erősen tapadóvá válik s így egyrészt mechanice nehezebben üríthető ki, másrészt a bél falához erősen odatapadása miatt a bél nyálkahártyáját anatomicé és physiologicé megkárosítja. Rekto-romanoskopiával csakugyan látható, hogy a végbél normalis nyálkahártyával ellentétben — a mely olyan, mint a gyermek torok-nyálkahártyája — az idősült székrekedésben szenvedők végbél-nyálkahártyája a sokat dohányzók torok-nyálkahártyájához hasonlít. A szerző tehát iparkodott a fokozott felszívódást megszüntetni, a mit 37—38°-on megolvadó paraffin-keveréknek a végbélbe fecskendezésével ér el. Az egész eljárás technikája röviden a következő: A paraffin-keveréket lángon melegítéssel elfolyósítjuk; hőmérsékét ujjunkkal ellenőrizzük. Megtöltve a fecskendőt, térdkönyök- vagy oldalfekvésben bélcsövet vezetünk be 10—15 centiméternyire s ezen át a fecskendővel 200 cm<sup>3</sup> paraffint befecskendezünk. A paraffinnak időelőtti megkeményedését meggátlandó, a bélcsövet és a fecskendőt meleg vízbe mártással előre megmelegítjük. A beöntés után a beteg néhány perczig fekvé marad. Az eljárás többnyire este történik. Ha másnap reggel mintegy 1/2 órával a reggeli után nincs spontan székürülés, 1/2 liter physiologiai konyhasó-oldat beöntésével idézzük elő. Erre azonban rendszerint nincs szükség. A mikor 8—10 nap múlva a székürülés már rendes, mintegy 100 cm<sup>3</sup>-re redukáljuk a befecskendezett paraffinmennyiséget. További 8—10 nap múlva megkíséreljük a két-naponként való befecskendezést; ha e közben valamelyik nap elmarad a szék, physiologiai konyhasó-oldat viendő be. Ha a székletét a paraffin-kúra ellenére kemény marad, czélszerű a paraffin helyett egy ízben 1/4 liter megmelegített lenolajat befecskendezni. Ezzel az eljárással a legtöbb esetben néhány hét alatt rendeződik a szék. A betegek azonban utasítandók, hogy később is, a bélsárnak esetleges besűrűsödése esetén tüstént végezzenek egy paraffin-befecskendezést. Az eljárás csak valódi obstipatio esetén javalt; ugyanis nem mindenki szen-

ved obstipatióban, a ki erről panaszkodik. Ellenjavalt a paraffin-kezelés ideges, hysteriás egyéneken, mert ezekben nem a felszívódás fokozott volta az oka a székrekedésnek, hanem az inger kiváltó idegműködésben van a hiba; ellenjavalt továbbá az eljárás a bélpassage mechanikai akadályozottsága esetén. Még csak azt akarjuk megjegyezni, hogy a paraffin-keverék előállítására nem könnyű s azért célszerű a kellőképpen előkészített keveréket készen vásárolni. (Deutsche Paraffinvertriebgesellschaft, Berlin, W., Haberlandstr., ugyanott hozzávaló jó és olcsó fecskendő is kaphatók.) Egy liter kész paraffin-keverék ára 1 márka 80 fillér, egy 200 cm<sup>3</sup>-es befecskendés tehát 36 német fillér, s így az eljárás nem drága. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 50. szám.)

### Sebészet.

**A merev thorax operatív mobilizálásának új módszerét** ajánlja *Klapp* és *Goedel* (Berlin). Az utolsó német sebész-congressuson történt közlésekből kitűnt, hogy a mereven dilatált thorax mobilizálására a perichondriumnak, illetőleg a bordák periosteumának teljes eltávolítása szükséges, mivel különben az eltávolított bordarészletek regenerálódhatnak; a perichondrium eltávolítása pedig nehéz és eléggé veszélyes eljárás. *Klapp* felszólítására *Goedel* állatkísérleteket végzett az irányban, nem csökken-e a periosteum, illetve perichondrium regeneráló képessége a perichondrium osteogen rétegének cauterisatioja után. Kitűnt, hogy kisebb defectus eseteiben, melyek az 1-5 cm. hosszúságot meg nem haladják, a cauterisatio daczára a porc regenerálódik; nagyobb bordadarabok resectioja után a cauterisatio megakadályozta a csontképződést. Az észlelések egészen 69 napig terjedtek. Embereken *Klapp* eddig egy esetben kísérte meg az eljárást; bizik abban, hogy a reszekált borda nem fog regenerálódni. (Zentralblatt für Chirurgie, 1910. 39. szám.) *Gergő.*

**Az adrenalint tartalmazó konyhasó-oldattal végzett infúziók veszélyére figyelmeztet** *W. Merkens* (Oldenburg). *Berendes* adrenalint tartalmazó konyhasó-oldatot intravenosus infúziója után rázó hideget és 40 fokig terjedő hőemelkedést tapasztalt. *Haberer* pedig ezen tünetek mellett exitus letalist is észlelt. *Merkens* maga átfűródő vakbélgyulladás után keletkezett peritonitis esetében egy liter physiologiás konyhasó-oldatot alkalmazott intravenosus, az oldatba 10 csepp adrenalin-oldatot is tett. Egy negyed órával később rázó hideg jelentkezett, a sensorium zavartá lett, a pulzus szaporává és alig érzhetővé vált és néhány óra múlva beállott a halál. *Merkensnek* határozottan az a benyomása volt, hogy a gyors kimúlást az infusio okozta. (Zentralblatt für Chirurgie, 1910. 42. szám.) *Gergő.*

### Szülészet és nőorvostan.

**A dysmenorrhoeáról** ír *Sippel* (Frankfurt am Main). A dysmenorrhoea előidéző okait két csoportba osztja be: mechanikai és nervosus alapon fellépő tünetcsoportba. *Mechanikai* alapon jelentkező fájdalmak 3 esetben jöhetnek létre: 1. Veleszületett vagy szerzett belső méhszájszűkületnél (stenosis orificii uteri interni); a külső méhszáj ilyen nagyfokú szűkülete igen ritka és csak túlságos heges összenövéssek szokták létrehozni. 2. Hyperanteflexiónál és retroflexiónál. 3. Kicsiny, az orificium internumra reáefekvő vagy a cervixcsatornát kitöltő myomák-nál és nyálkapolypusoknál.

A *nervosus* dysmenorrhoeának két fajtája van *Sippel* szerint. 1. Az egyik a méhizomzatnak általánosságban vett fájdalmas összehúzódásán alapul. 2. A másik a méh egyes szakaszaiban, különben rendes (koordinált) összehúzódási viszonyok zavarán alapul, a mely leggyakoribb a belső méhszáj tájékán gyakori, abnormis, görcsös összehúzódások alakjában. Hivatkozik *Fellner* vizsgálataira, a melyek szerint a nervus erigenus (vasodilatator) és a nervus hypogastricus (vasoconstrictor) idegtörzsek szabályozói a méhösszehúzódásoknak is. Ezeknek a physiologiás coordinatiótól eltérő beidegzési zavarai okoznak az orificium internum spasmusos megsűkülését, a menstruationális vér megrekedését

és a fájdalmakat. Utóbbiak reflex útján jönnek létre és leginkább az orificium internum tájára lokalizálódnak, a mely köztudomás szerint a legérzékenyebb pontja a méhnek.

**Kezelés.** Általánosságban hangsúlyozza, hogy nem helyes az asszonyokon előforduló, sokszor súlyos nervosus zavart könnyedén hysteriának minősíteni; sok esetben nem felel meg ez a valóságnak.

A mechanikai alapon támadó dysmenorrhoea ellen a lamiaria-dilatatiót ajánlja (ennek az eljárásnak előnyt ad a discissióval szemben), méh-helyzetváltozásnál a dölések megjavítását.

Nervosus dysmenorrhoea esetén az általános medicamentosus kezelésnek és roboráló eljárásnak van helye; bár sokszor a belső méhszáj kitágításával — ha nem is szűkült feltűnően — javíthatunk a helyzeten, mert annak izgalmaikat csökkentjük.

Óva int attól, hogy a virgókön jelentkező fájdalmak esetén rögtön sebészileg avatkozzunk be. Az általános, erősítő kezelés itt van csak igazán a helyén. Az esetek legnagyobb részében a menses előtt pár nappal vett langyos ülőfürdők, thermophor, a székürülés rendezése, opium-belladonna-kúp rendszeren segítenek; az első terhesség és szülés után pedig a panaszok tapasztalás szerint többnyire megszűnnek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 39. sz.) *D. Scherer.*

### Gyermekorvostan.

**Meningitis nélkül lefolyt septicaemia meningococcicáról** tartott előadásában *Netter*, felemlítve az irodalomban ismertetett több ilyenű esetet, egy saját észleletéről számol be. Esete hat éves lánykára vonatkozik, kinek testvére a megbetegedése előtt 4 nappal meningitis cerebrospinalis epidemicaival került a kórházba. Nagy elesettséggel, magas lázzal az egész testen elszórt, részben erythemás, részben pustulás, vesiculás és urticariaszerű kiütés jelentkezett, az agyhártya vagy az agyvelő részéről minden tünet nélkül. Noha a lumbal-punctio is negativ eredményű volt, mégis 30 cm<sup>3</sup> *Flexner*-serumot adott a gyermeknek a gerinczsatornájába. Másnapra véres szék és az anus-nyílásból folytonos vérszivárgás. Az 5. napon a láz folytonos csökkenése mellett a kiütés eltűnt és utána typosus serum-exanthema jelentkezett.

A vérből oltás nem történt; de a felgyógyult beteg serumá még 1:400-szoros hígításban is erősen agglutinálta a meningococcus kulturáját.

Az irodalomból még öt hasonló esetet ismertet és ezek, valamint saját megfigyelése alapján oda következtet, hogy a megbetegedésnek ezen formája, ha nem is gyakran, de előfordul. Prognosisa rendszeren rossz; de abortív lefolyást is mutathat. A saját esetében észlelt gyors javulást a *Flexner*-serumnak tulajdonítja.

A betegség ily formában való megjelenése mellett fel kell venni, hogy az agyvelőnek fertőződése meningococussal nem csupán az orron keresztül a nyirokutakon jön létre, hanem a vérpálya útján is történhetik. E körülmény mellett bizonyítanak azok az esetek is, a melyekben a meningitis mellett a bőrön petechiák jelennek meg.

A kórjelzés a vérből való oltás és a beteg serumával való agglutinatio útján állapítható meg. A mi a gyógyítást illeti, csak a *Flexner*-serumtól várhatunk eredményt. (Bulletin de l'Académie de médecine, 1910. július 27.)

*Bókay Zoltán dr.*

**A vaccinatio új módját** ismerteti *Wassermann*. A jelenleg végzett oltó eljárásnál, mikor oltógerelyt alkalmazunk, könnyen megtörténhetik, hogy vagy nem eléggé skarifikáljuk a bőrt, vagy ha a gyermek nyugtalan, túlságosan nagy sebet ejtünk, ennek következtében a helyi reactio néha semmi, más-kor meg nagyon erős a belekerült sok oltónyirok hatása folytán. Ezért a *Pirquet* által az intracutan reactiohoz alkalmazott kis műszert ajánlja, a melylyel az okozott sebészek mindig egyforma nagyok és a melynek segítségével a sebésbe is mindig egyenlő mennyiségű oltónyirok jut. A műszert merőlegesen a bőrfelületre helyezve, miután a csator-



náját oltónyirokkal megtöltöttük, rotációs mozgással enyhén a bőrbe nyomjuk. A bőrön kis nyílás képződik, körülötte a collateralis vérbőség folytán kis piros udvarral; vérzés sohasem támad.

A kis papula egy hét múlva piros lesz, vesiculává alakul, a mely a második-harmadik hét végén éri el teljes kifejlődését. Soha sincsenek hónalj táji fájdalmak, dermatitis nem fejlődik a felkaron. A *Pirquet* ajánlotta rotációs scarificatio tehát nemcsak a cutan tuberculin-reactio végzésére, hanem a vaccinatióra is jól használható. (Journal of the American Medical Association, 1910 szeptember 17.)

Bókay Zoltán dr.

### Venereás betegségek.

**Herpes zostert** észlelt *Bettmann* (Heidelberg) *salvarsan-injectio nyomán*. Ma már kétségtelen, hogy a herpes zosternek fertőző alakján kívül valódi toxikus alakja is létezik. Bizonyított toxikus herpes zosternek azonban ez idő szerint csak az arsenzoster tekintjük. Ez általában korántsem valami gyakori betegség s így az arsenkezelés, illetőleg arsenmérgezés és a zoster közötti okozati összefüggést nem volt könnyű bizonyítani. A bizonyítást leginkább statisztikákkal (*Bókay, Nielsen, Zeissler* s mások) sikerült elérni, mert egyébként egészen jól fel lehetne venni, hogy a zosteres eruptio azon alapszinttel (legtöbbször idegbaj) áll bizonyos összefüggésben, mely ellen az arsenes kezelést rendelték. Nehezíti a zoster arsenes eredetének bizonyítását az a tapasztalat is, hogy a toxikus és az egyéb okból származó zoster között klinikailag semmiféle különbség sincsen. A salvarsannak várható rendkívül kiterjedt használata alighanem több világosságot fog az arsenzoster pathológiájára vetni. Ez különösen azért várható, mert az *Ehrlich*-kezeléssel igen erőteljes arsenosist viszünk a szervezetbe. Hogy ennek a kezelésnek nyomán az arsenzoster nem lesz túlságosan ritka, azt azért tartjuk valószínűnek, mert *Bettmann* 230 salvarsan-injectio közül eddig már 2 ízben észlelt ilyen. Mindkét esetben a mellkason ülő zoster forgott fönn, mely teljesen típusosan támadt és folyt le. A zoster mindkét esetben az injectio utáni 5. napon jelentkezett. A második esetben a zoster nem esett távol az injectiótól, melyet a szerző a hát bőre alá adott s így talán az applicatio maga is hozzájárulhatott az eruptiohoz. Az első esetben azonban intraglutealis volt a salvarsan-injectio, tehát távol esett az utóbb kifejlődött zosterrel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 1. sz.) (A zoster-esetek száma a salvarsan-injectiók nyomán alighanem gyorsan fog szaporodni, mert magam is észleltem már az első 70, 606-tal kezelt eset között egy típusos, kiterjedt és rendszeren lefolyó baloldali mellkasi zoster. Ref.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A Goldschmidt-féle irrigatiós urethroskoppal** nyert képeket *O. Scheffer* a következőképp magyarázza. Először is az tűnik fel, hogy a képek többnyire egyformák, tekintet nélkül arra, hogy egészséges vagy idülten hurutos húgycsővet szemlélünk-e. A nyálkahártya mindig ugyanolyan elmosódottan szürkessárga vagy vörössessárga színű és csak kivételesen látunk imitt-amott némi halvány eres belőveltséget. Hosszredőket természetesen sehol sem látunk, minthogy a víznyomás az urethrát egyenletesen kifeszíti, e helyett azonban számos keskenyebb-szélesebb gyűrűalakú redők láthatók; a lacunák és a mirigyek kivezető csövei úgy normalis, mint kóros esetekben mint sötét, a nyálkahártya felszínén fekvő és eltérően nagy lyukak jelentkeznek.

Chronikus urethritis esetében a kör alakú ránczok szélesebbek mint rendszeren, sőt beszüremkedés, de különösen strictura esetében határozott niveau-differentia észlelhető az egészséges és a kissé infiltrált, valamint ez utóbbi és a még jobban beszüremkedett helyek között. A pars posteriorban először is a sphincter vesicae alsó széle és az e körül fekvő húgycsőrészek tűnnek szemünkbe. A sphincter széle félhold-

alakú és fiatal, egészséges egyéneken egészen sima ráncz képében jelentkeznek; öregebb egyéneken és olyanokon, a kik chronikus kankóban szenvednek, ez a szegély nem sima, hanem rendetlenül ránczos.

Az ondódomb hátulról világítva elmosódottan világos sárgásszürke, felülről megvilágítva pedig mindig hófehér színű és a tetején finom eres rajzok láthatók. A colliculus alakja betegség esetében gombaszerű, széles alappal és széles kalappal. A sinus prostaticus mint kicsiny, kerek besüppedés jelentkezik, melynek sötétvörös színe élénken elüt az ondódomb sárgás színétől. A ductus ejaculatorii mint többé-kevésbé elmosódott vörös pontok láthatók és pedig csak azok, melyek a colliculusnak az orificium externum felé néző lejtőjén fekszenek.

Prostatitis esetében a prostatának megnagyobbodott oldalsó lebenyei mint kerek vagy hurkaszerű tömegek láthatók, a mint a húgycső lument oldalról szűkítve a látótérbe benyomulnak. Az irrigatiós urethroskopia nyújtotta képeknek ez idő szerint az a főelőnyük, hogy a húgycsőnek különböző részeit plasztikusan szemléltetik. (Zeitschrift für Urologie, IV. Bd.)

Drucker Viktor dr.

### Orr-, torok- és gége bajok.

**A gégetuberculosis kezeléséről** tartott előadást *Schröder* a tüdőbeteg-sanatoriumok orvosainak müncheni nagygyűlésén (1910 szept.) Tapasztalásai 416 gégegyümökörös betegre vonatkoznak, a kiket a schönbergi gyógyítóintézetben 14 év alatt kezelt, átlag 140 ápolási nappal. Ezekről táblázatos statisztikát közöl. Tapasztalatait és álláspontját a következőkben összegezi: 1. A gégetuberculosis sikeres gyógyítása szempontjából igen fontos a korai diagnózis, a mely localis inspectióval szinte bizonyossággal megállapítható. Minden tüdőbeteg gégejét tüzetesen meg kell vizsgálni. 2. A gégegyümökört legsikeresebben zárt intézetben lehet gyógyítani. A nép-sanatoriumokba a még gyógyítható gégegyümős betegeket fel kell venni. 3. A therapia lényege az általános kezelés. Csak a tüdőbeli folyamat javulása és gyógyulása esetén várható siker a gégetuberculosisban is. Minden lázas vagy lázra hajlamos beteget conservative kell kezelni, valamint azokat a betegeket is, a kik oly complicatiókat mutatnak, a melyek miatt a tüdőbeli folyamat rosszabbodásától kell tartani. 4. Alkalmos esetekben céltudatos sebészi beavatkozással jó siker érhető el. 5. A tuberculin-kezelést gégetuberculosis esetében csak nagy tartózkodással és óvatossággal szabad alkalmazni. E kezelés a localis kezelést sohasem pótolja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 45. sz.)

Safranek dr.

**A felső légutak tuberculosisának jodnatriummal és ozonnal kezelését** *Pfannenstiel* már a múlt év elején közölte (Hygiea, 1910. 5. sz.). Most újabb eseteit ismerteti, a melyekben eljárása sikerrel járt. Eljárása abban áll, hogy belsőleg jodnatriumot szedet és egyszersmind ozon-inhalatiókat végeztet; állítólag a fekélyesedések felületén a jodnatrium hasad, a jod szabaddá válik és in statu nascendi fejti ki hatását. Az eljárás csak felületes fekélyesedéssel járó esetekben alkalmazható.

Safranek dr.

### Orthopaedia.

**A térdizületi merevség gyógyításának** egyszerű módját ismerteti *Th. Müller*, Kausch tanár assistense. A gyógykezelés különösen oly helyen s főleg a vidéki gyakorlatban látszik alkalmasnak, a hol az ízületek mozgására szolgáló készülékek nem állnak rendelkezésre. Az ízület megmozgatását, különösen behajlítását először narcosisban végzi s az ad maximum behajlított térdet ezután megfelelően alkalmazott pólyamenetekkel rögzíti pár napra. Ezután következik a térd tulajdonképpen mozgása, mely abban áll, hogy az ágyban fekvő beteg térdaljába tett, keskenyre összehajtogatott törülköző kendővel az ágy fölött hosszában elhelyezett rúdon levő csigán áthúzott, a kendőhöz kötött zsinór segítségével a czombot felemeli s a csípőizületben behajlítja, a mi által a

lábszár is felemelkedvé, megtámasztás nélkül a levegőben lóg s saját súlyánál fogva lesúlyed — a mit elő lehet segíteni a lábra akasztott homokzsákmegteheléssel — s így a térd erősen behajlik. Ily helyzetben marad a végtag egész nappal, este pedig a kötéléket eltávolítva, éjjen át a térd magától lassan kinyúlik. Így végzi ezt addig, míg a térdizület hajlékonysága teljesen szabad lesz. Az egész kezelés alatt a végtag massage, fürdők s más eljárások számára jól hozzáférhető. A szerző az eljárást mint egyszerűt s célra vezetőt nagyon dicséri. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 49. füzet.)

Kopits dr.

### Röntgenologia.

**A Röntgen-sugárnak a daganatokra gyakorolt hatását** kutatta *Werner* és *Caan* 255 eset kapcsán. Az esetek egy részében a daganatokat a többi daganat-ellenes szerekkel és eljárásokkal is kezelték, így formicinsavval, atoxillal, fulguratióval, radiummal, stb.

A szerzők azt a régi eljárásmódot találták helyesnek, hogy a míg kirítható a daganat, addig operáljunk. A Röntgen-kezelés műtéti eljárással kapcsolatban nagyon hasznosan alkalmazható mint adjuvans eljárás. Adjuvans lehet a műtét előtt oly esetekben, mikor a tumort kisebbíti és az összenövésekből meglazítja, mert ily módon az azelőtt inoperabilis daganatot operabilissá teszi. Adjuvans lehet az operatio után alkalmazva a recidiva elkerülése szempontjából. Ezen utólagos röntgenezésről a szerzők nyomatékosan hangsúlyozzák, hogy míg a friss, még nyitott műtéti sebnek a röntgenzése igen hatásos, addig a begyógyult seb felett a visszamaradt daganat-részletekre vagy a recidivákra a Röntgen-sugárnak igen sokszor nincs hatása.

A szerzők a Röntgen- és más kezelések eredményeit is összehasonlítják s véleményük szerint inoperabilis daganat ellen legsikeresebben a Röntgen-sugár hat. Azonban inoperabilis daganat kezelésekor mindig szemünk előtt legyen, hogy bár a Röntgen-kezelés sokszor váratlanul vagy teljes gyógyulást, vagy lényeges daganatkisebbedést eredményez, mégis vannak oly daganatok, a melyek a legerélyesebb kezelésnek is ellentállnak.

A Röntgen-besugárzás mennyiségét esetről-esetre változtatni kell, mert vannak a Röntgen-sugár iránt érzékenyebb s kevésbé érzékeny daganatok s ha a dosis a daganat gyors elhalását vagy ellágyulását hozza létre; a szervezet igen lassan vagy egyáltalán nem tudja a támadt anyaghiányt betölteni.

Mindezeket figyelembe véve, minden inoperabilis daganatot okvetlenül vegyünk Röntgen-kezelés alá, mert a gyors javulás lehetősége soha sincs kizárva. De ha azt tapasztaljuk, hogy már a kezelés elején a beteg állapotában rosszabbodás áll be, akkor kontraindikált a további Röntgen-kezelés, mert a tapasztalatok szerint ily esetben még a legerélyesebb dosi-soknak sincs hatásuk. (Münch. med. Wochenschr., 1910. 26. és 27. sz.)

Hruby dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A konyhasóoldat-infúziók,** esetleg adrenalinval kapcsolatban, sürgős esetekben intravenásan adva nagy szerepet visznek a gyógyításban. Főleg súlyos vérzés, szívcollapsus és mérgezés eseteiben sokszor életmentő hatásúak. Úgyel-nünk kell azonban, a mint legújabbban *Frankenstein* figyelmeztet rá, hogy a veséknek nem egészen normalis volta esetén a konyhasó káros lehet a vesére. Ezért uraemia, eclampsia eseteiben inkább a hypotoniás sóoldatok használ-landók, vagy még jobb, ha 4<sup>o</sup>-os cukoroldatot fecskende-zünk a vérbe. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 45. sz.)

**A sebészeti gümőkórnak** *Calot* ajánlotta conservatív kezelését kámfornaphtollal *Wreden* nagyon ajánlja. A tisztá kámfornaphtolt (2:1) csak tályogokba és fistulákba fecskende-zésre ajánlja; interstitialis befecskendéseket glycerinemu-lsióval végez (1 rész kámfornaphtol 2—5 rész glycerinre). (Zeitschr. f. orthopaed. Chir., 21. kötet, 4. füzet.)

**A novocain veszélytelenségét bizonyítja** *Krecke* esete. Gégerák operálásakor két oldatot használt: 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-osat bőr alá fecskendezésre és 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-osat a megnyitott gége beecsetelésére. Az egyik segéd tévedéséből ez utóbbiból fecskendezett be 1 cm<sup>3</sup>-t, vagyis 2 gr. novocaint, a nélkül, hogy a legcseké-lyebb kellemetlenség támadt volna. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 46. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1911. 3. szám. *Neubauer Adolf:* Fülbalesetek meg-ítélése, fülbajok szimulálása és aggravalása. *Hainiss Géza:* A Finkelstein-Meyer-féle fehérje-tej therapiás hatása.

**Orvosok lapja,** 1911. 3. szám. *Manninger Vilmos:* Az érzés-telenítésről.

**Budapesti orvosi ujság,** 1911. 3. szám. *Gerlőczy Zsigmond:* A cholera-betegség jelenségei, diagnosisa és gyógyítási módjai. „Szemé-szeti Lapok“, 4. szám. *Goldzieher Vilmos:* 1. Ritkább retinameg-betegedések. 2. Az ideghártya leválása. 3. Az ideghártya-leválás kezelése.

### Vegyes hírek.

**Enquète a fogtechnikusok ügyében.** A fogtechnikusok műkö-dési körének és képzésének szabályozása tárgyában január 16.-án *Zichy János* gróf vallás- és közoktatásügyi minister enquète-ot hívott össze, melyen a következők jelentek meg: A budapesti orvosi fakultás részéről *Réczey, Dollinger* és *Árkövy* tanárok, a kolozsvári orvosi fakultás részéről *Makara* tanár és *Höncz Kálmán* dr. magántanár, az Országos Orvosszövetség részéről *Kéty Károly* tanár, a belügyministerium részéről *Kampiss János* dr. osztálytanácsos, a kereskedelmi ministerium részéről *Fenyvessy József* dr. osztálytanácsos. Megjelent továbbá *Frank Ödön* dr. közegészségügyi főfelügyelő, *Szegedy-Maszák Elemér* dr. iparfelügyelő, *Szabó József* dr. egyetemi magántanár a „Stomatologusok Országos Egyesülete“ és *Rothmann Ármán* dr. magántanár a „Magyar Fogorvosok Egyesülete“ képviselője, *Barna Izor,* a fogtechnikusok ipartestü-létének elnöke és *Döhner Kamill,* ezen ipartestület titkára. Az orvosi fakultásokat képviselő tanárok közül *Makara* tanár a fogtechnikusok működési körének kiterjesztését, nevezetesen nekik a foghúzás és fog-tömés megengedését pártolta, a többiek ez ellen foglaltak állást s a fogtechnikusok működését tisztán az ipari ténre kívánták szorítani. Ezen utóbbi felfogáshoz csatlakoztak a szakorvosok képviselői is, sőt még tovább mentek, a mennyiben azt követelték, hogy a fogtechnikusok ne is alkalmazhassák maguk az általuk készített műfogakat a cliens szá-jában s a közönséggel ne is érintkezessenek közvetlenül, hanem ipar-termékként csakis az orvosnak szállíthassák. Ezzel szemben a fogtech-nikusok azt kívánták, hogy a fogtechnikus-ipar mint olyan szűnjék meg, iparigazolványokat ezentúl ki ne adjanak s bizonyos intézkedések (szaktanfolyam, szakvizsgálat) útján a ma élő fogtechnikusok eddigi foglalkozásukat, a mely részben kiterjed a fogorvoslásra is, zaklatások nélkül tovább üzhessék.

Az enquète-en résztvevők többsége végül a következő irányelvek-ben állapodott meg: 1. A fogorvoslás két része: az orvosi és ipari, egymástól teljesen elválasztandó. 2. Intézkedések történjenek, melyek útján a specialis fogorvosi képzés és az ipari képzés megszereshető legyen. 3. A fogtechnikus ipartermékét csak a fogorvosnak szállíthassa s ne alkalmazhassa maga a cliens szájában. 4. A már hosszabb ideje működő fogtechnikusoknak tétessék kivételesen lehetővé, hogy foglalko-zásukat a törvények szabta korlátok közt tovább is gyakorolhassák, vagyis hogy a közönséggel közvetlenül érintkezessenek.

*Dollinger Gyula* tanár az enquète-en elmondott felszólalását szí-ves volt rendelkezésünkre bocsátani. Kiemeljük belőle a következőket: „Ausztriával együtt mi egyedül vagyunk abban az irigylésreméltó helyzetben, hogy minálunk fogorvosi gyakorlatra a törvény által feljogo-sítva csakis universae medicinae doctor van. A fogfájásnak nem a fogszú az egyedüli oka. A fogorvosnak tudnia kell, hogy lehet annak az oka idegzsába, az arczöböl hurutja vagy genyedése, az állkapocs-csont fer-tőző gyuladása és még számos más betegség is. Tudnia kell, hogy egy kis fekélyke a foghúson lehet syphilis, rák, tuberculosis, sugárgomba, hogy egy kis daganat lehet sarcoma, a mely a rákbetegséggel egyenlően rossz, hogy egynéhány lógó fog esetleg a cukorbetegség jele, a mi, ha jelen van, életveszélyessé teheti a betegre nézve az általános érzéstelenítést; ismernie kell a helybeli érzéstelenítő-szereknek nemcsak jóté-kony hatását, hanem veszedelmeit is és klinikai éveiből tudnia kell, hogy mit tegyen, ha haemophiliás beteggel van dolga, a kinek közön-séges módon nem lehet a vérzését elállítani és hogy hogyan járjon el az általános érzéstelenítés esélyeinél.

A fogtömés és fogkezelés igen minutiosus műtétek, a melyek álta-lános orvosi ismeretek mellett még a fog anatómiájának, élettanának és kórtanának is legpontosabb ismeretét és azonkívül még általános sebé-szeti ismereteket is tételeznek fel, a melyekre nem lehet bármilyen, egyébként ügyeskezü embert, a ki orvosi képzettséggel nem bír, néhány hónap alatt betanítani.

A műfogak alkalmazásakor a szájüreg előkészítése, megítélése annak, hogy melyik fog maradjon meg, mind orvosi megítélés alá esik. A fogtechnikus szerepe ott kezdődik, a mikor a fogorvos mindezt el-végezte, a beteg foghúsáról mintát készített, az alkalmazandó műfog

kiválasztotta és a technikuskak átadta, hogy a minta szerint elkészített foglalatba erősítse. Ez tehát tisztán mechanikai művelet, a mely semmiféle orvosi ismereteket sem tételez fel. Több kisebb-nagyobb műhely van minálunk, a mely ilyen műfogsorokat készít a fogorvosok számára és ezzel igen szépen keres. Ezek tehát műszaki segédjei a fogorvosnak, ép úgy, mint a műszerész a sebésznek, vagy testgyógyásznak, a kinek az átadott minta szerint betege számára gépet vagy mülábat készít.

Egyike-másika ezen fogtechnikuskoknak azonban ezzel nem éri be, manualis ügyességénél fogva elsajátítja a fogtömésnek és a rendetlenül nőtt fogak egyenesítésének egynéhány műfogását, saját maga által vett minta szerint készít betegek számára műfogsorokat, tehát orvosi műveleteket végez. Most azután már csak az szükséges, hogy ehhez a hivatalos feljogosítást is megnyerje és ezáltal az orvosi gyakorlat kapui számára teljesen kitarulnak. Az a körülmény, hogy az osztrák fogtechnikuskoknak sikerült kormányukat reábirni, hogy érdekükben törvényjavaslatot tegyen a ház asztalára, felbátorította a mi fogtechnikuskainkat is, hogy hasonló kéressel ostromolják meg a mi ministeriumainkat.

Akármi legyen is az a képesítés, a mely terveztetik és akárhogy akarják is szabályozni a fogtechnikuskok működési körének kérdését, az okvetlenül hibás, ha legkevésbé is változtat a jelenlegi helyzetben. Mihelyt megengedi, hogy a fogtechnikuskok a beteg szájában gyógyító beavatkozásokat végezzen és mihelyt még arra is vállalkozik, hogy erre a célra a fogtechnikuskokat még ki is tanítsa, mai fogorvosaink mellé egy második, kevésbé jól képzett fogorvosi rendet állít.

Ezen rend tagjai tökéletlen középiskolai képzéssel vagy annak hiányában, miután esetleg valami ipar- vagy kereskedelmi ágba szerencsét próbáltak, a természettudományok ismerete nélkül lépnek be abba a tanfolyamba, a mely őket a kellő megalapozás nélkül bizonyos gyakorlati fogásokra tanítaná be, és miután ezekből a vizsgát letették, ellátná őket azzal az oklevéllel, a mely immár fogászati gyakorlatra adja meg nekik a feljogosítást. A közönség mindenkit, a kinek gyakorlati jogosítványa van, orvosnak tart s így különbséget ezen fogtechnikuskok és az orvosilag képzett fogorvosok között nem tudna tenni és mindkettőt egyenlőnek venné. A versenyben, a mely ezen két rend között ki fogna fejlődni, okvetlenül az orvosok húznák a rövidebbet és így ennek az intézménynek végre a fogorvosi rendre csakis az a befolyása lehetne, hogy tudományos nivóját erősen leszállítaná.

Ezen az úton oda jutnánk, a hová az északamerikai Egyesült Államokban juttatta az orvosképzést a nagy liberalismus. Van az ott működő 150 orvosi iskola között olyan, a melyik hirdetésekben szólítja fel az iparos ifjúságot, hogy lépjen be az iskola tanfolyamába, mert néhány ezer dollár és néhány esztendei iskolalátogatás olyan diplomához juttatja őket, a mely a legdúsabban kamatoztatja tőkebefektetésüket.

Ha ezt a tervezett tanfolyamot valóban megalkotjuk, ezen az úton bátran mehetünk még tovább is. A mennyi joggal a fogtechnikuskok, ugyanannyi joggal megkívánhatják a fiatal sebészeti műszerészek is, hogy rendezzünk be az ő számukra is tanfolyamokat, a melyeken kitanítják őket a gipszkötések és esetleg az inmetiszések technikájára, továbbá a zsugorodott izületek kinyújtására és alapíthatunk egy osteopatha-rendet, mert Amerikában ilyen is van! Végre más szakmákon is fognak akadni vállalkozók, a kik készek az orvosi tudományok egy-egy specialitását iparszerűleg gyakorolni és arra állami felhatalmazást kérnek.

Mindezen különböző orvosi iparosok surrogatumi volnának a valódi orvosnak. Azonban a surrogatumoknak csak akkor van némi jogosultságuk, ha hiány van az eredeti terményben. Mi semmiképpen sem vagyunk híjával az orvosilag jól képzett fogorvosoknak és ezért a surrogatumra szükségünk nincs. Legkevésbé lehet pedig arra hivatva az állam, hogy ő maga támogasson vagy kezdeményezzen egy olyan intézményt, a mely alkalmas arra, hogy a mai jó helyzetet a közegészségügy kárára megrontsa.

**Megbízás.** *Ormós Béla* dr.-t a belügyminister a szombathelyi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával bizta meg.

**Kinevezés.** *Szöllősy Mór*icz dr.-t és *Vajda Géza* dr.-t a miskolczi „Erzsébet“-kórházhoz osztályvezető főorvossá, *Rothauser Lajos* dr.-t Győrött államvasuti orvosi tanácsadóvá, *Szécsi Samu* dr. földéaki községi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Alpár János* dr.-t Döbröközön községi orvossá választották.

**Bókay János** tanárt a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ tiszteletbeli tagjává választotta.

**Ösztöndíjak adományozása.** A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete a 150 koronás *Bujanovics*-féle szigorlati segélyt *Orphanides Erzsébet*nek, az 1000 koronás *Kajdácsy*-féle ösztöndíjat *Tury Lajos*-nak ítélte oda.

**Meghalt.** *L. G. Simon* dr., a párisi Hópital Bretonneau laboratoriumának vezetője, jeles szakiró, 34 éves korában. — *Csokor János* tanár, udvari tanácsos, Bécsben, január 7.-én, 62 éves korában. Az elhunyt, a ki magyar születésű volt, nyugalomba vonulása előtt a bécsi állatorvosi főiskolán a kórboncolóstan tanára volt s egyúttal az egyetem az állati járványt ant adta elő. Nevét több értékes dolgozattal tette ismertté. — *A. Smirnow* dr., a szövettan tanára Tomskban.

A budapesti poliklinika rendeléseinek decemberben 4457 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12.985 volt.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján decemberben 172 szülés folyt le (81 először szülő, 91 többször szülő). A született magzatok száma 174 volt, még pedig élő 154, halott 16, macerált 4; érett 135, kora 23, éretlen 16; fiú 81, leány 83, kérdéses nemű 10; tör-

vényes 81, törvénytelen 93. A gyermekágyasok közül 2 halt meg, mindkettőt súlyosan fertőzve vették fel. A nőbeteg-osztályon 77 beteget ápoltak, közülük meghalt 4. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 140 esetben vették igénybe; a műtétek száma 121 volt.

Az önkéntes mentő-egyesület decemberben 1191 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 934 szállítást végzett, 253-szor mint mozgóórség szerepelt és 23-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A december havi működési főösszeg tehát 2401.

A kaposvári tüdőbeteg-dispensaire, a mely keletkezési idejére nézve a harmadik hazánkban, most bocsátotta ki jelentését az 1909 november 1.-től 1910 november 1.-ig terjedő esztendőről. Ezen idő alatt 402 beteg állott gondozás alatt, a kik közül 76 nem volt tüdővésztes. Lakásvizsgálatot 874-szer végeztek, a tüdővésztesben elhaltak lakását, valamint lakásváltoztatáskor is a lakást fertőtlenítették. Segély gyanánt részint készpénzben, részint élelmi szerek (hús, tej, rizs, szalonna) alakjában 4522 koronát osztottak szét; ezenkívül a betegeket ellátták *Dettweiler*-féle köpővegekkel.

**Hírek külföldről.** A heidelbergi gyermekklinika igazgatójává rendkívüli tanári minőségben *E. Moro* müncheni magántanárt nevezték ki. — Rostockban *Reinmüller* dr., a fogászat magántanára, rendkívüli tanár lett. — A brüsszeli egyetemen *Dustin* dr.-t a szövettan rendkívüli tanárára nevezték ki. — Rendes tanárok lettek: *W. Kedrowskij* (Moszkva, bacteriologia), *A. Donaggio* (Turin, elmekörtan), *A. Dionisi* (Palermo, kórboncolóstan), *Allen Smith* (Philadelphia, tropusi betegségek).

Lapunk mai számához a Sanatorium Gorbio, Menton felett (Orvosi vezető: Dr. v. Noorden egészségügyi tanácsos) prospektusa van mellékelve.

**Hydropyryn** vízben oldható acetylsalicylós 96<sup>1</sup>/<sub>4</sub>% acetylsalicylsav-tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetek-, forrázatok- és vizes oldatokban adható. Por- és tablettákban kerül forgalomba.

## DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és tüdőlők részére.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon 90—46.

## Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

## Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharaszttiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

## Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

## :: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriológiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi labororiuma.

## Gyermeksanatorium PORTORÉ

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr., február 1.-ig Budapest. Koronaherczeg-utca 10. Prospektus.

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

**Orvosi labororium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50. (Oktogon-tér). Telefon 26—96



**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

Védjegy.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1910 nov. 26.-án.) 62. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1910 nov. 30.-án.) 63. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (XIX—XXIV. szakülés.) 64. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(XXIV. rendes tudományos ülés 1910. nov. 26.-án.)

Elnök: **Schaffer Károly.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

(Folytatás.)

**Colon-resectio gyógyult esete.**

**Kubinyi Pál:** A 41 éves nőt fél év óta fennálló hasdaganat miatt vették fel a jobb csípőtányéron elhelyezkedő, a kis medenczébe benyúló s a méhhez érintkező, mozgatható csecsemőfejnyi daganattal. Csupán az időnként jelentkező kolika s a bélsárban mikroskoppal kimutatható vér utal bélbeli eredetre, de ez esetleg vastagbélhurut is lehet. Meteorismus és passage-zavar nincs. Diagnosis: bél tumor vagy ovarialis daganat. Utóbbi támogatni látszik az, hogy a betegnek nincs havi vérzése. Laparotomia. Mélyen ülő colon-carcinoma, mely alatt a coecum kitágult és ezért nyúlt le a tumor alsó polusa a medenczébe. A linea alba sebvonálából kiinduló harántirányú segítő metszés jó feltárást nyújt. Szabályszerű colon-resectiót végzett a mesenterialis megnagyobbodott mirigyek kiirtásával. Az ileum bevarrása side to side anastomosissal a colon transversum taeniájába. Lumbalis drainage. Gyógyult s a hasfal is per primam egyesült. A beteg jól táplálkozik és keveset már hízott is. A mikroszkop carcinoma epitheliale állapotot meg, sok magoszlással.

Érdekes az eset 1. diagnostikai szempontból, mert a kis medenczébe a méh közelébe jutott tumort petefészekdaganatnak is lehetett tartani, 2. abból a szempontból, hogy a colon gyűrűszerű rákja mellett nem volt nagyobb átjárhatósági zavar, a minnek oka abban keresendő, hogy a coecum kitágult és mintegy reservoirt alkotott, a valvula Bauhini pedig 1 $\frac{1}{2}$  ujjnyi vastag, túltengett gyűrűjével meggátolta a bélsárnak a vékonybél felé való torlódását, végül pedig a rák szétesése folytán is csökkent a strictura. A lényeg tehát az ileo-coecalis billentyű záróképességének megtartott volta, a mi egyideig megakadályozza, hogy a béltartalom a proximalis rész felé ömöljön vissza, a hypertrophizáló bélfalizomzat pedig gondoskodik arról, hogy a strictura daczára is rendes irányban haladjon a béltartalom. Ily esetekben a bélszűkület tünetei teljesen hiányozhatnak. Az amenorrhoea oka az uterus és az ovariumok hypoplasiás állapota volt.

Az eset mutatja, hogy a nőorvosnak, a ki laparotomiákat végez, el kell készülnie minden eshetőségre és a hasúri sebészeti technikájának birtokában kell lennie.

**A vérkeringésnek mesterséges megkisebbitése mint orvosló módszer.**

**Tornai József:** Az előadó vizsgálatokat végeztet arra vonatkozólag, vajjon nem lehetne-e a mindennapos használatban levő subcutan vagy intravenásan is alkalmazható erős hatású szereknek (főleg a cardiotonicumoknak) minimalis adagaival is elérni a kívánt hatást oly módon, hogy a beteg a szer adagolása előtt vércörének megkisebbitésével (a végtagok leköttése útján) rövid időre anaemiássá teszszük. Az ezen irányban végeztet vizsgálatok azonban a hozzája fűzött várakozását csak részben elégitették ki. De a vizsgálatok során kitűnt, hogy a vércörnek mesterséges megkisebbitése, a végtagok gyűjtőereinek rendszeres leköttése a circulatiónak, a szívnek különféle betegségeiben nagyon üdvös hatású s e mellett egyszerű és ártalmatlan orvoslómód. Ezen eljárással a circulatióból néhány perc alatt tekintélyes vérquantumot rekeszthetünk ki és e mellett a vércört is megkisebbitethetjük. Ezzel tehát a szívnek, a keringésnek munkáját, terhét jelen-

tékenyen megkönnyebbitjük, a kifáradt szívnek alkalmat adunk a pihenésre és friss erő gyűjtésére.

Az előadó a rendszeres leköttést az I. belklinika több betegén — nagyobbára közepesen dekompenzált vitium eseteiben — végeztet. Az eljárás egy betegnek sem okozott kellemetlenséget. A leköttetés különösen üdvös hatású a jobb szívfélnek kifáradása, pangásos dilatatiója esetén. Azon betegekben, a kiken a pangásosan kitágult jobb pitvar a szívtompulatot szélesítette, a leköttetés alatt a tompulat jobb széle rendszeren 1—2 centiméterrel visszahúzódott. A pangásosan tágult jobb pitvarnak ezen visszahúzódását a leköttetés közben eszközölt *Röntgen-átvilágítás* útján szemmel is ellenőrizhetjük. A leköttetés egyébiránt nem csupán a jobb, hanem az esetleg túlterhelt bal szívfélnek munkáját is nagyon üdvösen befolyásolja. A leköttetés idején mindkét szívfél természetesen egyazon megkisebbitett vérquantummal dolgozik. A legtöbb esetben a kötések eltávolítása után a lélekzetvétel mélyebbé, kiadóbbá változott. Leginkább olyanokon volt ezen változás szembe-tűnő, a kiket a leköttetés előtt dyspnoë kínozott. Jó sikerrel alkalmazta az előadó a rendszeres leköttést a mitralis szájadék bajaiban, továbbá myodegeneratio cordis és idiopathiás szívhypertrophia (sörszív) eseteiben. Különösen szembetűnő volt a tachycardiának, arythmiának és hypostoliának fokozatos visszafejlődése. Súlyos incompensatio eseteiben azonban a leköttetéssel sem nyerhetünk sokat.

Sok esetben szembetűnő volt a kellő diuresis megindulása. Az előadó vizsgálatai során arról győződött meg, hogy az ismertetett egyszerű eljárás a kellő szakértelemmel és rendszeresen végezve, a vérkeringés bajainak orvoslására szolgáló kiválóan hatásos fizikai eljárások sorában nagyon is méltó helyet nyerhet és mindenképpen megérdemli, hogy a legszélesebb körben alkalmazzák.

**Erythrodermia desquamativa emlőn táplált csecsemőkön.**

**Bauer Lajos:** 1. Az erythrodermia desquamativa ritka megbetegedés, mely kizárólag emlőn táplált csecsemőkön fordul elő. A megbetegedés legtöbbször az élet 2—3. hetében, kivételesen a második hónap végén fejlődik.

2. Az eddigi észleletekből ítélve, a bántalom nem sorolható a könnyebb természetű megbetegedések közé, mert az eseteknek mintegy 30%-a elpusztul.

3. A bántalom aetiologiája homályos; tekintve azonban azon tapasztalatot, hogy ezen dermatosis a bár normalis összetételű táplálék zsírtartalmának csökkentésével kedvezően befolyásolható: az előadó hajlandó ezen bántalom aetiologiáját a csecsemőkön congenitalis anomaliájából eredő, *zsírral szemben csökkent tolerantiájában* keresni, melynek *alapján fejlődött anyagcsere-zavar* idézi elő a szóban forgó dermatosist.

4. A therapia a könnyebb esetekben a táplálás szigorú szabályozásában, esetleg részleges ablactatióval egybekötött zsírszegény és szénhydratdús táplálék adagolásában áll; a súlyosabb esetekben a javulás a csecsemő táplálékának minél korábban történő teljes megváltoztatásától leginkább remélhető.

**Beck Soma:** A dermatologus szempontjából óhajt néhány megjegyzést fűzni az elhangzott előadáshoz. Míg felnőtteken az olyan bőrelváltozások, a melyek az egész köztakaró gyuladással járva, bőséges hámlással és pikkelyképződéssel járnak, a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak, addig csecsemőkön, főleg a legelső életheletben, hasonló állapotok sokkal gyakrabban észlelhetők. A csecsemők bőre kifejezett hajlandósággal bír arra, hogy helybeli dermatosisek az egész köztakaróra vagy annak nagy részére kiterjedjenek, általánossá váljanak. Ilyenkor a bőrelváltozás elveszti eredeti jellegét s bármilyen volt is a kezdő elváltozás karaktere, a towaterjedés, főleg a törzsön, pikkelyezés-

sel és hámlással járó dermatitis képében történik. Így pl. a csecsemők dyspepsiás vagy enteritises állapotainak gyakori kísérője, az ú. n. erythema gluteale, elég gyakran terjed fel a törzsre, a hol azonban már nem mutatja annak az élénkpiros, fénylő, feszes, itt-ott nedvedző bőrfelületnek a képét, mint a megbetegedés kiindulása helyen, a natesen és a nemis szerveken, hanem pikkelyező és hámló bőrgyulladás alakját ölti. Vagy ha túltáplált csecsemő intertrigója átterjed a törzsre, a megbetegedés az utóbbi helyeken megint csak felületes hámló bőrgyulladás képét mutatja, nem pedig az intertrigót jellemző nedvedző, lepedékes, fénylő, élénkpiros bőrfelületet. Ahhoz, hogy valamely helybeli bőrelváltozás általánossá váljék, bizonyos praedisponáló momentumok jelenléte szükséges. Ilyenek a csecsemőkörben első sorban a bőrérzékenységének változása és a gyomorbeltractus functio-zavara. A mi a bőrérzékenységet illeti, tudnivaló, hogy a csecsemők fiziologiai hámlása olyan körülmény, a mely rendkívül hajlamosít a legkülönbébb helyi bőrbajoknak nagymérvű kiterjedésére. A fiziologiai hámlás időszakában észleljük leggyakrabban, hogy pl. az erythema gluteale vagy a fej seborrhoea crustosája általános hámló bőrgyulladásba megy át. Nézetem szerint az erythrodermia desquamativa is a felületes bőrlobok ezen csoportjába tartozik s mint ilyen nem is bír valamely különösen jellegzetes tulajdonsággal. E körkép teljessé csak a másik két körülmény jelenléte folytán lesz, t. i. az anyatejjel való táplálás és a bélhurut folytán. Ez pedig arra vall, hogy csakugyan autotoxikus dermatitisről van szó.

A kezelésre vonatkozólag röviden azt óhajtom megjegyezni, hogy az a kevés betegem, a kit észleltem, mind csupán az anyatejnek a mesterséges táplálékkal való helyettesítése után gyógyult meg. Különbözőleg igen jó hatásúnak találtam az eucerin nevű kenőcs-alapanyaggal való bekenést, a melyről *Unna* közölte először, hogy pikkelyező, hámló bőrbántalmakban, főleg ichthyosisban igen jó szolgálatot tesz. Ugy látszik, hogy más, még pedig lobos eredetű hámló bőrbajokban is jól beválik.

### Közkórházi Orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1910 nov. 30.-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Körmöczi Emil.**

#### Prostata-cysta esete.

**Pólya Jenő:** D. M. 61 éves napszamos. Folyó év eleje óta gyakran kell vizelnie, éjjel 6—7-szer is felkel. Márcziusban akadt el először teljesen a vizelete, úgy hogy csapolni kellett; ugyanez ismétlődött áprilisban és azóta körülbelül minden két hétben. Vizelelkor nagyon kell erőlködni, a vizelet igen fájdalmas. Felvételtkor a Szt. István-kórházba (1910 okt.) 2 napos retentio, csapoláskor 2 liternél több vizelet ürül. Ezután 2 napig tudott vizelni, azóta csak katheteren ürül a vizelete. A katheterismus különben puha katheterrel igen könnyen megy. A hólyag kiürítése után a symphysis felett homályos resistenciát érzünk, a végbélben pedig a prostata helyén egy majdnem ökölnyi kemény sima daganatot.

A diagnoszt prostata-hypertrophiára tettük, azonban arra is gondoltunk, hogy talán valami rossztermészetű prostata-daganatot fogunk találni. Ezért az volt a tervünk, hogy epicystotomiát végzünk és megpróbáljuk a prostatát *Freyer* szerint kihámozni, s ha ez nem menne, hólyagfistulát fogunk készíteni. Az 1910 nov. 4.-én végzett epicystotomia alkalmával kitértünk, hogy egy nagy gömbölyű daganat elődomborítja a hólyag hátulsó falát és annyira megnyújtja a trigonumot, hogy a belső húgycsőszáját nem bírtam a sebből elérni. Ezért a daganat felett lehetőleg a húgycső felé esőleg harántmetszést végeztem a hólyag nyálkahártyáján és miközben a segéd a végbélből felfelé nyomta a prostatát, ujjammal a válórteget kerestem, melyből a kihámozást végezzem. Az e közben eszközölt nyomás alatt egyszerre eltűnt az egész daganat, úgy hogy a hólyagból jól lehetett a segédnek a végbélben levő ujját érezni. Nyilvánvaló tehát, hogy cysta volt a prostatában, mely a hólyag és végbél felől gyakorolt nyomás folytán megpukkadt, mindenek szerint a húgycső felé, mert sem a hólyagban, sem a végbélben tartalmának kiürülését nem észleltük. Mivel a cysta fala egykönnyen nem volt megtalálható, a hólyag-nyálkahártyán ejtett harántsebet, valamint az epicystotomia sebet, az utóbbit 2 rétegben, finom catguttal elvarrtuk s a hólyagba állandó kathetert vezetve, a hassebet zártuk, csak alsó zúgát draineztük csíkkal. A lefolyás teljesen sima, mindvégig láztalan volt. A seb felső fele primára gyógyult, alsó felében jelenleg felületes sarj-felszín van. A hólyagvar-

rat kifogástalanul tartott. Az állandó kathetert a műtét utáni napon eltávolítottuk, azóta a beteg spontan vizelettel, naponta 4—5-ször, éjjel 3—4-szer kell vizelnie, vizelete könnyű és teljesen fájdalomtalan. A residualis vizelet mindössze 30 gr. Daganat sem a végbélből, sem a hasfalon át nem érezhető, sőt a normalis prostata contourjait sem lehet megtalálni. A gyógyulást természetesen nem lehet véglegesnek tekintünk; ha a cysta újra megtelődne, mindenesetre alulról, a perineum felől kellene megkísérteni kiirtását vagy drainezését, úgy a mint az *Kaveczy*-nek a közkórházi orvostársulat 1904 okt. 12.-i ülésén bemutatott esetében történt.

**Blum Simon:** 1909 júniusában egy napszamos feküdt *Haberern* osztályán, a ki nehezen vizelt, néha véreset és a végbél felől a sphincter fölött 3 cm.-rel daganat volt érezhető, mely cystának imponált. A húgycső felé kásás folyadék ürült. A cystoskop semmit sem mutatott, mert a daganat a hólyag falát benyomta. A beteg állapota súlyosbodott, operálták perinealis úton és gyermekfejnyi, főtt gesztenyéhez hasonló tartalmat ürítő cystaszerű képletet találtak. A kórbonczoló azt mondta, hogy laphámrákból képződhetett. Ők dermoidnak tartották. Három hét múlva fistula képződött, melyen át vizelet ürült, később gennyedés állott elő staphylococcusokkal. A beteg jól érezte magát, míg egyszerre rázóhidegek jelentek meg; a heget felsebezve, sok genny ürült, melyben gümö-bacillusok voltak. A beteg saját kívánságára távozott.

#### A vékonybélnek hossz tengelye körül való csavarodása.

**Földes Dezső:** N. J. 14 éves fiúgyermeket f. évi okt. 10.-én szállították be *Pólya* osztályára.

Állítólag 6 nap óta görcsös fájdalmai vannak a hasában, szék, szelek nem mennek, 2 nap óta hány, hányadék a bélsárszagú. Enyhe görcsös fájdalmai kis gyermek kora óta voltak, súlyosabb panaszokat azonban sohasem okoztak. Jelen állapot: Egyenletesen puffadt, feszes has, élénk bélperistaltika, loccsanás a táguult kacsok felett. A has érzékeny, jobboldalt intenzívebben. Szék, szelek nem mennek. A végbél üres. A pulsus 90, erőteljes. A hőmérsék 36.5. Nem hány. Magas beöntést kap sennával, szelek, szék nem indulnak. 1 1/2 órával behozatala után laparotomia aether-narcosisban; a köldök és a symphysis között a középvonalban megnyitva a hasat, táguult vékonybélkacsok tolnak elő. Az akadály helyét az ileumon a coecumtól mintegy 45 cm.-nyire találjuk. E helyen az ileumnak a mesenteriummal szabad domborulata 15 cm. hosszúságban a mesenteriumra laposan szalagok által le van növe, e miatt lumene elzáródott. Ezen szalagos lenövéseket, melyek között egy-két vastagabb köteg is fut a mesenterium gyöke felé, átmetszve, a bél normalis helyzetébe fordul vissza és átjárhatósága rögtön helyreáll. A hasüregben lefolyt gyuladás nyomai nincsenek, sem a bélen fekély vagy gyuladás nem található, bél- vagy mesenterium-sérülés nem következett be. A hasüreget rétegesen zártuk. Másnap spontan bő székletét. A gyógyulást nagy hasmenés és bőr alatti gennyedés zavarta. Jelenleg teljesen felületes, tiszta sarjadzó seb van még.

A bélnek hossz tengely körüli csavarodása a ritkább esetek közé tartozik. A csavarodásnak okát jelen esetben megállapítani nem tudjuk, valószínűnek látszik azonban, hogy *Meckel*-gurdélylyal hozható kapcsolatba.

Az elzáródás az ileum azon helyének felel meg, mely a *Meckel*-gurdély előfordulása helye. A *Meckel*-gurdély a bélen a mesenteriummal szemközt fekvő szabad domborulatról indul ki. Jelen esetben *Meckel*-gurdély nem volt, hanem a szalagos lenövések között, melyek a belet mesenteriumához rögzítették és hossz tengelye körül megcsavarták, fellelhető volt 1—2 vaskosabb, erősebb köteg, melyek a bél szabad széléről kiindulva, a mesenterium gyöke felé haladtak. Ezen vaskosabb kötegek a ductus omphalomesentericus maradványai lehettek s ezen kötegek zsugorodva, a belet a mesenteriumához közelítve, annak letapadását és elzáródását eredményezték. Ezen feltevést támogatná, hogy sem fekély a bélen, sem lefolyt gyuladás nyoma a hasüregben nem volt.

Felvehető a mondottak alapján, hogy jelen esetben a hossz tengely körüli csavarodás veleszületett okból jött létre.

(Folytatása következik.)

## Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya.

XIX. szakülés 1910 november 5.-én.

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Folytatás.)

**I. Kenyeres Balázs: Koponyatörésekről 6 eset ismertetésével.** Ezekben az esetekben a sérültek rövidebb-hosszabb idő múlva haltak meg, bár az orvosi láttelepek 8—20 napon belüli gyógyulásról adtak véleményt. A sérülések ezen meg nem felelő minősítésének természetesen megvan-nak a következményei. Az orvos hírnevén kívül károsodik a sértett, a ki esetleg meggyógyult volna, hogyha sérülésének jelentőségét idejekorán felismerik, károsodik a terhelt, ki súlyosabban bűnhődik, mint a hogy megérdemelte. Ezzel természetesen károsodik az igazság, mely sokszor kárt szenved azáltal is, hogy a hatóságok túlságosan bizva a láttelepben, eljárásukat az ezzel ellenkező körülményekre egyáltalában nem terjesztik ki, vagy ha ki is terjesztik, előbb nyomozást rendelnek, melynek befejezte után a halál oka, a holttest nagyfokú rothadása miatt, már nem állapítható meg. Ezen káros következmények elhárítására az esetek többségében nem kell egyéb, mint hogy az orvosok a kellő körültekintéssel és óvatos vizsgálat mellett megtartsák régi mestereik szabályát: nullum vulnus capitis contemnendum.

Hozzászól: **Makara Lajos.**

**II. Austerlitz Vilmos az art. brachialisnek és ágainak rendellenes lefutására és oszlására** vonatkozó néhány készítményt mutat be.

**III. Kabdebó Kálmán egy fejlődési rendelleneséget** mutat be 28 éves férfiún. A bal kézen a gyűrűs és középső ujj egész hosszában össze van növe, az ujjak között sekély barázda látszik; a köröm hossza rendes, szélessége azonban egy rendes körömnek kétszeresét teszi. Bemutatja a Röntgen-képet is.

XX. szakülés, 1910 november 12.

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Steiner Pál: Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.** (Lapunk hasábjain egész terjedelemben megjelent.)

XXI. szakülés, 1910 november 26.

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**I. Szabó József bemutatásai: a) Erb-féle plexus-bénulás esete.** A hat hónapos leánygyermeken körülbelül egy hónap előtt vette észre az anyja, hogy jobb karját emelni nem tudja. A jobb felkar a vállizületben petyhüdtlen lecsüng, a jobb alkar feszített tartásban van. Passive a felkar szabadon mozgatható, de erőtlentül visszaesik, a passive behajlított alkart active feszíteni tudja, a kéztőizület, az ujjak mozgásai szabadok. A mm. supra-infraspinat., deltoideus, biceps, brachiales részéről elfajulási reactio.

**b) Chorea degenerativa** 40 éves, gyengén fejlett, számos degeneratiós stigmával bíró nőbetegen, ki 9—10 év óta szenved choreás rángásokban, most járni, enni alig tud, 3 testvére közül az egyik egészséges, egy 44 éves férfitestvére több mint 10 éve, egy 37 éves férfi testvére 3 éve szenved choreás rángásokban. A rángások csak az arcizmokban feltűnőbbek, a felső és alsó végtagokban kismértékűek. Járása, beszéde, írása a rángások miatt sajátságos elváltozást mutat. Ezenkívül mérsékelt dementia is kimutatható. Az ilyen degeneratív chorea a ritka megbetegedések közé tartozik. A therapia jóformán tehetetlen. A prognosis infaustus.

**II. Issekutz Béla: Néhány anyag a lélekzésre való hatásának összehasonlító vizsgálata.** (I. rész. A lélekzőközpontot izgatók.)

Kísérleteit házinyulakon végezte. Hogy a lélekzés változását minél több oldalról megfigyelhesse, **Marey-féle** dobot,

továbbá **Dreser-féle**, a kilélekzett levegő mennyiségét és a belélekzés erejét és munkaképességét mérő eszközöket alkalmazott; az utóbbiakat némileg egyszerűsítette és használhatóbbá tette.

Vizsgálta az oxycamphorát, a cocaint, a tropacocaint, a picrotoxint, a bort, az alkoholt, az apomorphint, a nicotint és az aconitint. Mindezek a lélekzőközpontot izgatják, nagy adagban előzetes izgatás után bénítják. Ezen közös hatásuk ellenére mégis igen különböző tüneteket okoznak; így például az oxycamphora és nicotin hatása teljesen ellentétesen hat: az oxycamphora a lélekzést gyéríti, a volumenét, erejét és munkaképességét növeli, a nicotin pedig a lélekzést nagyon szaporává teszi, de volumenét, erejét és munkaképességét csökkenti. Az apomorphin a nicotinhoz hasonlóan hat. A picrotoxin legerősebben izgatja a lélekzőközpontot: a lélekzés szapora, volumene, ereje és munkaképessége nagyon nagy. Csakhogy az az adag picrotoxin, mely ezt kifejti, már igen közel van ahhoz az adaghoz, mely a nyúltvelő többi központját, nevezetesen a görcsokozót izgatja és az állatot megöli. De a chloralhydrattal elaltatott állat gyér, felületese és gyenge lélekzését nagy adag picrotoxin a normalisra tudja emelni, a nélkül, hogy görcsök jelentkeznének. A cocain a lélekzést szaporává teszi, volumenét, erejét és munkaképességét csak kevéssé növeli; de ez az anyag is ellensúlyozni tudja a chloralhydratnak a lélekzésre való hatását. A tropacocain a cocainnál gyengébben hat. A bor kivonatanyagai nem hatnak a lélekzésre. A tiszta alkohol és a borból destilláltival nyert alkohol között, mely tehát az aetheres anyagokat is tartalmazza, a lélekzésre való hatás tekintetében nem tudott különbséget kimutatni: mindkettő a lélekzést szaporává teszi, volumenét, erejét és munkaképességét növeli.

Az aconitin igen jellegzetes dyspnoét okoz: a lélekzés gyér, volumene, ereje és munkaképessége nagy; de megváltozik a lélekzés típusa is: a mély kilélekzésből visszatérő mellkas a középállásban  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{3}$ -ig nyugalomban marad s csak ezután folytatja a belélekzést, innét azonnal visszatér a középállásba, megint megpihen s csak ezután folytatja a kilélekzést stb.

Az irodalomban található azon tapasztalatot, hogy az aconitin-dyspnoét atropin vagy vagus-átmetszés megszünteti, nem tudta megerősíteni.

XXII. szakülés 1910 december 3.-án.

Elnök: **Klumák Adolf.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**I. Hanasiewicz Oszkár: A collargolos sebkezelés a hadsebészet szempontjából.**

Az **Oettingen** hadi sebkötéséhez használt antisepticumnak, a collargolnak érdekes vegyi, fizikai és élettani hatásait sorolja fel, azután rátér a kötés második kellékére, a mastix-oldatra, melylyel **Oettingen** kétféle célú akar elérni: először a seb környékén levő bacteriumok megkötését, másodsor a kötszereknek jó fixációját.

Demonstrálja a harmadik kelléket, az úgynevezett mullvattapárnákat s végül az egész kötés technikáját.

A collargolos kezelés ellen felhozott aggodalmakat saját észleleteinek sorozatával akarja eloszlatni, melyek szerint a collargol jó, nem mérgező és hatásos antisepticum, mely a sebkezelésben igen jól bevált. Az **Oettingen-féle** hadi sebkötést igen czélszerűnek tartja. Felemlíti még a **Grossich-féle** eljárást, mely az **Oettingen-féle** sebkezelésnek concurrens s mely szintén igen jól használható.

Hozzászól: **Makara Lajos és Szabó Dénes,**

**II. Gergely Endre: A hasnyálmirigy nagyfokú lipomatosisa, néhány megjegyzéssel a diabetesben előforduló hasnyálmirigy-elváltozásokról.**

Az előadó összehasonlító irodalmi adatok alapján fejtegeti a pankreas megbetegedései és a diabetes közötti összefüggést; bővebben magyarázza a **Langerhans-féle** szigeteket

változatos megbetegedését és azok jelentőségéről szól diabetesben.

Ezután egy nagy fokban elzsírosodott pankreast mutat be, mely 46 éves, diabetesben szenvedett és comában elpusztult, erősen lesóványodott férfitől származott. A nagymennyiségű, élénk sárga zsírszövetbe ágyazott, illetve zsírszövettől átszótt pankreazon mirigylebenyek nem láthatók, azok teljesen eltűntek s a metszéslapon csupán itt-ott tűnnek fel gyér számban kicsiny (lencsénél kisebb vagy körülbelül olyan nagy) szürkés, némileg halványbarna részletek, melyek a még megmaradt parenchymának felelnek meg. A pankreas feltűnően megnagyobbodott, hossza: 28 cm., súlya: 270 gramm, tehát a normalis pankreas súlyának több mint két és félszerese. Felemlíti, hogy ily nagy súlyú pankreas az irodalomban leírva nincs, csupán Sauerbeck 3 esete közelíti meg ezen nagy súlyt. A pankreas nagyságának megítélése szempontjából egy teljesen ép és egy igen sorvadtt (20 gramm súlyú, ugyancsak diabeteses egyéntől származó) pankreast mutat be, az elzsírosodás nagy fokát pedig egy kisebb fokú (ugyancsak diabeteses) lipomatosis pankreatissal hasonlítja össze.

Ezek után mikroszkopi készítményeinek tárgyalására tér át. Hosszas beágyazással sikerült vékony metszeteket előállítani s így a finomabb elváltozásokat jól megfigyelhette. A pankreas testéből, fejből és farkából külön-külön állított elő metszeteket. Rövid leírásuk ez:

A pankreas testéből készített, mintegy 150 mm<sup>2</sup> nagyságú metszeteken mikroskop alatt a laza zsírszövet feltűnő módon túlnyomó, úgy hogy a metszeteket csaknem teljesen ezen laza zsírszövet foglalja el. A megmaradt mirigyparenchyma-részletek erősen sorvadtak, acinosus szerkezetük csak kevés helyen ismerhető fel; itt-ott az intralobularis kötőszövet megvastagodása is feltűnik. A laza zsírszövetben néhol sejtszegény, hyalinos elfajulást mutató, másutt sejtdús rostos kötőszövet is látható, melyben mirigykivezető csöveknek és kicsiny mirigymaradványoknak csoportjai vannak. Langerhans-féle szigetek a pankreas testéből előállított készítmények egyikében sem láthatók.

A pankreas fejből előállított, körülbelül 180 mm<sup>2</sup>-nyi metszeteken a túlnyomó laza zsírszöveten kívül gyengén vagy elég jól festődő mirigyparenchyma-részletek láthatók, melyek némelyike körül vékonyabb-vaskosabb rostos kötőszövet terül el, a mely néhol heterjed a mirigyparenchymába is és azt kisebb-nagyobb csoportokra osztja. E metszeteken szintén találhatók mirigykivezető csövek csoportjait tartalmazó rostos kötőszöveti megvastagodások. A látható vérerek intimája duzzadt, szinte vaskos, a media kissé hyalinosan elfajult. Langerhans-féle szigetek itt sincsenek.

Végül a pankreas farkából készített, mintegy 90 mm<sup>2</sup> nagyságú metszeteken ugyanoly elváltozások találhatók, mint a pankreas testében és fejében; egy helyen a némileg hyalinosan elfajult kötőszövetben hevenyebb gyuladás látszik. Két sorvadtt mirigyparenchyma-részlet között egy aránylag ép, de kissé sorvadtt, csupán egy sejtsorból álló Langerhans-féle sziget található, melyet vékony kötőszöveti tok vesz körül. A metszetek egyes helyein nagyjában gömbölyded vagy alakatlan csomók foglalnak helyet, melyek csaknem egész kiterjedésükben egynemű, halvány rózsaszínűre festődő tömegekből állanak; e csomók egyikének széli részén egy vastagfalú, egynemű, hyalinosan elfajult véreceske látszik szűk lumenel. Ez utóbbi elváltozások mint a parenchyma pusztulását követő kötőszöveti hyalinos megvastagodások foghatók fel.

A mikroszkopi leletek tehát a pankreas erős pusztulásának képét mutatják; e mellett szól a csaknem teljes sziget hiány, a mirigyes állomány nagyfokú sorvadása és erős megfogyása. A zsírszövet nagymennyiségű felhalmozódása másodlagos természetű s mint pótló zsírfelhalmozódás értelmezendő, mely oly excessiv fokot ért el, hogy végeredményben a pankreas súlya, a mirigyparenchyma igen nagyfokú pusztulása dacára, jóval nagyobb lett a normalisnál. Az előadó kiemeli, hogy esetében az általános lipomatosisnak semmi szerepe sem volt a pankreas megnagyobbodásában, mert az egyén, kitől a pankreas származott, erősen lesóványodott volt.

A mirigyes állomány pusztulása következményeként jött létre e kötőszövet-szaporulat is, a melyben található kivezetőcsőtömegek szintén a mirigyes állomány nagyfokú pusztulását tanúsítják.

Az előadó (több diabetes-esetből származó pankreas mikroszkopi képét is átvizsgálván) a tiszta szigetelmélethez nem csatlakozik.

XXIII. szakülés 1910 december 10.

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Demeter György bemutatja egy öngyilkos szerveit, ki nyakát november 28-án reggel borotvával átmetszette. Az azonnal végzett légcsőmetszés és a sérült erek leköltése dacára a sérült még aznap éjjel meghalt. A bonczoláskor közvetlenül a szakcsont alatt 1 cm. távolságban vízszintes irányban balról jobbfelé haladó, 11,5 cm. hosszú, éles szélű, két végén hegyes csúcsban egyesülő, varratokkal összetűzött metszett seb látszik, a melynek környékén különálló sérülések nincsenek. A metszőeszköz átvágta a platysmát, a mindkétoldali szakcsontizmokat, a középső szakcsont-pajzsporczszalagot, a gégefedőt, a nyelőcsövet, sőt még a 3. nyakcsigolya bal felén is van egy vízszintes irányú, a csigolyába hatoló metszési sebés. A légcsőben habos nyálkát, a tüdőben vérbelehelési foltokat, kezdődő gyuladással góczokat és a szívbelésen túszúrásnagyságú vérömlenyeket találtak.

Az illető tehát egy metszéssel egészen a gerincoszlopba terjedő sérülést okozott magán. Törvényszéki orvosi szempontból különösen érdekes az eset azért, mert a csigolyán levő metszett sebben két kis acéldarabot találtak beékelve, a melyek pontosan beleillenek a tett színhelyén talált véres borotva csorbulásába. Az ilyen lelet a sértő eszköz biztos megállapítására értékesíthető, sőt a tettes kilétének megállapítására legfontosabb bizonyíték lehet.

Hozzászól: Kenyeres Balázs.

II. Jakabházy Zsigmond több nálunk nem használatos élvezeti szerről tart referáló előadást.

XXIV. szakülés 1910 december 17.

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Hatiegán Gyula egy bőranthraxban szenvedő beteget mutat be, a kin a pustula maligna környékén igen nagy kiterjedésű phlegmone volt; a biztos diagnosist a bacterium kimutatásával állapította meg. 10 kcm. Detre-féle serumra prompt hatás.

II. Steiner Pál: Subcutan bélrepedés operált és gyógyult esete. A 26 éves népzenész neje a kemencze mellett aludt, a rozoga kemencze cserepei hasára estek. Rögtön utána nagy hasfájdalom és hányás. Beszállítás a sebészeti klinikára öt órával a baleset után. Ekkor nagy elesettség, nagy spontán hasfájdalom és reflectorius hasizom-merevség. Subcutan bélrepedésre téve a kórjelzést, műtétet végzett. A hasúrból híg bélsár és vörhenyes savó ömlik elő. Egyik magas jejunum-kacson 5 cm. hosszú, úgy az elülső, mint a hátsó bél falon áthatoló, zúzott szélű, tátongó seb. Ugyanitt a bél szélén fillérnyi repesztett seb. Ezen bélkacstól distalisan 6 cm.-re 5 cm. hosszú seb a mesenteriumon. A mesenterium sebének egyesítése. A sérült bélrészlet resectiója, end-to-end-egyesítés Murphy-gommbal. A hasúr száraz kitörése. Hasfalvarrat. Zavartalan gyógyulás.

III. Gyergyai Árpád bemutatása: A hörgőből bronchoskopia útján eltávolított idegen test.

Hozzászól: Genersich Gusztáv, Kenyeres Balázs, Makara Lajos.

IV. Géber János keratoma palmare-plantare hereditarium esetet mutat be anyán és leányán.

V. Borsos Imre előadása: Egy új altató szerről, a hypnovalról.

Hozzászól: Issekutz Béla.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A tabes dorsalis kénese-kezeléséről** tartott előadást *Redlich* a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ október 20.-i ülésén. Tapasztalatait magángyakorlatának 308 esetében (282 férfi, 26 nő) szerezte. Az eseteknek 69·8 %-ában az előző syphilis egészen biztos. Újabb esetei közül a Wassermann-reactio 70%-ban volt pozitív. Az eseteknek 41%-a semmiféle, további 40%-a pedig hiányos kénesekezelésben részesült. 18·8%-ban azonban a betegek éveken át rendszeres kénesekezelésben részesültek. Ez utóbbi tehát nem óv meg biztosan a tabes megjelenésétől, noha bizonyos relatív védelmet ad. Kezdődő tabes esetében, ha csak lehetséges, többször megismételt enyhe kénesekúrát végeztet az előadó hydrotherapiával, thermális kúrával stb. kapcsolatban. Directe károsító hatását a kéneseöknek sohasem látta. Vannak esetei, melyekben már nyolcz év óta változatlan az állapot. A tabes acut rosszabbodásakor is ad kéneseök, a mivel sokszor eléri az acut rosszabbodás visszafejlődését és a bajnak hosszabb időre megállapódását. A tabest komplikáló paralysis megelőzésére vagy megállítására semmi befolyása sincs a kéneseöknek. Látóidegsorvadás esetén teljesen közömbös a kéneseökkezelés. A gastrikus krízisek szintén nagyjából változatlanul maradtak. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 44. szám, 1581. lap.)

**Húgyhólyag-sarcoma** esetét mutatta be *Paschkis* a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ november 11.-i ülésén. Hólyagfistula készítése után a 32 éves férfi hólyagjának elülső részén kifehélyesedett daganatot találtak, a mely a szövettani vizsgálat alapján sarcomának bizonyult. A daganatot a fistulán át radiummal kezelték 21 ülésben, nagyon jó eredménnyel, úgy hogy a fistulát zárhatták. Az illető jelenleg 2—4 óráig tudja tartani a vizeletét, fájdalmai nincsenek, 10 kilót gyarapodott.

### PÁLYÁZATOK.

124/911. szám.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczi-falva községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel s szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **február hó 1.-ig** adják be. Tiszaföldvár, 1911. évi január hó 12.-én.

*Nagy Ottó*, főszolgabíró.

115/1911. fszb. szám.

Kisküküllő vármegye erzsébetvárosi járáshoz tartozó Zágori **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Ezen körhöz a székhelyvel együtt 13 község tartozik. Törzsfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona. Lakáspénz, fuvardíj és látogatási díjakról szabályrendelet intézkedik. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kéréseiket **február hó 15.-ik napjának déli 12 óráig** hozzám nyújtsák be. A választás napját későbbben fogom kitűzni. Erzsébetváros, 1911. évi január hó 14.-én.

*A főszolgabíró.*

5421/1910. szám.

A lemondás folytán megüresedett tiszabői **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. A pályázati kérvények kellően felszerelve **1911. évi január hó 25.-éig** adandók be hozzám. Javadalmazás: 1600 korona kezdődő törzsfizetés. Természetbeni lakás s szabályrendeletileg megállapított látogatási, halottkémi és hűvizsgálati díjak. Törökszentmiklós, 1911. január hó 8.

*Borbély György*, főszolgabíró.

10/911. szám.

Kolozsvármegye mocsai járásához tartozó magyarparlatkai orvosi körben a **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kör 15 községből áll; székhelye Magyarparlatka. Javadalmazás 1600 korona törzsfizetés, 200 korona lakbér, 200 korona útiátalány. Megjegyzem, hogy a lakbér és útiátalány felemeltetése jóváhagyás alatt áll. Felhívom mindazokat, kik ezen állást megpályázni óhajtják, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket **február hó 29.-éig** terjeszszék be. Mocs, 1911. évi január hó 5. én.

*Sárdi*, főszolgabíró.

195.911. fh. sz.

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

1. Budapest székesfőváros II. kerületében (a Hidegkúti-úttól a város határáig terjedő területen) évi 1400 korona alapfizetéssel és 200 korona évi működési pótlékkal.

2. Gyömrőn évi 1200 korona alapfizetéssel és évi 600 korona működési pótlékkal.

3. Nagykovácsi községben évi 600 korona alapfizetéssel.

A megállapított fizetésen kívül az évenként fenmaradó feleslegből nyer utólagosan kielégítést az esetleg felmerülő munkatöbblet.

A fenti állásokra a pályázati kérvények az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványokkal és oklevélmásolatokkal felszerelve **1911. jan. 31.-ig** adandók be fenti pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36.) czimezve, a hol hétköznapokon délelőtt 11—12 óra között az állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítás nyerhető.

Az alkalmazott orvosok kötelesek a számukra kijelölt helyen lakni s állásukat az alkalmaztatásukat kimondó igazgatósági határozattól számított 14 napon belül elfoglalni.

Budapest, 1911. január hó 9.-én.

*Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.*

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetéssel, az intézetben egy bútorozott lakószobával, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli első osztályú étellemezzel (esetleg annak havi 50 koronával való megváltásával) van javadalmazva, **azonnal betöltendő.**

Ezen állás elnyerése iránt az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal felszerelt kérvények alulírott igazgatósághoz terjesztendők be.

Tájékoztásul a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

Kassa, 1911. január hó 12.-én.

*Az alap. közkórház igazgatósága.*

232/1911. szám.

Bars vármegye garamszentkeresztli járáshoz tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített 7 községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásnak** betölthetése végett pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása: Kezdődő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő és nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

Halottkémlési és himlőoltási díj.

Megbízás esetén kerületi munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kézi gyógyszerártarthatási jogosultság.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatóság által megállapítandó lakáspénz és a 21. és 22. §-ai alapján ugyanaz által szabályrendeletileg megállapítandó útiátalány, látogatási és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli trachomásokat és vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni, köre községeit további intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni, a trachomásokat kezelni és Jánosgyarmat meg Garamkürtös községekben hetenként kétszer trachoma-rendelést tartani; mihez képest a trachoma-kurzust végzett pályázók előnyben részesülnek.

A körbeli trachomások gyógykezeléséért és az előző pontban érintett trachoma-rendelésekért a belügyministeri tárczából évi 850 korona kezelési és útiátalány szokott engedélyeztetni.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság túlnyomó része németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kéréseiket **február hó 25. napjáig** annál inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Jánosgyarmat községben a körjegyzői irodában folyó évi január hó 28.-án délelőtt 9 órakor fogom megtartani.

Garamszentkereszt, 1911. január hó 12. én.

*Finka Sándor* s. k., főszolgabíró.

12423/910. szám.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál a pozsonymegyei Ligetfaluban üresedésben levő **orvosi állásra** pályázatot nyitunk.

Ezen orvosi körzethez tartozik Pozsony-Ligetfalu s külterkei, ezenkívül Pozsony városának dunajobbparti része. A tagok száma 500—600

Ezen orvosi állással 2600 korona évi fizetés és 400 korona fuvarátalány jár. A fizetés 4 évenként 300—300 koronával emelkedik. Pályázni óhajtók az 1907. XIX. t.-cz. 110. §-ában előírt minősítésen kívül ezen állásra való képesítésüket megfelelő okmányokkal és szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat **február hó 29.-éig** bezárólag az igazgatósághoz kell küldeni. Az állásra való információkat dr. *Glaser Károly* pénztári főorvostól lehet beszerezni.

A megválasztott az állást legkésőbb 1911. február 15.-éig elfoglalni köteles s Ligetfaluban köteles lakni.

Pozsonyban, 1911. január 12.-én.

*Somlyai Lajos* s. k., igazgató.

*Dworak Károly* s. k., elnök.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Bókay János:** Salvarsan sikeres alkalmazása chorea minor ellen. 67. lap.

**Flesch Ármin és Péteri Ignác:** Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A gyermekkori heges nyelöcszűkületek radiológiás kórjelzése. 68. lap.

**Strössner Ödön:** Közlemény a székesfővárosi bakteriologiai intézetből. (Vezető: Vas Bernát dr., egyet. magántanár.) Cholera vibriók a Duna vizében. 70. lap.

**Fejes Lajos és Gergő Imre:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató Preisz Hugó dr., egyet. nyilv. r. tanár) és I. sz. sebészeti klinikájáról (igazgató Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár). A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra (II. Gyakorlati rész). 72. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *Victor Urbantschitsch:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde. — Uj könyvek. — *Lapszemle.* Általános kór- és gyógytan. *Hering:* A halál után hallható hang. — *Belorvostan.* *Umber:* A duodenum-fekély gyógyítása. — *Kokall:* A scarlatina terjedésmódja. — *Sebészet.* *Rotter:* A diffus peritonitis kezelése. — *Scholer:* A sebészeti tuberculosishoz trypsinkezelése. — *Gyermekorvostan.* *Carles és Parouty:* Igen súlyos tünetekkel járó anaphylaxis-eset. — *Venerás betegségek.* *Martins:* Az Ehrlich-Hata-féle arsenobenzolnak (salvarsan) az injectio helyén való helybeli hatása. — *Röntgenológia.* *Kuchendorf:* A Basedow-kórnak Röntgen-therápiája. — *Schmidt:* A kis- és nagymennyiségű Röntgen-sugár hatása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Heveny antipyrin-mérgezés. — *Macht:* Chorea esete. 74–77. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 77. lap.

*Vegyes hírek.* 77–78. lap.

*Tudományos társulatok és egyesületek.* 79–80. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Salvarsan sikeres alkalmazása chorea minor ellen.

Közlő: *Bókay János* dr. egyet. ny. r. tanár, az egyet. gyermekklinika és a vele kapcsolatos „Stefánia” gyermekkorház igazgatója.

A chorea minor kezelésében az arsen régóta souverain szer s különböző alakban nyer therapiás alkalmazást. Ismeretes, hogy a kalium arsenicosum oldata (Fowler-oldat) mellett jelentős szerepet játszanak a chorea gyógykezelésében a natrium arsenicosum, a kakodyl-készítmények, az arrhenal, a francziák (Weill, Lyon) „beurre arsenical”-ja s a „liqueur de Boudin”. Tudjuk továbbá, hogy némelyek, így *Perraud* és *Gorin*, a sol. Fowleri-t subcutan is alkalmazásba vették chorea ellen, még pedig teljes sikerrel, s hogy ezt a módot kiterjedtebben nem használják, abban találja az okát, hogy a befecskendést erősebb fájdalom követi s többször láttak utána genyedésszerű folyamatot.

Tekintettel arra, hogy lues congenita eseteiben tett gyógykísérleteim teljesen meggyőztek a felől, hogy a salvarsant az *Ehrlich* által előírt módon és adagban a gyermeki szervezet még a legzsengőbb csecsemőkorban is jól tűri, megkísérlettem alkalmazását chorea minor ellen s észleletemről a következőkben számolok be:

*K. Ilona*, 8 éves leányka, felvételét 1910 nov. hó 3-án. Egy év előtt már kiállott középsúlyos choreát, mely hat hét alatt a szokásos arsenkezelés mellett (sol. Fowleri belső adagolása) lezajlott. Három év előtt poliomyelitis volt, melynek következménye a bal alsó végtag gyengesége s a bal lábszár izmainak mérsékelt lesoványodása.

Mérsékeltlen fejlett és táplált, testsúlya 19.70 kilo. Az incoordinatio az összes akaratlagos izmokra kiterjed s oly intensív, hogy a leánykát ágyba kellett fektetnünk, sőt hogy magát össze ne verje a rácsos ágy oldalfalain, párnákkal is

kibéleltük az ágyát. A beidegzési zavar folytán a beszéd erősen nehezített s a táplálkozás is zavart. A szív intact. Láztalan.

November 9. 0.20 gr. arsenobenzol (I<sub>d</sub>) alkalmazása (*Wechselmann*-féle neutr. emulsio, 7 cm<sup>3</sup> összmenyiségben). Tekintettel a nagyfokú nyugtalanságra, intraglutealis injectio helyett subcutan befecskendést eszközöltünk, még pedig, mint-hogy ágyában jórészt hanyatt fekszik, nem az interscapularis tájon, hanem elül a bal bordaív szélének megfelelőleg.

A befecskendést jól tűri s azt követőleg feltűnőbb hőemelkedést nem észlelünk (a maximalis hőmérséklet 38° C., két órával a befecskendés után).

November 11. A nyugtalanság kissé enyhült. A befecskendés helyén kis almanagyságú, kissé pirosas bőrrel fedett, fájdalomtalan, tömött infiltratio.

November 14. Az incoordinatio feltűnőbben engedett. A közérzet jobb, a kedély kevésbé ingadozó. Az injectio helyén erősen sötétvörös bőrtől fedett, kidomborodó, tömött, kevésbé fájdalmas duzzanat, melynek csúcsán kezdődő bőrnecrosis látható. Láztalan. A beszéd tisztább. Jól táplálkozik.

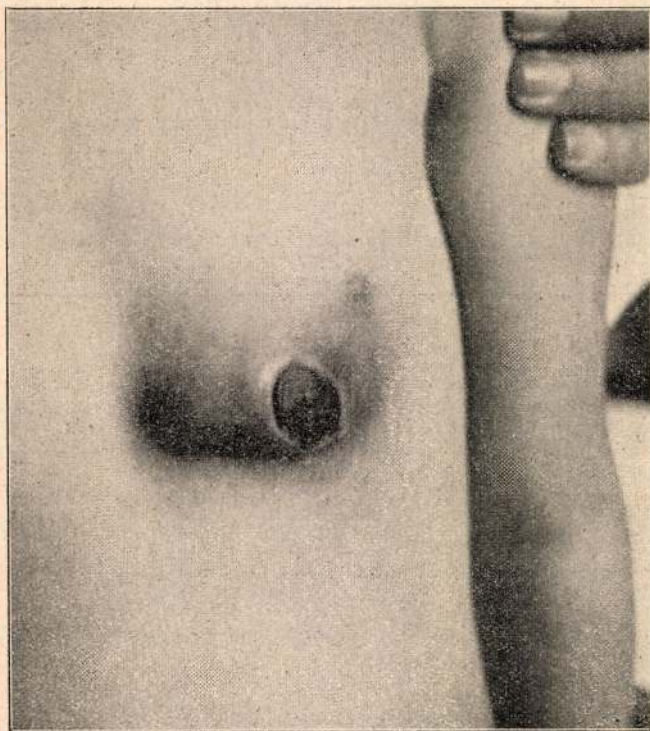
November 23. A choreás nyugtalanság tűnőfélben. A beszűrés helyének megfelelőleg fejlődött necrosisos bőr kivált s mérsékelt savós nedv kiszivárgása észlelhető. Az infiltratio feletti bőr kevésbé piros.

November 30. A beteg az ágyat elhagyja s állandóan fenn van. Choreás nyugtalanság már alig látható. Kedélye kifogástalan, tisztán, rendesen artikulálva beszél.

December 8. Úgyszólván teljesen megnyugodott s így gyógyultnak tekinthető. A bőrnecrosis, mely időközben korona nagyságát érte el (lásd az ábrát), nem terjed tovább s a duzzanat alatta fokozatosan lapul.

Esetünkben tehát 0.20 gr. arsenobenzol neutralis emulsiójának subcutan alkalmazására a nem szövőződött, eléggé intensív chorea minor, mely egy évi szünet után recidivált, négy hét lefolyása alatt nyom nélkül elenyészett. Esetünkkel egy időben egy más, hasonló korú choreás leánykát is felvettem az osztályra, kin azonban az incoordinatio korántsem volt oly intensív, mint a fent vázolt esetben s ezen eset ma

(decz. 12) még mindig eléggé szembeütő choreás nyugalanságot mutat, dacára a felvétel után azonnal megkezdett s consequensen folytatott szokásos sol. Fowleri belső adagolásának (elfogyasztott eddig 178 normal csepp Fowler-oldatot, a mi körülbelül 8 cm<sup>3</sup> kalium arsenicosum sol.-nak felel meg).



Esetünkben az arsenobenzol alkalmazásának más hátrányát nem láttuk, mint a kétségtelenül eléggé kellemetlen bőrcnecrosist az injectio helyén.

Az arsenobenzol hatásának magyarázatába esetünkben, tekintettel arra, hogy a chorea aetiologiája még mindig eléggé homályba burkolt, nem merek bocsájtkozni, csak felemlítem, hogy *Rumpel*<sup>1</sup> rheumatismus articularum chronicusban különösebb hatást nem látott a 606 alkalmazásától. Acut polyarthritist ellen tudtommal eddig senki sem kísérlette meg az arsenobenzol alkalmazását.

**Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházból.**  
(Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

### A gyermekkori heges nyelőcsőszűkületek radiológiás kórjelzése.

Írta: Flesch Armin dr. és Péteri Ignác dr.

A Röntgen-sugaraknak az orvosi tudomány és gyakorlat céljaira történt alkalmazása után azonnal nyilvánvalóvá lett, hogy segítségével csakis oly szervek érzékelhetők meg az ernyőn vagy a fényképezési lemezen, melyeknek természetes sűrűsége más, mint az azokat körülvevő szerveké. Ezen körülmény tette a Röntgen-eljárást alkalmassá, sőt ma már egyenesen nélkülözhetetlenné a csontrendszer s különösen a végtagcsontok megbetegedéseinek kórjelzésére s ezen alapon hódított magának a Röntgen-eljárás mindnagyobb szerepet a mellkasi szervek bántalmainak kórjelzésében, a hol a vérrel telt keringési szervek és a légtartalmú lélegzési szervek között nagy természetes sűrűségi különbségek vannak.

A kutatók azonban csakhamar nem elégedtek meg az ilyen módon nyert eredményekkel és törekedtek különböző újabb módszerek segítségével olyan szerveket is a Röntgen-vizsgálat

számára hozzáférhetővé tenni, a melyeken a természetes sűrűségi különbségek hiánya ezt megakadályozza. Az elv, melylyel ezen akadályokat legyőzni akarták, természetesen ép azon alapult, hogy mesterséges sűrűségi különbségeket teremtettek a szomszédos szervek elhatárolása céljából, a melyeknek absorptiós képessége a Röntgen-sugarakkal szemben egyenlő. Ez érvényesül azon vizsgálati módszernél is, a melynél az illető üreges szervbe olyan anyagokat juttatunk, melyek magas atomsúlyuknál fogva a Röntgen-sugarakkal szemben nagy absorptiós képességet fejtenek ki.

Ezen eljárás különösen hasznosnak mutatkozott a tápláló csatorna vizsgálatokor, hol az ezen eljárás segélyével nyert eredmények ismereteinket sok-sok tekintetben kibővítették, sőt nézeteinket részben át is alakították. Az említett cél elérésére első sorban szondákkal kísérleteztek és pedig közönséges gummiszondákkal (*Becher*), fémmandrinnal ellátott szondákkal (*Wegele*), majd söréttel (*Rosenfeld*) vagy kénesóval (*Perthes*) töltött szondákkal. Ezen szondák leginkább a nyelőcső viszonyairól, főleg szűkületeiről nyújtottak tájékozást és bár tagadhatatlanul ezen módon a Röntgen-eljárással több olyan vizsgálati eredményhez sikerült jutni, melyekről a közönséges szondázás fölvilágosítást nem nyújt, teljesen otthonossá ezen eljárás a Röntgen-laboratóriumokban mégsem lett. Előnyös első sorban már az is, hogy ezen vizsgálati eljárás segélyével a nyelőcsőszűkületek helyét nem a fogisorhoz viszonyított centiméternyi távolságban jelöljük meg, hanem pontosan meg tudjuk mondani, hogy mely szervnek szomszédságában fekszik a megfelelő bordához vagy csigolyához viszonyítva. Ugyancsak ilyen módon esetleges nyelőcsőtágulatok, diverticulumok kórjelzése (*Albers-Schönberg*<sup>1</sup>) is lehetővé vált, a melyekről pedig a közönséges szondázás mit sem sejtet velünk. Hátránya azonban, hogy aneurysma, nyelőcső- vagy gyomordaganat jelenléte esetén nem egész veszélytelen, a nyelőcső alakjáról nem is ad pontos felvilágosítást, magáról a nyelési folyamatról meg egyáltalán nem, továbbá hogy a vizsgálati eljárás maga is meglehetősen kényelmetlen és terhelő a betegre, úgy hogy — mint említettük — ezek miatt a fémszonda-eljárás a nyelőcső és gyomor Röntgen-vizsgálati módszerei közül lassan-lassan kiszorult.

Ma kizárólag azon eljárást alkalmazzuk, melynél ellentétteremtés céljából nagy absorptiós képességű fémsókat viszünk a vizsgálandó üreges szervbe. Már 1898-ban ajánlotta *Boas* és *Levy-Dorn*,<sup>2</sup> hogy bismuthal töltött gelatina-, illetőleg celluloid-capsulákat nyelünk és ezeket az egész tápláló csatornán végig kövessük, majd a tokocská helyett egyszerűen ostyában, cakesben (*Rieder*), kötőszövetes burookban (*Schwartz*) adták a bismuthot. Azonban ezen eljárás eredményei sem voltak kielégítőek mindaddig, míg *Rieder*<sup>3</sup> 1904-ben az ú. n. bismuthékeztést (*Wismuthmahlzeit*), azaz nagyobb mennyiségű bismuthos pépes tápláléknak adagolását be nem vezette és kiterjedt vizsgálataival a gyomrot, a beleket és a bélmotilitást illető viszonyokat új szempontokból meg nem világította. Vizsgálati módszerét azután más vizsgálok, különösen *Holzknicht* olyan tökéletességre fejlesztették, hogy ezen eljárás ma már a felnőtt korban a gyomor normalis és kóros viszonyainak vizsgálatokor a rendes klinikai vizsgálati módszerek közé tartozik.

Míg így *Rieder* alapvető vizsgálataival a gyomor-béltractus vizsgálati módszerét teremtette meg, addig a nyelőcső vizsgálatára már *Rieder* előtt 1900-ben dolgozott ki *Holzknicht*<sup>4</sup> egy olyan eljárást, a melyet azóta a nyelőcső megbetegedéseinek kórjelzésére nagy könnyűséggel és valóban a legeredményesebben használhatunk. Mint említettük, a fémszonda-vizsgálat bizonyos hátrányokkal és kellemetlenségekkel van egybekötve, a *Boas* és *Levy-Dorn* ajánlotta bismuth-

<sup>1</sup> *Albers-Schönberg*: Sternum und Oesophagus-Darstellung. Fortschr. auf d. Gebiete d. R.-Strahlen. 1901-02. Bd. 5. S. 8.

<sup>2</sup> *Boas* u. *Levy-Dorn*: Zur Diagnostik von Magen- und Darmkrankheiten mittels Röntgenstrahlen. Deutsche Med. Woch. 1898. Nr. 2.

<sup>3</sup> *Rieder*: Radiologische Untersuchung des Magens und Darmes beim lebenden Menschen. Münch. Med. Woch. 1904. Nr. 35.

<sup>4</sup> *Holzknicht*: Zur Diagnose der Oesophagusstenose. Deutsch. M. Woch. 1900. S. 573.

<sup>1</sup> Deutsche mediz. Wochenschrift. 8. Dezember 1910. No. 49 pag. 2287.

tokocskák sem alkalmasak a nyelőcső vizsgálatára, mert esetleges szűkületeket teljesen elzárhatnak. De volt még egy nagy akadálya a nyelőcső Röntgen-vizsgálatának. Nevezetesen, hogy még a nyelőcsőbe vezetett nagyobb absorptiók képesű testek sem nyújtanak kellő tájékozást, ha az átvilágítást a *Holzknicht* előtti időben szokásos módon: dorsoventralis vagy ventrodorsalis irányban eszközöljük. Ha figyelembe vesszük ugyanis a nyelőcső bonczolástani helyzetét, látjuk, hogy a viszonyok a nyelőcső Röntgen-vizsgálatára rendkívül kedvezőtlenek: tömege oly kicsiny, hogy a mesterséges sűrűségi különbség útján előidézett árnyékok teljesen elfedi a gerincoszlop, a szív és a nagy erek árnyéka. Ezért ajánlotta *Holzknicht* mindenekelőtt a ferde átmérőben eszközözendő átvilágítást és pedig vagy a dorsoventralis első ferde átmérőben (lámpa bal oldalt hátul, ernyő jobb oldalt elül), vagy a ventrodorsalis első ferde átmérőben (lámpa jobb oldalt elül, ernyő bal oldalt hátul), a midőn a gerincoszlop meg a szív és nagy erek árnyéka közt egy nagy, világos középterületet látunk. Ezen világos középterületbe esik a nyelőcső vetülete és itt keresendő azért a szondának vagy a nehéz falatnak az árnyéka. A második módosítása, hogy a bismuthot ne tokban nyelessük, hanem először keverjük 100 gr. vízbe 1—2 gr. bismuthum subnitricumot, itassuk meg, a midőn esetleges szűkület esetén a bismuth a szűkület helyén leülepszik. Egészséges egyénben sohasem ülepszik le a bismuth a nyelőcsőben, physiologiás szűkületi helyeken a bismuth sohasem akad meg. Minthogy ezen eljárás eredményhez csak nagyfokú szűkület esetén vezet, ajánlja, hogy negatív eredmény esetén végezzük utána a 2. próbát: adjunk a betegnek 1 gr. bismuthot ostyában. A szűkület helyen a falat megakad, sőtét foltot okoz s vagy mozdulatlanul fekszik ott, vagy különböző mozgásokat végez, nevezetesen vagy féregszerűen lassan átkúszik a szűkület helyen, vagy fölfelé ugrándozni látjuk. Ha ez sem vezetne célhoz, végezzük a 3. próbát, azaz előbb lenyeletünk szilárdabb falatot (a mely elzárja ugyan a szűkületet, azonban víz hosszabb behatására felpuhul, tehát zsemlebelet) és erre azonnal következik a bismuthfalat. A módszer jelentősége — mint azt *Holzknicht* is kiemeli — abban áll, hogy egyszerű, gyors, kiméletes és teljesen veszélytelen módon nyújt felvilágosítást a nyelőcsőszűkület jelenlétéről, localisatiójáról, fokáról és hosszáról.

*Holzknicht* már ezen közlésében 22 különböző okból létrejött szűkület vizsgálatáról számol be. Ezek közt öt volt maró folyadék után keletkezett s azóta ezen módszer, melyet bátran a nyelési folyamat vizsgálati módszerének nevezhetünk, a Röntgen-laboratóriumokban teljesen otthonossá lett. Felvilágosítást nyerünk a segélyével nem csupán szűkületek jelenlétéről, hanem dilatációkról, diverticulumokról is, a mint azt különösen *Kaufmann* és *Kienböck*-nek 1909-ben megjelent szép munkája<sup>5</sup> is bizonyítja.

A tápláló csatorna vizsgálatát Röntgen-sugarak segélyével azonban ezideig — nagyon kevés kivétellel — csak felnőtteken végezték. A gyermekorra vonatkozólag csak kevés vizsgálattal rendelkezünk s ezek is inkább csak szórványos adatok a gyomorra és részben a bélre vonatkozólag (*Groedel*,<sup>6</sup> *Trumpp*,<sup>7</sup> *Scheltema*<sup>8</sup>), de nem rendszeres vizsgálatok. A nyelőcső megbetegedéseiről pedig ilyen vizsgálatok a gyermekorból teljességgel hiányoznak. Eléggé kifűnik ez *P. Reyhernek* 1908-ban megjelent összefoglaló munkájából,<sup>9</sup> hol mindez eljárásokról alig tétetik említés. A részünkre hozzáférhető iroda-

<sup>5</sup> *Kaufmann u. Kienböck*: Ueber Erkrankungen der Speiseröhre. Wien. Kl. Woch. 1909. S. 1199.

<sup>6</sup> *Groedel*: Atlas u. Grundriss d. Röntgendiagnostik in d. inn. Medizin. München. 1909. S. 184.

<sup>7</sup> *Trumpp*: Röntgenologische Untersuchungen über den Ablauf der Verdauung beim Säugling. Verhandl. d. Gesellsch. f. Kinderhk. 1907. S. 490.

<sup>8</sup> *Scheltema*: Die Permeation und die Röntgendiagnostik bei d. Untersuchung d. Magendarmkanals. IV. Internat. Congr. Amsterdam, 1908.

<sup>9</sup> *P. Reyher*: Die röntgenologische Diagnostik in der Kinderhk. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderhk. Bd. II. 1908. S. 613.

lomban csupán *Ross*<sup>10</sup> végzett egy gyermekkori heges nyelőcsőszűkület-esetében Röntgen-vizsgálatot. *Ross* ezen esete két éves leánykára vonatkozik, kiben a lúgmérgezés következtében oly nagyfokú nyelőcsőszűkület fejlődött ki, hogy teljes nyelési képtelenség következett be. A szondázás nem sikerült. A bismuthum subnitricummal végzett radiographiás vizsgálat pontosan mutatta a szűkület helyét s fölötte a dilatatiót; ezen vizsgálati eredménytől vezetve, azután a szondázás és a fokozatos tágítás is sikeresen volt eszközölhető.

Hogy ezen vizsgálatok a gyermekklinikákon polgárjogot nem nyertek, valószínűleg két okra vezethető vissza. Az egyik talán az, hogy az újabb vizsgálatok reámutattak a Röntgen-sugaraknak a fejlődésben levő szervezetre kifejtett ártalmas hatására. *Försterling*<sup>11</sup> kimutatta, hogy ha fiatal állatokat aránylag rövid ideig teszünk is ki a Röntgen-sugarak behatásának, ezek növekedésükben visszamaradnak. Egy 8 napos kutyát 10—12 percig részlegesen, és ugyanazon ellésből származott négy nyulat 27 órában exponált 5, 10, 15, 18 percig. A kutyának a szőre kihullott s a Röntgen-sugár hatásának kitett testfél erősen visszamaradt fejlődésében. A nyulat pedig jelentékenyen visszamaradt fejlődésükben az ugyanazon ellésből származott ellenőrző nyúllal szemben. Megerősítették ez eredményt állatokon és növényeken eszközölt további kísérletei is, úgy hogy szerinte fiatal, növekvésben levő állatokon egyszeri Röntgen-besugárzás, a mely kisebb a mi szokásos therapiás adagunknál, az exponált testrészekben jelentékeny növekvési visszamaradást idézhet és csaknem mindig idéz is elő. Ha ugyan az évek hosszú során körjelzési és kisebb részben gyógyítási célokból ezekre menő esetben végzett Röntgen-fény alkalmazásoknál hasonló ártalmat nem is tapasztaltunk, ezen vizsgálati eredmények mégis még fokozottabb óvatosságra intenek, hogy az expositio idejét gyermekeken minél rövidebbre szabjuk s — mint mondtuk — nem tartjuk kizártnak, hogy a gyermekkori tápláló csatorna Röntgen-vizsgálati módszere elterjedésének ezen körülmény is némileg útját állotta.

A módszer elterjedését gátló második körülmény az ellentétteremtés céljából alkalmazott bismuthum subnitricumban keresendő. Ugyanis a módszer bevezetése után csakhamar több súlyos, sőt halálos mérgezést is láttak épen fiatal egyénekben és gyermekeken. E mérgezéseket a só bomlása után szabaddá lett savcomponens hatása gyanánt és nem bismuth-mérgezés gyanánt fogták fel, ezért ajánlotta *Grödel* a még kevésbé befolyásolható bismuthum carbonicumot. Azonban még ezen készítmény sem annyira állandó vegyileg, hogy ki lenne zárva a bomlása a szervezetben és így a mérges bismuthnak a felszívódása. Minthogy mérgezést fiatal egyéneken ezen készítmény használata után is láttak s mint-hogy az újabb észlelések a tüneteket határozottan bismuth-mérgezésre vezetnek vissza, ezért olyan anyagok után kutattak, melyek a bismuthot ezen Röntgen-vizsgálatoknál teljesen helyettesíteni tudják. Ezért ajánlották először a vasoxydot, azonban ennek fényelnyelő képessége aránylag rossz. Majd *Kaestle*<sup>12</sup> hozta ajánlatba először a thorium oxydatum anyhydricumot, de ez, bár absorptio-képesség és veszélytelenség tekintetében jóval fölötte áll a bismuth-készítményeknek, drágasága miatt nagyobb elterjedésre nem számíthatott. Ezért ajánlotta azután ugyancsak *Kaestle* a zirconium oxydatum anhydricumot, a mely savakban, lúgokban stb. úgyszólván teljesen oldhatatlan, állatoknak bőr alá adva teljesen hatás nélküli, úgy hogy mérgező hatásától tartanunk nem kell. Fényelnyelő képessége pedig, ha kissé mögötte áll is a bismuth-sókénak, mindamelllett kifogástalan eredményeket szolgáltat. Mind e sajátságai mellett elég olcsó és így kétségt-

<sup>10</sup> *Ross*: Case of traumatic oesophageal stricture in a two years old child. Albany Medic. Annals. 1910. jan. Ref. Arch. de Médec. des Enf. 1910. p. 708.

<sup>11</sup> *Försterling*: Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. Zentralbl. f. Chirurg. 1906. S. 521.

<sup>12</sup> *Kaestle*: Zirkonoxyd als kontrastbildendes Mittel in der Röntgenologie. Münch. Med. Woch. 1909. Nr. 50.

lenül hivatott arra, hogy a gyermekek táplálócsatornájának *Röntgen*-vizsgálatakor ellentétteremtés céljából kizárólag ezt használjuk.

Ha ezen most vázolt körülményeknek jelentős szerepet juttatunk is a tekintetben, hogy a gyermekkori táplálócsatorna *Röntgen*-átvilágítása a klinikai vizsgáló-módszerek közt nem honosodhatott meg, nem szabad megfedkezünk arról sem, hogy a felnőtteknek éppen azon betegségeit, melyekben a *Röntgen*-vizsgálat nagy körjelzési fontosságú, a milyenek a nyelőcső- és gyomordaganatok, a nyelőcső-diverticulumok, a gyomorfelekélyből kifejlődő homokóra-gyomor, az atonia, ptosis stb., a gyermekkorban — úgyszólván — sohasem észleljük. S így már eleve sem volt várható, hogy a *Röntgen*-vizsgálat akkora jelentőségre emelkedjék körjelzési szempontból a gyermekek tápláló-csatornájának betegségeiben, mint a felnőttekében.

A budapesti Stefánia-gyermekkorháznak egyik szomorú specialitása azon sok heges nyelőcsőszűkületben szenvedő gyermek, kiken a szűkület lúgmérgezés következtében fejlődött ki. Sajnos, a mi honi viszonyaink mellett a lúgmérgezés nem ritkaság, mivel nálunk lúgkővet bárki bármely fűszerüzletben beszerezhet. Az ebből készített oldatot mosásra használják. A szülők gondatlanságból gyermekek részére könnyen hozzáférhető helyen hagyják a lúgkővet vagy oldatát, a gyermekek kíváncsiságból szájukba veszik a lúgkővet vagy isznak az oldatából és ilyen módon aránylag igen gyakoriak a mérgezés esetei. Hogy mily gyakoriak ezen esetek, mutatja *Tordaynak*<sup>13</sup> a Stefánia-gyermekkorház anyagáról 1901-ben készített munkája. E szerint 1880–1900 közt, tehát húsz év leforgása alatt 172 gyermek kezeltetett a Stefánia-gyermekkorházban lúgmérgezés következtében kifejlődött heges nyelőcsőszűkület ellen. Ugyanezen idő alatt 208 volt a heveny lúgmérgezési esetek száma. Összeállítottuk az utolsó kilenc év statisztikáját is, tehát az 1901 január 1. — 1909 december 31. közé eső időszakra vonatkozót, és ebből kiderül, hogy ezen idő alatt kórházunkban 516 heveny lúgmérgezés és 267 nyelőcsőszűkület kezeltetett. A következő táblázat mutatja az esetek évek szerinti eloszlását:

| Évszám   | Heveny lúgmérgezés | Nyelőcsőszűkület |
|----------|--------------------|------------------|
| 1901     | 43                 | 21               |
| 1902     | 51                 | 21               |
| 1903     | 58                 | 25               |
| 1904     | 49                 | 25               |
| 1905     | 55                 | 44               |
| 1906     | 65                 | 31               |
| 1907     | 75                 | 24               |
| 1908     | 69                 | 41               |
| 1909     | 51                 | 35               |
| Összesen | 516                | 267              |

Külföldön ezen esetek aránytalanul ritkábbak és úgy látszik, hogy ezen gyászos versenyben csupán Norvégia vetélytársunk, honnan *Johanessen*<sup>14</sup> írt e kérdésről, a gyermekek heveny lúgmérgezéséről szép tanulmányt. Ott is annyira elterjedt e baj, hogy 6 év alatt 140 lúgmérgezést kezeltek a krisztániái gyermekklinikán. A megmérgeztettek igen nagy hányadában fejlődik ki azután szűkület. Így *Johanessen* esetei között 74·3%-ban, s *Keller*-nek *Emminghaus*<sup>15</sup> és *Lewin* által is idézett statisztikája szerint 76%-ban. *Hacker*<sup>16</sup> összeállítása szerint pedig a lúgmérgezést átélőknek több mint felében súlyos szűkület fejlődik ki, a többiben könnyebb

<sup>13</sup> *Torday*: Über narbige Speiseröhrenstricturen nach Laugevergiftung im Kindesalter. (Jahrb. für Kinderhk. 1901. Bd. 53. S. 272.)

<sup>14</sup> *Johanessen*: Über Laugevergiftung bei Kindern. (Jahrb. für Kinderhk. Bd. 51. 1900. S. 153.)

<sup>15</sup> *Emminghaus*: Krankheiten des Oesophagus. (Gerhardt's Hb. d. Kinderhk. IV. Bd. 2. Abt. S. 165.)

<sup>16</sup> *v. Hacker*: Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Oesophagus und der im Gefolge derselben entstehenden Stricturen. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 45. 1893. S. 605.)

fokú, vagy igen ritka szerencsés esetekben szűkület egyáltalán nem marad vissza. Kiemelendőnek tartjuk még azon körülményt, hogy az esetek legnagyobb része úgy *Johanessen*-nél, mint *Torday*-nál az 1—3. év között volt észlelhető.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a székesfővárosi bakteriologiai intézetből. (Vezető: dr. Vas Bernát egyet. magántanár.)

#### Cholera-vibriók a Duna vizében.

Irta: *Ströszner Ödön* dr. intézeti segéd.

Hogy a folyamvizeknek minő jelentőségük van a cholera epidemiológiájában, arra már eddig is számos adatunk volt; de különösen az utóbbi évek cholerajárványai szolgáltattak erre vonatkozólag tanulságos eredményekkel.

Ha bakteriologiai vizsgálattal nem is volt mindig megállapítható az illető folyamok vizének cholera-vibrióval való fertőzöttsége, mégis az epidemia egész lefolyása és útja a mellett bizonyított, hogy legtöbbször a víz használata volt az, a mely a cholera-t terjesztette.

Eklatáns példa volt erre a többek között az 1905. évi *németországi* cholerajárvány, az 1909. évi *rotterdami* stb. *Rotterdam*-ban pl. határozottan meg volt állapítható — mint azt *Hymans v. d. Bergh* közli —, hogy a járvány a fertőzött *Maas folyó* vize útján támadt. Be tudták bizonyítani, hogy a legtöbb betegnek módjában állott a *Maas* vizéből inni, abban mosdani vagy azzal érintkezni.

Általánosságban mondhatjuk, hogy a folyóvíz a pathogen bakteriumok fejlődésére és szaporodására kedvezőtlen feltételeket nyújt; mindazonáltal bebizonyult, hogy pl. a cholera-vibriók a folyóvízben is hosszú ideig életképesek maradhatnak. Függ ez egyrészt a folyóvíz kémiai összetételétől, annak hőmérsékétől, a vízben végbemenő öntisztulási folyamatoktól, továbbá a beözönlő szennyvizek minő- és mennyiségétől, a vízi bakteriumok és protozoonok sokszor delecter hatásától, a napfény intenzitásától stb., másrészt pedig maga a cholera-vibrio biológiájától is.

Nem akarjuk ezen tényezők mindegyikének befolyását a cholera-vibrióra itt részletezni, csak egyet-mást óhajtunk röviden kiemelni.

Különösen fontos a víz hőmérséke. Számos idevonatkozó irodalmi adatból megállapíthatjuk, hogy a szobahőmérsékleten álló fertőzött víz *hónapokon át* a cholera-infectio forrása lehet, különösen, ha permanens, vagy sűrű időközökben történő fertőzésnek van kitéve.

Még alacsonyabb hőmérséken is — jóval 0° C alatt — sokáig életben marad a cholera-vibrio a folyóvízben. S mint-hogy ez epidemiologiai szempontból nagy fontossággal bír, már számosan vizsgálták, hogy meddig tartja meg a cholera-vibrio a hidegben, vagy éppen a jégben életképességét. A kísérleti eredmények azonban nem egységesek. Ugyanis azok a hőfokok, a melyeken a cholera-vibrio elpusztul, igen tág határok között ingadoznak, még pedig —5° C (*Kolle*) és —31·8° C (*Kasansky*) közt. Érdekesek *Brehme*, *Christian* és *Macfadyen* erre vonatkozó legújabb megfigyelései.

*Brehme* úgy találta, hogy cholera-vibriók 57 napig éltek *állandó alacsony* hőmérsékleten, mely —16° C-ig is leszállt. Ismételtén, mintegy negyvenszer téve ki cholera-vibriókat —15° C-tól — +15° C-ig menő hőingadozásoknak, úgy találta, hogy egyes vibriók még 3 óráig ezután életben maradtak.

*Christian* kimutatta, hogy cholera-vibriók *négy hónapnál tovább* megtartják életképességüket a jégben.

Végül *Macfadyen* (*Brehme* munkájában idézve) közli, hogy cholera-vibriók —180° C-t, sőt —190° C-t is el tudnak viselni két napig, a nélkül, hogy elpusztulnának.

Mindent összefoglalva tehát, mondhatjuk, hogy a cholera-vibriók a hideggel szemben igen nagy resistenciával bír-

nak és úgy a jégben, mint hideg vízben hónapokon át életképességüket meg tudják tartani.

A hőmérséken kívül a cholera-vibrióknak a vízben való életbenmaradása főleg még a víz *chemiai összetételétől* függ.

*Baktericid* anyagokban vagy *szennyvizekben* bővelkedő folyóvíz természetesen nem jó táptalaj a cholera-vibriók számára; ebben hamar elpusztulnak.

Konyhasótartalmú vízben állítólag jobban fejlődnek, mint édes vízben, és hogy aránylag magas só-tartalmúban sem pusztulnak el, erre is vannak adatok. Így pl. találtak cholera-vibriókat az Észak-keleti tenger csatornájában, valamint a marseilles-i kikötő vizében is.

Érdekes *Hankin*-nak az a közismert megfigyelése, a mely szerint a Ganges és Jumna folyó vize a cholera-vibriókra baktericid módon hat, elannyira, hogy vizükben a cholera-vibrio 2—4 óra múlva már tönkremegy. Ennek oka állítólag a víz gazdag savanyú anyag-tartalma. Hogy a cholera-vibrióknak vízi bacteriumok, saprophyták stb. által való túlbujánozását, illetőleg tönkretételét is tekintetbe kell vennünk, azt talán fölösleges hangsúlyoznom.

Cholera-vibriót folyóvízben már sokszor találtak.<sup>1</sup> Hogy azonban a régebbi leletek megállhatnak-e, az a bakteriologia mai állásán azért is kétséges, mert az agglutinatio és a *Pfeiffer*-féle kísérlet előtti időből származnak. E két utóbbi reakciónak biztos positívítása nélkül pedig valamely vibrióra nem mondható ki, hogy *cholera-vibrio*.

A mi leletünknek a története röviden a következő:

1910 szeptember hó 15.-én Budapestre érkezett egy magántársaság „Szondy“ nevű tehergőzöse, a mely Komárom és Vác között teljesített szolgálatot. Ezen hajó egyik matróza cholera-gyanus tünetek közt betegedett meg. A beteget kórházba szállították és ürülékében — a mely szeptember hó 15.-én délután került az intézetben vizsgálat alá — cholera-vibriók találtak. Ez volt Budapesten az *első* cholera-eset.

A hajót zár alá helyezték, még pedig a város alatt levő, téli kikötőül szolgáló lágymányosi Dunaágban, a hol a hajó a parttól mintegy 4—5 méternyire vetett horgonyt.

Szeptember hó 16.-án a *hajó mellett* a Dunából (hőmérséke 13.5° C) vizet merítettünk bakteriologiai vizsgálatra. A vizet a szokásos módon még aznap délután feldolgoztam, olyformán, hogy 10 *Erlenmeyer*-féle lombik mindegyikébe 100—100 cm<sup>3</sup> vizet és 10—10 cm<sup>3</sup> peptontörzsoldatot adtam. Azután a lombikokat thermostatba helyeztem. Másnap reggelig mindegyik lombikban felszínes hártya („Kahmhaut“) fejlődött, különösen kettőben. Ezen utóbbiakban már görcsű alatt is igen gyanus vibriók voltak láthatók, míg a többi nyolcz hártában („Kahmhaut“-ban) talált vibriók már morphologiailag meg voltak különböztethetők a valódi cholera-vibrióktól.

A gyanús hártából („Kahmhaut“) agarlemezekre szlesztettünk, a melyeken már aznap estig typosus cholera-coloniák fejlődtek. A „tájékoztató“ agglutinációs kísérlet pozitív volt.

Ezen cholera-coloniákból nyertük ferde alkaliás agarra való átoltás útján a biologiai kísérletekhez szükséges színtenyészeteket.

Szeptember 18.-án reggel eszközöltetett 16 órás culturával a döntő agglutinációs próba; fiatalabb cultura használatát a pseudoagglutinatio miatt mellőztük (*Friedberger*). Az immunserum 1:20,000 hígításban már 20 perc múlva agglutinálta a vibriókat.

Az indolreactio is pozitív volt.

Az agglutinációra vonatkozólag néhány megjegyzésem volna. Ugyanis két szerző — *Zlatogoroff* és utána *Barrenscheen* — azt bizonyította, hogy a vízből kitenyészett cholera-vibriók agglutinabilitása csökken, még pedig annál jobban, minél tovább voltak a vibriók a víz káros hatásának kitéve. *Zlatogoroff* e tüneményt az agglutinogen kilúgozódására vezeti

vissza és azt hiszi, hogy az agglutinatio nem bir döntő diagnosztikai szereppel.

*Barrenscheen* vízből (Isar-folyó) kitenyészett cholera-vibriók agglutinabilitását sokkal kisebbnek (1:5000) találta, mint az eredeti törzset (1:40.000).

*Zlatogoroff* és *Barrenscheen* állításait *Köhlisch* és legújában *Haendel* és *Woithe* — a legszélesebb alapon végzett kísérletekkel — teljesen megdöntötte. *Köhlisch* bebizonyította, hogy valódi cholera-vibrióknak még *hosszas és különböző vízpassage* (vízvezetéki, folyó-, destillált víz) után sem csökkent az agglutinabilitása. Ugyanazon eredményre jutott *Haendel* és *Woithe* is.

A mi esetünkben sem vesztett a cholera-vibrio agglutinabilitásából. A serum 1:20,000 hígításban — ez volt a serum titerje — ép úgy agglutinálta a vízből, mint később a többi, az ürülékekből kitenyészett cholera-törzseinket. Különbséget az agglutinációt illetőleg nem észleltünk. Mindezek után *Köhlisch*-hez kell csatlakoznunk, ki azt mondja, hogy a bakteriologiai cholera-diagnostika mai methodusaiban megbízhatunk a *víz vizsgálatakor* is.

Bár már ezek után is vibriókat cholera-vibriónak kellett tekintenünk, mégis szükségesnek láttuk az identificációt a *Pfeiffer*-féle kísérlettel megerősíteni. Ez is pozitív volt, a mennyiben már 20 perc múlva typosus szemcseképződés volt látható a peritonealis exsudatumban, míg a controll-állatában élénken mozgott a vibriók.

Igy tehát, tekintve azt, hogy úgy az agglutinatio, mint a *Pfeiffer*-féle kísérlet pozitív volt, kétséget nem szenvedhet, hogy a *Duna vízből kitenyészett vibrio valódi cholera-vibrio* volt.

Leletünk két szempontból bir értékkel. Először azért, mert ez az *első* eset, hogy sikerült a Duna vízből cholera-vibriókat kitenyészteni, másodszor pedig azért, mert a *Duna fertőzött volta* — a mire csak indirecte lehetett következtetni a cholera-nak magyarországi fellépéséből és terjedéséből — ezen *bakteriologiai vizsgálat által beigazolás* nyert.

A cholera-vibrióknak a téli kikötőbe való bejutását minden valószínűség szerint a „Szondy“-hajó közvetítette, a melyen cholera-eset fordult elő. Talán a hajó oldalára tapadt cholera-ürülék vagy más cholera anyag volt a vibriók vivője. Bacillusgazda-hajós, mint közvetítője a víz fertőzésének, nem jöhetett tekintetbe, mivel erre vonatkozó beható vizsgálataink negativ eredménnyel jártak, a mennyiben a hajósok között nem találtunk bacillusgazdákat.

A hajó körüli Duna vizébe került vibriók, úgy látszik, szaporodásukhoz kedvező feltételekre leltek, különben alig lett volna lehetséges, hogy ott, a hajónak csak egy napi veszteglése után, már az első vizsgálat alkalmával vibriókat találhassunk. Hogy később sem az ugyanazon helyen, sem a távolabbi helyeken merített vízpróbákban már nem sikerült vibriókat kimutatni, ennek különböző okai lehettek. Vagy hamarosan tönkrementek a vízben a vibriók, vagy a víz lassan tovább vitte őket, vagy pedig leülepedvén, a mélybe kerültek, avagy végre oly csekély számban voltak már csak jelen, hogy kimutatásuk nem volt lehetséges. Hogy ezen feltevésnek közül melyik felel meg leginkább a valósnak, azt eldönteni nincs módunkban.

A prophylaxisos intézkedések foganatosítása szempontjából természetesen már ezen egy pozitív lelet döntő súlylyal birt. S ezért dr. *Magyarevits Mladen* tisztii főorvos javaslatára a hatóság a téli kikötőt elzárta, hogy a közönség a vízhez hozzá ne férjen és a Duna vizének bármily czélokra való felhasználását a legszigorúbban megtiltotta.

Hogy a „Szondy“-hajó megfertőzte-e a nyílt Dunát, hogy kerültek-e a téli kikötőből a vele nyílt összeköttetésben levő főfolyamba cholera-vibriók, azt nyílt kérdésnek kell tekintenünk. Hogy mind a két eset lehetséges, az természetes. A Duna vizének fertőzött volta azonban — már az epidemia keletkezés módjából és továbbterjedéséből ítélve — minden kétségen felül áll.

*Mi sors vár már most a Dunában levő cholera-vibriókra?*

<sup>1</sup> Legutóbbi időben úgy a filtrált, mint a nem filtrált *Néva*-folyó vizében, még pedig *Zaboltny* szerint 1908 november hótól 1909 márczius haváig a *Névából* merített vízpróbák 19%-ában. Továbbá *Szent-Pétersvárnak* mind a 18 szűrőmedenczében.

*Állíthatunk-e fel e tekintetben prognosist a cholera újból megjelenését illetően?*

Kétséget nem szenved, hogy — a mint azt már fent említettem — kedvező feltételek mellett a vibriók a Dunában vagyis folyóvízben szaporodhatnak és az áramló vízzel elragadva, tovább terjeszthetik a ragályt.

Kedvezőtlen körülmények mellett a vibriók vagy teljesen elpusztulnak, vagy pedig a folyóvízben végbemenő öntisztulási folyamatok következtében az iszapba jutnak. Itt az iszapban jó táptalajt találhatnak, a mint azt legelőször *Wernicke* az ő ismert aquarium-kísérletével kimutatta. E kísérletében némileg a természetet is utánozva, az aquariumba számos vizinövényt és néhány állatot is helyezett és ezen aquarium iszapjában még *hónapok mulva* is talált életképes vibriókat.

Az iszap, a vibriókkal együtt sedimentált anyagok (*Christian*) szolgáltatják tehát a folyóvízben a cholera vibrióknak a megfelelő táptalajt és így mi sem állja útját annak, hogy a vibriók — még a leghidegebb télen át is — életben maradhatnak a folyó mélyében, illetőleg a folyó iszapjában.

A tavaszi vagy nyári időszak beálltával csak alkalmas véletlentől fog függeni az, hogy az áttelelt vibriók a felszínre juthatnak-e vagy sem.

Ha a Duna stagnáló vagy nagyon mély helyére jutottak a vibriók, akkor a felszínre való jutásuktól *nem* kell tartanunk, mert alig lesznek oly számottevő tényezők, a melyek a mélyben levő vibriókat felzavarhatják; de ha kevésbé mély helyre jutottak, a sok jármű — különösen ha igen élénk a forgalom — erős mozgásba és hullámozásba hozván a vizet, az iszap felkavarodik és így meglesz a lehetősége annak, hogy a felkavart iszappal a vibriók is a felületre kerülnek.

Hogy ezek a felületre került vibriók csakugyan újra elő tudják idézni a járványt, ahhoz kétség nem férhet.

Azonban oly kizárólagos jelentőséget talán még sem tulajdoníthatunk nekik, mint *Christian*, a ki a járvány felújulását csakis a folyók iszapjától várja. Hiszen az iszapban áttelelt cholera vibriókon kívül vannak, mint tudjuk, még más igen fontos körülmények, a melyeknek szintén döntő szerepük van a járvány újbóli kitörésében. Ezeket sem szabad figyelmen kívül hagyni.

A víz felszínére került vibriók különben a *tegtöbb esetben* nem találják meg ott a szaporodásukhoz szükséges — már fent említett — feltételeket és elpusztulnak, a nélkül, hogy veszedelmessé lettek volna. De mindenesetre beigazolt tény az, hogy az iszapban áttelelt vibriók is közreműködhetnek a cholera felújulásában s így a Duna vize általuk fertőzésnek lehet kitéve. Ez a körülmény óvatosságra int a Duna vízének használatában nemcsak most, hanem különösen a melegebb és a nagyobb hajóforgalommal járó időszak beálltával. De a Duna-jég használatól is óvakodjunk, mert abban is lehetnek életképes vibriók.

Kívánatos tehát, hogy a hatóság ilyen irányban mindennél világosítsa fel a közönséget és akkor remélhető, hogy sikerülni is fog a Duna felől fenyegető cholera-veszélyt elhárítani.

Vége csak röviden érintem azt a kérdést, vajjon a fertőzött vízben levő halak terjeszthetik-e a cholera?

Kísérletileg *Remlinger* és *Nouri Osman* foglalkoztak ezen kérdéssel, a mikor az 1908. évi január havában kezdődött konstantinápolyi cholera járvány alkalmával a halakat vették gyanuba az epidemia terjesztésében. Ők a mesterségesen fertőzött vízben tenyésztett halakban mindig találtak cholera vibriókat. Elkészített (főzött, sült stb.) halakban azonban soha.

Igy tehát igenis lehetséges, hogy fertőzött vízben a halak — ürülékeikkel — a járványt tovább terjeszthetik és még a tiszta vizeket is inficiálják. De az ilyen halak fogyasztása bajt nem okozhat, mert hiszen már elkészítve jutnak az asztalunkra.

Hogy valóban úgy szerepelnek-e a halak, mint a cholera továbbterjesztői, erre nézve nem tudtam adatokat találni. A lehetősége azonban nincsen kizárva.

**Irodalom:** *Köhlisch*: Angebliche Änderung der Agglutinabilität der Cholera vibriionen durch Aufenthalt im Wasser. Centralblatt für Bakt. Originale, 55. Band, Heft 2. 1910. — *Barrenscheen H.*: Über die Agglutina-

bilität der Cholera vibriionen. Centralblatt für Bakt. Orig. 50. Band, S. 261. 1909. — *Zlatogoroff S. J.*: Zur Frage der Diagnostik der Cholera vibriionen. Centralblatt für Bakt. Orig. Bd. 48. S. 684. — *Haendel und Woithe*: Vergleichende Untersuchungen mit älteren Cholera- und El-Tor-Kulturen. Arbeit a. d. Kais. Gesundheitsamt. XXXIV. Bd. I. Heft. 1910. — *Blumenthal Ph.*: Vergleichende epidemiologische Betrachtungen über die Cholera in Moskau und in Petersburg. Zeitschrift für Hygiene. Bd. 63. S. 199. 1909. — *Tschistowitsch N.*: Choleraepidemie in St. Petersburg im Winter 1908—1909. Referatum: Centralblatt für Bakt. Ref. Bd. 45. No. 26. — *Hymans van den Bergh A. A.*: De Cholera be Rotterdam. Referatum: Centralblatt für Bakt. Ref. Bd. No. 26. — *Zabolotny D. K.*: Ein Überblick über die Entwicklung der Choleraepidemie in Russland im Jahre 1907—1908. Referatum: Centralblatt f. Bakt. Ref. Bd. No. 26. — *Günther C.*: Einführung in das Studium der Bakteriologie, 1906. — *Kolle und Wassermann*: Handbuch der pathogen Mikroorganismen. III. Bd. 1903. — *Christian*: Die Überwinterung der Cholera bacillen. Archiv für Hygiene, 60. Bd. S. 16. 1907. — *Brehme V.*: Über die Widerstandsfähigkeit der Cholera vibriionen und Typhusbacillen gegen niedere Temperaturen. Archiv für Hygiene, 40. Bd. S. 320. 1901. — *Finkelburg*: Zur Frage der Variabilität der Cholera bacillen. Centralblatt für Bakt., 13. Bd. S. 113. 1893. — *Kasansky M. W.*: Über den Einfluss der Kälte auf die Cholera bacillen von *Koch*. Centralblatt für Bakt., 17. Bd. S. 184. 1895. — *Uffelmann*: Über die Persistenz der Cholera vibriionen im Wasser. Berl. Klin. Wochenschrift, No. 7. 1893. S. 392. — *Friedberger und Luerssen*: Zur bakteriologischen Cholera diagnose. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1905.

**Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató *Preisz Hugó dr.*, egyetemi nyilvános rendes tanár) és I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató *Dollinger Gyula dr.*, m. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár).**

## A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra.

Irta: *Fejes Lajos dr.*, a bakteriologiai intézet volt tanársegéde és *Gergő Imre dr.*, az I. számú sebészeti klinika tanársegéde.

### II. Gyakorlati rész.\*

Irta: *Gergő Imre dr.*

Az 1909. évi nemzetközi orvosi congressus alkalmával a sebészi szakosztályban ismerttettem azon eredményeket, melyeket a *heveny sebészi genyedések antifermentumos kezelésével* elérhetünk. Eredményeim összefoglalásában kifejtettem az antifermentumos eljárás javalatait és ellenjavalatait és odaconcludáltam, hogy

„A lágy részeken keletkezett heveny tályogok kezelésekor *gondosan megválasztott esetekben az eljárás kitünő ambuláns kezelési módszer*, a melynek előnye a következők: 1. A beavatkozás módja a legegyszerűbb és a legrovidebb idő alatt, 1—2 perc alatt eszközölhető; 2. a tályog gyorsan és biztosan gyógyul; 3. az utókezelés kiméletes és egyszerű; 4. a gyógykezelés tartama, de a gyógyulás tartama is rövidebb, mint eddigi eljárásaink mellett; végül 5. a kozmetikai és a functionális eredmény is kitünő“.

Az antifermentumos eljárás elméleti alapjait és ezen kezelés közelebbi indicatióit a heveny genyedések antifermentumos kezeléséről írt dolgozatomban részletesen tárgyaltam.

Nem mintha az antifermentumos eljárásról szerzett tapasztalataim megváltoztak volna, hanem azon körülménynél fogva, mivel használható nagymennyiségű antifermentumos oldatok beszerzése alkalmilag nehézségbe ütközik, kísérleteimet már tavaly az antifermentumos kezelést helyettesítő egyéb eljárásokra is kiterjesztettem. Kutattam azon irányban, nem vezetne-e célhoz az is, ha az antifermentumos serum helyett más folyadékot alkalmaznánk, például antiseptikus oldatokat, physiologiás konyhasó-oldatot, egyéb isotonias oldatokat, nucleinsavat, állati serumokat stb. Erre vonatkozó kísérleteim egy részéről akarok ezen helyen beszámolni.

A *tályogoknak egyszerű punctiója* csak a legkisebb tályogoknál — 1—2 cm<sup>3</sup> geny tartalommal — vezethet célhoz, de az eredmény még ezen esetekben is bizonytalan.

Kísérleteztem *physiologiás, 0-9<sup>o</sup>/o-os konyhasó-oldattal*. Végeredményeim azt bizonyították, hogy ezen úgynevezett

\* A dolgozat kivonatát a szerző a Magyar Sebésztársaság III. nagygyűlésének első tudományos ülésén (1910. május 27.-én) előadta.

physiologias oldattal inkább ártunk, semmint használunk. Ha heveny genykeltő okozta tályogba nagyobb mennyiségű physiologias konyhasó-oldatot fecskendezünk, a lobos tünetek gyakran kellemetlen módon fokozódhatnak; emlékszem egy almányi hasfal-tályogra, melyet konyhasós oldattal lege artis kezeltem és a mely felett a köztakaró ennek daczára rövidesen elhalt. A natriumchlorid, helyesebben a natrium-ionok toxikus, sejtölő hatása nagyobb mennyiségű konyhasós oldatban számottevő lehet.

Jobb eredményeket nyertem akkor, midőn a physiologias konyhasó-oldatban minimalis mennyiségű calciumchloridot (0.001—0.01 grammot százra) oldottam és heveny tályogokat ezen folyadékkal kezeltem. Ezen ténynek elméleti magyarázatát két körülményben kereshetjük: calciumchlorid hozzáadásával a physiologias konyhasó toxikus, sejtölő hatását megszüntetjük, erre már *Loeb* is utalt; másrészt minimalis mennyiségű calcium-ionok bevezetésével a physiologias konyhasós oldatba lényegesen fokozható a phagocytosis is, ezen tény *Hamburger* és *Hekma* részletezte.

Kísérleteztem továbbá *antiseptikus oldatokkal* is. A tályogot pungáltam és  $\frac{1}{2}$ — $10/100$ -os sublimat-oldattal,  $10/100$ -os lysollal vagy lysoformmal,  $1$ — $40/100$ -os bórodattal, gyenge salicyl-oldatokkal, jodoldatokkal stb. kezeltem. Ha a szervezet védelmi berendezéseit modern szempontból nézzük, már elméleti okok is egyoldalúnak tüntetik fel ezen eljárást; küzdünk bactericid anyagokkal a bacteriumok ellen, de a mellett a szervezet physiologias védekezését az antiseptikus oldatok sejtölő hatásuknál fogva gátolják. Az elméletnek megfelelőleg gyakorlati tapasztalataim sem voltak biztatók; antisepticumokkal kezelt eseteimben a gyógyulás néha feltűnően elhúzódott, sőt egyes esetekben — úgy látszik az antisepticumok szövétmérgező hatása folytán — a lobosodás az első napokban fokozódott is. Az eljárással felhagytam.

Megemlítem e helyt, hogy csak utólag, a külföldi irodalom tüzetesebb áttekintésekor értesültem arról, hogy mily elterjedt volt valaha a tályogok punctiója és mosása, illetőleg megtöltése antisepticumokkal a francia sebészek között. *Petit*<sup>1</sup> (Lyon) már 1798-ban ajánlotta a tályog incisiója helyett a punctiót és a geny aspiratióját. *Chassaignac*<sup>2</sup> 1851-ben a punctión kívül a tályogot vízzel mosta. *Boisset*,<sup>3</sup> *Cosmao-Dumenez*<sup>4</sup> (1862) épúgy, mint *Jules Roux*,<sup>5</sup> *Monot* és *Demarquay*<sup>6</sup> jodinjectiókkal kísérletezett.

*Lister* ideje óta pedig az angol, de főleg ismét a francia sebészek az antisepticumoknak egész seregével kísérlették meg a tályogok kezelését. A kiterjedtebben alkalmazott carbolloldatról (lásd *Robert Garnier*<sup>7</sup>) nem is szólva, utalok csak *Blanc*,<sup>8</sup> *Gosselin* és *Assaky*<sup>9</sup> (1882) dolgozataira, melyekben az alkohol-injectiókat ajánlották. *Laporte*,<sup>10</sup> *Piéchaud*,<sup>11</sup> *Cordier* (Lyon) és *de Saint Germain*<sup>12</sup> pedig a punctiót követő sublimatos injectiónak volt lelkes híve.

<sup>1</sup> *Petit*: Sur une nouvelle manière de vider les dépôts par la ponction et les ventouses. Rec d'actes de la Soc. de santé de Lyon, 1798. I. 163—171.

<sup>2</sup> *Chassaignac*: Traitement des abcès par le lavage et l'occlusion. Bull. Soc. chirurg. Paris. 1851. I. 679., 688., 697.

<sup>3</sup> *Boisset*: Traitement des abcès chauds par injections iodées. Jodothérapie, ch. X. p. 476. Paris, 1855.

<sup>4</sup> *Cosmao-Dumenez*: Remarques sur les bons effets des injections iodées dans les abcès chauds. Bull. général de thérap. Paris, 1862. LXII. 545—550.

<sup>5</sup> Cit. *P. de Saint Germain*.

<sup>6</sup> Cit. *P. de Saint Germain*.

<sup>7</sup> *Robert Garnier*: Traitement antiseptique des abcès chauds. Thèse de Paris. 1890.

<sup>8</sup> *Blanc*: Traitement des abcès chauds par les injections d'alcool. Paris, 1881.

<sup>9</sup> *Assaky*: Du traitement des abcès chauds par les injections d'alcool; méthode de M. le professeur *Gosselin*. Gazette médicale de Paris, No. 5 et 6, 4 et 11 Février 1882, pp. 58 et 74.

<sup>10</sup> *Laporte*: Du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices. Thèse de Lyon, 1890.

<sup>11</sup> *Piéchaud*: Congrès de Chirurgie, 1890. L. Gaz. heb. de sciences méd. de Bordeaux. No. 26 et 27 (pp. 304 et 317) 1891.

<sup>12</sup> *Eugène Etienne Pierre de Saint-Germain*: Contribution à l'étude du traitement des abcès chauds sans incision. Thèse de Bordeaux. 1891.

A tályogok kezelése antisepticumokkal azonban nem igen törhetett magának utat, elhagyták újabban a francia sebészek épúgy, mint mások.

Áttértem ezután *nucleinsavas* befecskendezésekre a heveny tályogokba és ebben azon gondolat vezérelt, hogy talán azon mesterséges hyperleukocytosis, melyet a nucleinsav eredményez, képes lesz a heveny tályogokat gyógyítani. Tudvalevőleg *Mikulicz* ajánlotta a mesterséges hyperleukocytosis az egyén resistentiájának fokozására, főleg peritonealis műtétek előtt; a mit *Mikulicz* általánosságban az egész szervezetre nézve óhajtott, azt szerettem volna lokálisan heveny genyedés eseteiben elérni. Sajnos, ezen kísérletek sem vezettek eredményhez.

Új irányt adott ekkor kísérleteimnek *Fejes Lajos* dr.-nak, azon időtájt *Preisz Hugó* dr. e. ny. r. tanár segédének egy szóbeli közlése.

*Fejes* dr. *Preisz* tanár intézetében lóvérsavóval kísérletezett. Feltűnt neki a lóvérsavó erős hyperleukocytosis és phagocytosis okozó tulajdonsága és állatkísérletekkel bizonyította be ezen mesterséges hyperleukocytosis és phagocytosis gyógyító hatását peritonealis infectiók eseteiben.

Több mint száz esetben kísérlettem meg a heveny genyes folyamatok kezelését állati serummal (normalis lóserummal és marhaserummal). Az antifermentumos eljárásnál szerzett tapasztalatok alapján, az antifermentumos eljárás-hoz hasonló módon, eleinte nagyobb mennyiségű serummal töltöttem meg a heveny tályogokat; a beteg fájdalmai növekedtek, a lobosodás fokozódott, a szervezet általánosságban is igen hevesen reagált (fejfájás, rázóhideg jelentkezett, serum-exanthemák keletkeztek stb.). Már-már ingadozott bizalmam az eljárás hasznavehetőségében, midőn még egy kísérleti sorozatra szántam magam; t. i. kísérletet végeztem a serum dozálásával. Minimalis serummennyiséggel kezdtem. Az eredmény oly meglepő volt, hogy vizsgálataimat most ezen irányban folytattam és úgy jutottam azon technikához, a melylyel a heveny tályogok kezelését lóserummal jelenleg is végzem.

#### Az eljárás technikája.

A kezelést punctióval, serumos fürdővel, serumos kötésekkel vagy serumos öblítésekkel végezhetjük. A serumos fürdők, kötések, úgyszintén a sipolyok serumos kezelésének technikája oly egyszerű, hogy azokat ismertetnem felesleges. Némi részletezést csak a punctió eljárás technikája igényel.

Úgy hiszem, hogy ezzel egyrészt azokat, kik az eljárást megkísérlik, esetleges hibaforrásoktól óvom meg, másrészt pedig az eredmények összehasonlítása egyforma eljárás mellett biztosabb alapon nyugszik.

A beszúrásra kijelölt helyen a köztakarót jodtincturával beecsetelem; érzékenyebb egyéneken a beszúrás helyét megfagyasztom; a bőrt ott eltörlöm és vagy vastagabb tűvel, vagy nagyobb tályog esetében trokárrel beszúrok. A tűn, illetőleg kanülön át fecskendővel a genyet lehetőségig kiszívom; azután a tályogot serummal kimosom addig, a míg a visszazívott serum teljesen tiszta, vagy kissé véres. A tályog mosásakor az eltávolított geny helyébe mindig kisebb mennyiségű serumot fecskendezek, nehogy a tályog üregében a belső nyomást fokozzam. A tályogban feles serumot nem hagyok vissza. A tűnek, illetőleg a kanülnek eltávolítása után a beszúrás helyére kis gaze-darabkát helyezek és azt ragtapaszszal rögzítem. Nagyobb tályog esetén nyomókötést, erősebb lobosodás mellett *Burow*-féle dunstkötést alkalmazok.

Ha a lobosodás 1—2 nap mulva nem csökken, a punctiót a leírt módon megismétlem; többnyire azonban már egyszeri kezeléssel értem czélt.

Mivel a tályogokat serummal többszörösen kiöblíttem, a tűknek és trokáraknak eddigi alakját a punctió eljárás céljából módosítottam. Közel a tűnek, illetőleg a trokárhüvelynek a végéhez — hasonlóképpen az irrigatorvégek berendezéséhez — még néhány nyílást készíttettem; ily tűkön a serum számos nyílásból zuhanszerűen ömlik és a tályog

| Sorszám | A tályog helye  | Bacteriologiai lelet                        | Az első punctio alkalmával nyert geny mennyisége   | A kezeléselek száma       | A gyógykezelés tartama          |
|---------|---|---|--|---------------------------|---------------------------------|
| 1       | Abscessus regionis supraorbitalis (B. G.)   |   | 1 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 3 nap.                          |
| 2       | Abscessus faciei (M. J.)  | Staphylococcus pyogenes aureus              | 4.5 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 8 nap.                          |
| 3       | Abscessus periostealis mandibulae (B. S.)   | Streptococcus pyogenes                      | 2 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 7 nap.                          |
| 4       | Lymphadenitis, abs. reg. submax. (Sz. J.)   |   | 1.5 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 6 nap.                          |
| 5       | Lymphadenitis, abs. reg. submax. (M. B.)  | Staphylococcus pyog. albus                  | 8 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 3 nap.                          |
| 6       | Lymphadenitis, abs. reg. submax. (S. L.)  |   | 5 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 3 nap.                          |
| 7       | Abscessus nuchae (B. J.)  | Staphyl. pyog. aureus et albus              | 10 cm <sup>3</sup>   | 1                         | 10 nap.                         |
| 8       | Abscessus nuchae post furunculosis (S. S.)  |   | 4 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 8 nap.                          |
| 9       | Abscessus nuchae post furunculosis (B. F.)  |   | 8 cm <sup>3</sup>  | 2                         | 5 nap.                          |
| 10      | Abscessus nuchae post furunculosis (K. M.)  | Staphyl. pyog. aureus                       | 5 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 6 nap.                          |
| 11      | Abscessus nuchae (H. J.)  | Staphyl. pyog. aureus                       | 7 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 3 nap.                          |
| 12      | Lymphadenitis abscedens axillarum post furunculosis (Sz. A.)                                  |   | 3—3 cm <sup>3</sup>  | 1—1                       | 4, illetőleg 5 nap.             |
| 13      | Abscessus axillae post furunculosis (C. A.)   | Staphyl. pyog. aureus et albus              | 1 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 5 nap.                          |
| 14      | Abscessus subcutanei axillae dextrae (postfurunculosis) et mammae dextrae multiplices (S. M.) | Staphyl. pyog. albus valamenyinyi tályogban | 2, ill. 5 cm <sup>3</sup> geny a hónalj, 4, ill. 1/2 cm <sup>3</sup> geny az emlő tályogjaiban | 1, ill. 2, ill. 1, ill. 1 | 4, ill. 11, ill. 4, ill. 2 nap. |
| 15      | Mastitis abscedens (H. M.-né)   |   | 18 cm <sup>3</sup>   | 1                         | 11 nap.                         |
| 16      | Mastitis abscedens (K. Zs.)   |   | 6 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 5 nap.                          |
| 17      | Mastitis abscedens (G. A.)  |   | 5 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 8 nap.                          |
| 18      | Mastitis abscedens (H. J.)  | Staphyl. pyog. albus                        | 300 cm <sup>3</sup>  | 2                         | 12 nap.                         |
| 19      | Mastitis abscedens bilateralis (P. J.-né)   |   | 50, ill. 65 cm <sup>3</sup>  | 1—1                       | 6 nap.                          |
| 20      | Mastitis abscedens (B. V.)  | Staphyl. pyog. albus                        | 150 cm <sup>3</sup>  | 2                         | 9 nap.                          |
| 21      | Mastitis abscedens (Cs. G.-né)  |   | kb. 25 cm <sup>3</sup>   | 2                         | 9 nap.                          |
| 22      | Mastitis abscedens (V. M.)  | Staphyl. pyog. albus                        | kb. 50 cm <sup>3</sup>   | 2                         | 7 nap.                          |
| 23      | Mastitis abscedens bilateralis (M. J.-né)   | Staphyl. pyog. albus                        | kb. 70, ill. 80 cm <sup>3</sup>  | 1, ill. 2                 | 15 nap.                         |
| 24      | Lymphadenitis abscedens reg. inguinalis (L. J.)   | Staphyl. pyog. aureus.                      | 9 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 5 nap.                          |
| 25      | Bubo inguinalis (ulcus molle után) (B. J.)  |   | 4 cm <sup>3</sup>  | 1                         | közel 4 hét.                    |
| 26      | Bubo inguinalis (ulcus molle után) (Sz. J.)   |   | 6 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 14 nap.                         |
| 27      | Bubo inguinalis (ulcus molle után) (H. J.)  |   | 1 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 4 nap.                          |
| 28      | Bubo inguinalis (ulcus molle után) (H. A.)  |   | 8 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 7 nap.                          |
| 29      | Bubo inguinalis (ulcus molle után) bilateralis (B. L.)  |   | 1—1 cm <sup>3</sup>  | 2                         | 10 nap.                         |
| 30      | Abscessus periproctalis (S. J.)   | Staphyl. pyog. albus és bact. coli          | 2 cm <sup>3</sup>  | 1                         | 3 nap.                          |

falait alaposabban mossa, mint a régi egyszerű punctiós tűk alkalmazása mellett.

#### Gyakorlati tapasztalataim a serumkezeléssel.

Ezeket az I. számú sebészeti klinikának főleg bejáró betegein szereztem. A betegeknek kegyes átengedéseért mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger Gyula* dr. egyetemi nyilv. rendes tanár úrnak őszinte hálával adózom.

A serumkezelést első sorban *heveny eredésű lágyrésztályogokon* kísérlettem meg, ezeket tartottam ugyanis — az antifermentumos eljárással szerzett tapasztalataim alapján — serumkísérletekre a legalkalmasabbaknak.

Nem akarom az olvasó türelmét kórtörténeteknek regisztrálásával igénybe venni, jóllehet — mint minden új eljárásnál — még nagy szükségünk van gondosan megfigyelt köresetek gyűjtésére. Hisz ott tartunk még, hogy egy-egy újabb észlelés az eddigi tapasztalatokat módosíthatja. Eredményeimet fogom csak, lehetőleg röviden, ismertetni.

A mellékelt táblázat 30 válogatás nélkül kiragadott kórtörténetnek főbb adatait mutatja, az eseteknek topographiás sorrendjében. A 30 esetben 37 tályogot kezeltem állati serummal még pedig friss normalis lóvérsavóval.

A táblázatból mindenek előtt kitűnik, hogy *a kezelt tályogok a test legkülönbözőbb helyein fejlődtek és hogy ezen genydedéseket különböző heveny genykeltők okozták.* A bacteriologiai vizsgálat szerint az aetiologiában főleg staphylococcus pyogenes albus (9-szer), staphylococcus pyogenes aureus (6-szor) szerepelt, de találtam még streptococcusokat és bacterium colit is a tályogoknak genyjében.

Az *első punctio alkalmával nyert geny mennyisége* 1—300 cm<sup>3</sup> között váltakozott:

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1—5 cm <sup>3</sup> volt      | 20 esetben |
| 5—10 „ „                      | 8 „        |
| 10—50 „ „                     | 4 „        |
| 50—100 „ „                    | 3 „ és     |
| 100 cm <sup>3</sup> -en felül | 2 esetben. |

A *kezelések száma.* A feltüntetett 37 tályog esetében 29-szer elegendő volt 1 punctio és csak 8-szor, szóval körülbelül az eseteknek 1/5-ében kellett a kezelést ismételnünk. A punctiók számára a bacteriumok virulentiája tagadhatatlanul a legnagyobb befolyással lehet; maga a geny mennyisége nem befolyásolja annyira a punctiók számát, mint azt az antifermentumos eljárásnál láttam, hol nagyobb genymennyiség mellett a punctiót rendszeresen kellett ismételnem.

Áttérek most már a *klinikai megfigyelésekre* és az igazságos kritika végett az eljárás előnyeit a hátrányaival állítom szembe.<sup>13</sup>

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Victor Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde.** Fünfte, vollständig neubearbeitete Auflage. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.

Kilencz teljes éve immár, hogy ezen lap hasábjain a szerző tankönyvének negyedik kiadását ismerttettem. Az új kiadás minden egyes sorában látom szerzőjének kimagasló egyéniségét, tiszta, könnyen érthető klasszikus német nyelvezetét, mely *Hyrtl* irányára emlékeztet, kifejezesebbé, józan, évtizedes tapasztalatokon nyugvó ítéletét, telve az őt mindenkor jellemző belátással és jóindulattal mások szerény műveivel szemben. Az alig 400 oldalra terjedő első kiadása e könyvnek rövid két évtized alatt 622 oldalt tartalmazó

<sup>13</sup> Összehasonlítás céljából itt ugyanazon csoportosítást követtem, mint az antifermentumokkal kezelt eseteim bírálatakor; a csoportosítás ezen módja áttekinthetőségénél fogva is célszerűbbnek látszott.



hatalmas köteté vált. A műnek már felületes áttekintésekor is szembeötlő a szerzőnek bámulatatos olvasottsága és irodalmi jártassága, mely kritikai éles szemmel párosulva, mindig és mindenütt ki tudja emelni a lényegest.

A ki a modern fülgyógyászat nagyszabású haladásában még kételkedik, az merüljön e könyv olvasásába, mely híven tükrözteti vissza az utolsó évtizedek bűvárlatainak összes eredményeit. Hogy mily eredménnyel szaporította *Urban-tschitsch* ezen haladást, mennyire járult hozzá a modern fülgyógyászat épületének emeléséhez, azt nem kell közelebbről bizonyítanom. Csak emlékeztetni kívánok az Eustach-kürtnek általa feltalált bougirozására celluloid-szálcscsal, a rendszeres hallási gyakorlatokra süketnémaság és a későbbi korban szerzett sükettség eseteiben, a hallóérzéknek a különféle érzékszervek részéről való reflectorius befolyásolására, az általa először leírt gyöngyalakú felhámképződésekre a dobhártyán, a subjectiv hallóérzetek befolyásolására a fülhöz vezetett hangvillahangok által, rendkívül finom élettani és fejlődéstani leleteire stb., mint éles megfigyelőképességének és kutató elméjének legsajátosabb termékeire.

A tankönyv ezen ötödik kiadásában különösen kiépitettek a süketnémaságról, az otosclerosisról, az otochirurgiáról, a simulatióról és a baleseti véleményadásról, végül a labyrinthus megbetegedéseiről szóló részek. Egészen újak az otosclerosisnak Röntgen-, illetve radiumsugarakkal való kezeléséről, az idült középső fülhurtnak galvanárammal, a genyedéseknek *Bier*-féle pangással és szívókezeléssel, a gyökeres műtéteknek tampon nélküli utókezeléséről írt fejezetek. A mű teljességét jellemzi, hogy még a legszerényebb idegen munka sem került ki figyelmét és hogy magyar bűvárok nevével is ismételt találkozunk. Öszinte elégtétellel látom elhalt nagynevű pathologusunk, *Högyes Endre* úttörő érdemeit a tömkelegkutatás terén kiemelve. Már ezen hálásan érzett tárgyilagossága miatt is díszhelyet érdemel e valóban elsőrangú tankönyv minden magyar orvos könyvtárában. De a szakorvos is lépten-nyomon okulást meríthet e műből, melynek külső kiállítására is, sikerült 156 instructiv szövegközi képpel, becsületére válik az orvosi irodalom terén ismert kiadócéznek. Ára 21 K 60 fill. *Sugár K. Márton* dr.

### Új könyvek.

*W. Friedrich*: Die Phosphornekrose in Ungarn. Jena, G. Fischer. 225 m. — *R. Kutner*: Die instrumentelle Behandlung der Harnleiden. Berlin, A. Hirschwald. 8 m. — *Jesionek*: Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jahrgang I. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 18 m. — *F. Crämer*: Das runde Magengeschwür. München, J. F. Lehmann. 4.50 m. — *B. Fischer*: Hypophysitis, Akromegalie und Fettsucht. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 6.60 m. — *A. Hoffmann*: Functionelle Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 12 m. — *A. Rothschild*: Lehrbuch der Urologie und der Krankheiten der männlichen Sexualorgane. Leipzig, W. Klinkhardt. 13.50 m. — *W. Kruse*: Allgemeine Mikrobiologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 30 m. — *C. v. Pirquet*: Allergie. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — *W. Wechselmann*: Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol. Berlin, O. Coblentz. 10 m. — *C. Posner*: Vorlesungen über Harnkrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. 9 m. — *H. Senator*: Polyzythämie und Plethora. Berlin, A. Hirschwald. 2.40 m. — *Bosse und Eliasberg*: Der Dämmer Schlaf oder die Skopolaminmorphin-Mischnarkose in ihrer Anwendung bei Entbindungen und Operationen. Leipzig, J. A. Barth. 2.25 m. — *W. Hagen*: Über akute chirurgische Infektionskrankheiten. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *M. Hirschberg*: Operative Behandlung des Asthma. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *A. Martin*: Die vaginalen Methoden in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *W. Thorn*: Die Laktationsatrophie des Uterus, speziell ihre Bedeutung für die Propaganda des Stillens. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *K. Reifferscheid*: Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Leipzig, J. A. Barth. 4 m. — *Bandelier und Röpke*: Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg, C. Kabitzsch. 9.50 m. — *A. Rosenberg*: Pathologie und Therapie der Rachenkrankheiten. Wien, A. Hölder. 4.20 m. — *M. H. Fischer*: Das Oedem. Eine experimentelle und theoretische Untersuchung der Physiologie und Pathologie der Wasserbindung im Organismus. Dresden, Th. Steinkopff. 6 m. — *Pappenheim und Ferrata*: Über die verschiedenen lymphoiden Zellformen des normalen und pathologischen Blutes. Leipzig, W. Klinkhardt. 6 m. — *L. Lévi et H. Rothschild*: Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines. Paris, Doin et fils. 12 fr.

### Lapszemle.

#### Általános kór- és gyógytan.

**A halál után hallható hangról** ír *Hering* a „Deutsche med. Wochenschr.“ 1. számában. Haláleset alkalmával észlelte, hogy a végső légzések után a szív csúcsa felett halk sistergés hallatszott. E hang eredéséről elmélkedve, kezdetben azt hitte, hogy a szívizom végső összehúzódásainak hangja, de meggyőződött, hogy az izom hangja sokkal mélyebb. Valószínűbbnek tartja, hogy a hangot a még folyós vér áramlása okozza, a melyet állatokon már régen bebizonyítottak, de kevésbé ismernek. Állatokban a vér a szív mozdulatlanága daczára egyideig áramlik. Feltevését támogatandó, hivatkozik az élőben hallható hasonló méhüri, az újszülöttek fejkutacsai feletti és az „apáca“-zörejre, továbbá, hogy mérsékelt nyomásra például az orsó-verőer felett is kapunk hasonló hangot. Nyomás nélkül is hallotta élőben az asztalon lazán tartott kéz II. és III. középsőcsontja felett. Halottban a hangot 2—3 percig észlelte és úgy véli, hogy hosszasan beálló halál után azért nem hallható, mivel a verőerek akkorára teljesen kiürültek. Kívánatos a jelzett hang mikrofonos és electrocardiogrammos felvétele. A.

#### Belorvostan.

**A duodenum-fekély gyógyításáról** ír *Umber*. Az általános gyógyítás egyezik a gyomorfekély gyógyításával. A vérző duodenum-fekély gyógyítása is nagyjából ugyanolyan, mint a vérző gyomorfekélyé: nyugalom, jégtömlő, a táplálkozás beszüntetése egy időre (a tápláló klysmák is mellőzendők, mert reflectrice gyomornedv-elválasztásra indítanak, a gyomornedv pedig izgatja a fekélyt), atropin, morphiom, pantopon, gelatina a szájon át vagy a bőr alul, suprarenin. Kiemelendő az escalin vérzés- és fájdalomcsökkentő hatása (3—4 napon keresztül reggel éhomra vízzel emulgeált 5 pastilla fogyasztandó el). Ha mindezek ellenére az erősebb vérzés továbbra is fennáll és az életet veszélyezteti: operative kell beavatkozni. A gastroenterostomia ilyenkor nem elegendő, a mint azt egy esetének ismertetésével bizonyítja. Véleménye szerint a duodenum hosszában megnyitandó, a vérző hely felkeresendő és kellőképpen ellátandó. Czikke végén a szerző újból hangsúlyozza, hogy a duodenum-fekély egymaga még nem járja a műtétet, mert conservativ kezeléssel is meggyógyítható a baj; ha azonban profus vérzéssel vagy elviselhetetlen alimentaris fájdalommal állunk szemben, ne idegenkedjünk az operativ beavatkozástól. (Die Therapie der Gegenwart, 1910. 10. füzet.)

**A scarlatina terjedésmódjáról** szóló cikkében *Kokall*, brünni városi orvos nem mond ugyan újat, a mennyiben különösen az angol irodalomból régóta ismeretes az a körülmény, hogy a vörheny lezajlása, a hámlás megszűnése és kellő fertőtlenítés után elég sok esetben még fertőzőképes az illető: mégis nem egészen hiábavaló a figyelemnek az ilyen esetekre való felhívása. Sokszor\* ugyanis a kórházat vagy az orvost okolják, hogy a vörhenyben szenvedett idő előtt bocsátotta az emberek közé, noha ez a vád — legalább az esetek egy részében — a fentiek alapján nem indokolt; úgy a mint vannak typhusbacillus-gazdák, a kik a typhus lezajlása után éveken át tartalmazzák a typhusbacillust teljesen virulens állapotban s ezzel veszélyesek lehetnek környezetükre: épen úgy lehetnek egyének, a kikben a vörheny lezajlása után is hónapokon keresztül fertőzőképes állapotban lehetnek — alkalmasint a száj, a torok és a légutak nyálkahártyáján — a vörheny kórokozói, a melyeket azonban — sajnos — mind-ezideig nem ismerünk s azért az ellenük való védekezés módjának pontosabb megállapítása nehézségekbe ütközik, annival is inkább, mert vörheny iránt fogékony állatokat sem ismerünk, a melyekkel kísérleteket végezhetnénk. A vörhenyből kigyógyultak szájüregének hónapokon át végzett, rendszeres fertőtlenítésével talán sikerülne valamelyes eredményt elérni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 52. szám.)

### Sebészet.

A diffus peritonitis kezeléséről írott cikkében *Rotter* tanár az utolsó öt év eseteinek mérleget alapján oda nyilatkozik, hogy az eredmények javulása csak nagyon csekély részben tudandó be az operatív technika javulásának, és inkább a korai operálás elvének terjedésére vezethető vissza. A *Rehn*-féle módszer (a hasüreg kiadó öblítése, az intraabdominalis nyomás helyreállítása varrással, a Douglas-ür drainézése) semmit sem javított eredményein s azért elveti. A legsúlyosabb esetekben, a melyekben összetapadások és fibrinlerakodások vannak, inkább az öblítést ajánlja, mint a hasüregnek száraz kitakarítását. Öblítéssel ugyanis a pararectalis perityphlitis-metszésen át a has bal oldala is kitakarítható, míg a száraz kitakarítás végezhetése végett még egy metszést kell ejteni a bal oldalon, a mi a súlyos betegre nem egészen közömbös. Az intraabdominalis nyomás helyreállítását illetőleg kimutatja, hogy a nyomásviszonyok tekintetében teljesen mindegy, vajjon bevarrjuk-e a hasüreget, vagy pedig tamponáljuk. Végül pontos mérései alapján arra figyelmeztet, hogy a szabad hasüreg drainage-a csak a műtét utáni első 12 órában működik; a mi a második-harmadik napon folyik a drainból, az csak a drainsatorna váladéka, nem pedig a szabad hasüregből jövő folyadék. A szerző tehát nem drainez, hanem a hasüreget kiöblítése és törlőkkel kiszárítása után teljesen zárja. Csak azokban az esetekben, a melyekben a hasüri vérzés nem volt teljesen elállítható, vagy pedig a hashártya egy helyen genyesen beszűrődött, tamponál az illető helyen erősen, hogy a kóros részt a hasüreg többi részétől elkülönítse. (Archiv für klin. Chirurgie, 93. kötet, 1. füzet.)

A sebészeti tuberculosishoz trypsin-kezelésekor *Scholer* (Königsberg) a *Lexer*-féle klinikán a következőket tapasztalta. Gümös izületek kezelésére a trypsin nem alkalmas a következő okok miatt: 1. A befecskendezés igen fájdalmas; 2. a készítmények könnyen romlanak és tisztátalanságuk miatt nagy a fertőzés veszélye; 3. az injectiók után néha toxikus tünetek fejlődnek; 4. a szöveti beolvadás első sorban a beteg, gümösen elváltozott szöveteket illeti, de az egészséges szövetek is megemésztetnek, a minek következtében leválnak az ízületi porcok és a geny könnyebben tör át a lágyrészekbe. A trypsinnek mellékhatásai, a helybeli vérbőség és a szöveteknek izgalma, vegyi szerekekkel ép úgy elérhető, a mellett ezen eljárások kiméletesebbek, fájdalmat nem okoznak és nem oly veszélyesek (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 46. sz.) *Gergő*.

### Gyermekorvostan.

Igen súlyos tünetekkel járó anaphylaxis-esetéről számol be *M. F. Carles* és *R. Parouty*. A 6 éves gyermek, ki 1906-ban kapott először serumot, 1909 októberében, mert idősebb testvére diphtheriában feküdt, újra beoltatott 20 cm<sup>3</sup>-nyi savóval s akkor 4 nap múlva igen súlyos urticaria fejlődött, 40°-ig felmenő lázakkal; a betegség öt napi fennállás után szűnt meg. 1909 december 11.-én croup-diagnosissal újra a kórházba kerül; a torok belövelt, de tiszta, álhártya nincs, a bakteriologiai lelet staphylococcus és streptococcus, ugató köhögés, rekedtség, 20 cm<sup>3</sup> serumot kap. Éjjel heves hányás, másnap nem tud felülni, gyomor-fájdalmakról panaszkodik; az egész hasra kiterjedő tömött oedema, a beszűrés helyén koronányi, fekete színű terület. Az oedema szélein élénk piroslobos határ. Napközben többször hányt, a fájdalmak fokozódtak. Estefelé az arcz feltűnő halvány, erős oedema a szemhéjakon, a melyeket alig tud nyitva tartani, az oedema a mellkasra is reáterjedt és az egész bőrfelületen urticariás kiütés fejlődött ki. 40° C-os láz, 158 érlelés, 52 légzés percenként, dyspnoë. A reakövetkező napon az arcz hamuszürke, puffedsége még feltűnőbb, az oedemák még megvannak, morbillira emlékeztető exanthema. Kiszáradt, feketés hányadékkal járó hányás. Diarrhoea, coryza, conjunctivitis. A szívhangok tiszták, de tompák; könnyen elnyomható, szapora pulsus. Igen nagy gyengeség. A következő napon a hányás

megszűnt, az exanthema eltűnt, az arcz puffedsége csökkent. A légzés nyugodtabb. Két nap múlva az összes tünetek visszafejlődése mellett a beszűrés helye körül nagy necrosis, a melyből bő genyedés indul meg. (Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1910. szeptember 15.)

*Bókay Zoltán dr.*

### Venereás betegségek.

Az Ehrlich-Hata-féle arsenobenzolnak (salvarsan) az injectio helyén való helybeli hatását vizsgálta *K. Martius* (Frankfurt a. M.). Általános tapasztalás, hogy a szernek a bőr alá vagy az izomba való injectiója többé-kevésbé jelentékeny, legtöbbször fájdalmas beszűrődést és duzzanatot okoz. *Hata* állatkísérletei továbbá azt is bizonyították, hogy az arsenobenzol az injectio helyén szövetnecrosist hoz létre. Hasonló leletet találunk az emberen is. *B. Fischer* már több hónap előtt kimutatja, hogy a szer a befecskendezés helyén úgy a zsírszövetet, mint az izomzatot necrosisa bírja. A necrosisos góczokban — 3 héttel az injectio után — bőven lehetett az arsenet chemiai úton kimutatni. Ilyen tapasztalásról azután mások is tudtak beszámolni. A szerző a *Senckenberg*-féle pathologiai intézetben több ilyen hasonló esetet vizsgálhatott. Elsőben is 3 oly esetet ismertet, a melyben a necrosis a farizomzatot érte. Az első esetben az arsenobenzolt gyöngén alkaliás suspensio alakjában adták, a másokban közömbös vegyhatású suspensióban, a harmadik esetben pedig paraffinum liquidumban elkeverve. Az izomszövet necrosisa a hátizomzatban is létrejöhet. Ezt a szerző két további esetben is tapasztalhatta. Mindkét esetben a 606-ot közömbös vegyhatású suspensio alakjában adták. Aránylag gyakran észlelhetők bőrnecrosisok is az injectiók nyomán. *Martius* ezekből is látott többet.

Az arsenobenzolos necrosisokra jellemző, hogy igen sokáig fönnállanak s hogy a resorptióra és heges gyógyulásra kevés a hajlandóságuk. A szerző egy ízben 3 hónappal az injectio után is látott egy kiterjedt necrosist, mely akkor még teljes híján volt a gyógyulási hajlamnak. A necrosisok egy része aseptikusan folyik le, másik részéhez azonban septikus tályogképződés is csatlakozik. Valószínű, hogy az ilyen esetekben a fertőzés az injectio alkalmával történik. A fertőzőes necrosis igen súlyos bajokra vezethet, ha mélyen, pl. a farizomzatban foglal helyet. Itt a kifelé való áttörést megakadályozhatja az ellenálló fascia. A szerző tanulságos közlésében részletesen leírja a necrosisok makroszkopos és mikroszkopos képét. Ez a necrosis az izmot, a zsírszövetet és a kötőszövetet egyaránt megtámadja. A teljes necrosis területén a véredek is thrombotizálva vannak. De necrosisba eshetnek az idegek is. Ezeknek a velős hüvelyén ilyenkor rögös szétesés mutatható ki. Úgy látszik, hogy a necrosis létrejvetelében csekély szerepet visz az arsenobenzolos injectio mineműsége. Létrejöhet az elhalás úgy lúgos, mint közömbös suspensio alkalmazásakor és létrejöhet paraffinos suspensio esetén is. Sőt a bevitt szernek a mennyisége sem fontos a necrosis létrejöttében, legföljebb csak annyiban, hogy a mennyiséggel körülbelül arányos az elhalás kiterjedése. Lehetséges, hogy a szövetelhalást nem a 606 okozza, hanem az elhelyezett depotban beálló vegyi szétesési termékek, a melyek tudvalevően igen mérgező hatásúak lehetnek. Másfelől azt kell mondanunk, hogy mai tudásunk szerint a syphilideket oly rendkívül erősen befolyásoló hatás egyedül magához az arsenobenzolhoz van kötve, a mi nem állítható az esetleg képződő arsenderivatumokról. Az sem lehetetlen, hogy az injectio nyomán fejlődő necrosis tulajdonképpen még hasznos is, mert némileg megakadályozza a depotban képződő mérgező arsenderivatumok felszívódását.

*Martius* idevágó tapasztalásait a következő tételben foglalja össze: 1. Az arsenobenzol subcutan vagy intramuscularis injectiójának minden esetében lehetett a befecskendezés területén kiterjedt necrosist találni. Nem fontos e tekintetben, hogy a szert minő adagban, oldatban vagy

suspensióban adták. 2. Valamennyi, a szerrel közvetlenül érintkezésbe jövő szövet (kötőszövet, zsírszövet, izom, vér-ér és ideg) necrosisba esik. 3. Az idegek necrosisából magyarázhatók az injectio nyomán olykor észlelt neuritises tünetek. 4. A véregek necrosis rendszerint az injectio területére kiterjedően az erek thrombosisára vezet. 5. Valószínű, hogy az injectio helyének helyes megválasztásával a bőrnecrosisok elkerülhetők. 6. Az elhalt szövetrészek sequester-szerűen leöklődhetnek. A szövetsequesterben még hónapok után is kimutatható az arsen. 7. A 606-nak gyors szétbomlása miatt igen kérdéses, hogy egyáltalában elérhető-e a tartós deponálás. A depotnak az arsen tartalma nem bizonyít semmit sem, ellenben fölmerülhet az a lehetőség, hogy a depotból káros arsenderivatumok szívódnak föl. 8. A föl szívódást megnehezíti azonban a necrosis, a thrombotizálás és a sequesterképződés. 9. A thrombosisnak a nagy erekre való tovaterjedését *Martius* csak egy esetben (infectióval komplikált eset) látta. 10. Ebben az esetben a kiterjedt farizombeli necrosishoz a vena iliacának thrombosisa csatlakozott, a mi utóbb halálos tüdőembóliára vezetett. 11. Az injectio terület infectiója mindig veszedelmes, de tudnunk kell, hogy a necrosisos szövetek infectiója a véráram útján is lehetséges. 12. Különös figyelmet igényelnek a farizomat mély necrosisai, egyrészt mert súlyos idegszövödményekre vezethetnek, másrészt, mert az idején való észrevételük olykor igen bajos. 13. Egy esetben az intravenás injectio után 5 órára beállott a halál. Ez esetben, mely súlyos szívbajban szenvedő betegre vonatkozott, thrombosis nem lehetett kimutatni. Lehetséges, hogy az intravenás injectio egyik-másik betegnek vesehámját is megtámadja. 14. A subcutan és intramuscularis injectiókat ezentúl nagyobb óvatossággal kell majd alkalmazni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 51—52. szám.)

Guszman.

### Röntgenologia.

**A Basedow-kórnak Röntgen-therapiáját** sikerrel alkalmazta *Kuchendorf*. Véleménye alapján a legújabb Röntgen-ellenes irányzatnak nincs létjogosultsága. Egyik esetét operatio után vette kezelés alá; a pajzsmirigyből rákosan elfajult részt távolítottak el s a beteg állapota az operatio után nem javult. Másik beteget pedig előzetesen az összes Basedow-ellenes gyógymóddal végig kísérletezett. Mindkét eset feltűnő gyorsan javult a Röntgen-kezelésre. Érdekes, hogy a szerző palpitatio cordis és arhythmia eseteiben a szívet is besugárzásnak veti alá s az elért jó hatást a Röntgen-sugaraknak a szívidegdúcokra gyakorolt befolyásából magyarázza. (Deutsch. med. Wochschr. 1910. 24. sz.)

Hruby dr.

**Kis- és nagymennyiségű Röntgen-sugár hatását** vizsgálta *Schmidt fiatal sejtekre* s azt találta, hogy kis adag ingerképpen hat, nagy adag pedig roncsolólag a sejtek növekedésére. Ez a tény fontos a daganatok Röntgen-kezelésében, mert ha az adag kicsiny, akkor a daganat még inkább növekedik s így épen ellenkező eredményt érünk el, mint a mit a kezeléssel céloztunk. (Berl. klin. Wochschr. 1910 21. sz.)

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Heveny antipyrin-mérgezés** esete van ismertetve a *Lancet* 1910. évi 4532. számában. A 20 éves leány fejfájása ellen 10 grain (0.65 gr.) antipyrin-t vitt be s reá  $\frac{1}{4}$  órával rosszul lett és nehéz légzés kíséretében nagyfokú urticaria lepte el arcát, nyakát és mellét. Az érverés percenként 120, nagyon lágy, gyenge és szabálytalan, a hőmérsék 35.2°. Az orvoshoz vitt beteg collabált, cyanosissal lett és teljesen elvesztette az eszméletét. Alkohol bevétele és strychnin bőr alá fecskendezése után azonban csakhamar magához tért. A beteg akkor vett be először az életében antipyrin-t. Hasonló idiosyncrasia-esetek egyébként nem nagyon ritkák.

**Chorea** esetét közli *Macht*, melyben sabromin adására rövid idő alatt gyógyulás következett be. A 12 éves leánynak eleinte 4-szer, majd 3-szor adott naponként 0.35 gramm

sabromint, a melyet a gyógyulás után is használtatott még egy ideig kisebb mennyiségben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 49. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 4. szám. *Aussterweil László*: A szív lősértése, a szívburok megsértése nélkül. *Neubauer Adolf*: Fülbalesetek megítélése, fülbajok szimulálása és aggravalása.

**Orvosok lapja**, 1911. 4. szám. *Manninger Vilmos*: Az érzéstelenítésről.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 4. szám. *Gerlőczy Zsigmond*: A cholera betegség jelenségei, diagnosisa és gyógyításmódjai. „Bőr- és bujaktörténet” melléklet, 1. szám. *Beck Soma*: Erythema mycoticum infantile.

### Vegyes hírek.

**Az országos orvos-szövetség** e hó 22.-én tartotta a múlt év őszéről a cholera-veszély miatt elmaradt évi congressusát Budapesten, a régi képviselőházban. A részben viharos lefolyású, végeredményében azonban az orvosok zömére kedvező eredménnyel végződött congressust *Kéty Károly* nyitotta meg. Mindenekelőtt megindokolta a congressus összehívását s azután röviden vázolta azt a két ügyet, a melyben a congressusnak állást kell foglalnia; végül üdvözölte a belügyminister képviselőjében megjelent *Bölcs Gyula* ministeri tanácsost. Ekkor *Flesch Nándor*, az országos orvos-szövetség főtitkára vette át a szót. Szerinte a szövetség vezetősége fájdalommal látja, hogy a községi és körorvosokra vonatkozó törvényt csak annyiban hajták végre, a mennyiben köteleseket ró az orvosokra. A jogokról azonban, a melyeket a törvény szerint a községi és körorvosok élvezhetnének, nincs még szó. Ismertette azután azokat az állapotokat, a melyek a vidéken a községi és körorvosok nyomoruságos helyzete miatt vannak. Igen sok községben üres a körorvosi állás, mert nincs, a ki a mai szerencsétlen viszonyok között az állást elfoglalná. Végül két határozati javaslatot terjesztett elő. Az egyik szerint az országos orvos-szövetség congressusa áthatva attól a tudattól, hogy az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk csak abban az esetben biztosítja a törvényhozás intencióinak megfelelően az országnak kellő számú községi és körorvossal való ellátását és ennek révén hazánk siralmas közegészségi viszonyainak megjavulását, ha valamennyi rendelkezése mentül hamarabb a valóságban életbe lép és abból a meggyőződésből kifolyólag, hogy a mikor a községi és körorvosok teljes mértékben immár két évnél hosszabb idő óta teljesítik mindazokat a köteleseket, a melyeket az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk rájuk megállapít, akkor megkövetelhetik, hogy teljes élvezetbe lépjenek a törvényben biztosított jogaiknak is. Immár elodázhatatlanul szükségesnek tartja a községi és körorvosokra vonatkozó törvényhatósági szabályrendeletek illetékes elbírálását, illetőleg jóváhagyását és elérését annak is, hogy a szabályrendeletet sürgősen elkészítsék és jóváhagyás céljából illetékes helyre fölterjesszék azok a törvényhatóságok, a melyek törvényszabta kötelezettségüknek mindezüdig nem tettek eleget. A második határozati javaslat a körorvosok nyugdíjintézetnek föllállításáról szól és bő megokolás után kimondja, hogy immár halaszthatatlannak tartja az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk 26. szakaszában előre látott nyugdíjintézet föllállítását azon az alapon, hogy a nyugdíj-járlékok egy részét az állam, illetőleg esetleg a törvényhatóságok vármegyei pótdadó útján fizessék az intézetnek. Továbbá, hogy a már eltöltött szolgálati éveknél az eltöltött szolgálati évekkal arányban álló számát díjmentesen beszámítsák a nyugdíjba és hogy a községi és körorvosok úgy léphessenek az intézetbe, mint ha már 1909 november 1.-én léptek volna tagjai sorába.

A határozati javaslatához elsőnek *Bölcs Gyula* ministeri tanácsos szólt. Üdvözölte a congressust, kijelentette, hogy a községi és körorvosok ügyében hivatalos nyilatkozat tételére van fölhatalmazva. Kifejezte mindenekelőtt *Khuen-Héderváry Károly* gróf belügyminister sajnálatát, hogy hivatalos elfoglaltsága miatt a congressuson személyesen nem vehet részt. Kijelentette, hogy a ministerelnök érdeklődéssel és jóindulattal foglalkozik az orvosi rend ügyeivel. A nyugdíjintézet munkálatai már igen előrehaladott stádiumban vannak. A belügyminister azt óhajtja, hogy az intézet még ebben az évben megalakuljon és működését a jövő évben már megkezdhesse. A részletekre vonatkozóan nem nyilatkozhatik, de kijelenti, hogy a tervezetet a belügyminister az állami költségvetésbe beállítása céljából már átküldte a pénzügyministerhez.

E nyilatkozatot a congressus nagy örömmel tudomásul vette és a részletkérdésekre vonatkozólag többeknek hozzászólása után áttért a betegpénztári orvosok helyzetének tárgyalására. Ezt a kérdést is a szövetség főtitkára ismertette. Szerinte az 1907. évi XIX. t.-cz. minden törekvése oda irányul, hogy azt a szabad rendelkezési jogot, a melyet a szövetség vívott ki, megvédelmezze. A törvény kimondja, hogy az orvosok nem tartoznak a tisztviselők közé, de a pénztárak igazgatóságai mégis ráhúzták a fegyelmi szabályzatot az orvosokra is. A köztisztviselő-orvosokra, a hatósági orvosokra az incompatibilitás ekkor szükségessé vált, mert két fegyelmi szabályzatnak senki sem rendelheti magát alá. Ha az incompatibilitás kimondásától elállanak, akkor esetleg a fölesküvés után kell az igazgatóságok kénye-keve szerint választani az állások között. A legideálisabb helyzet volna a szabad orvosválasztás, azonban, míg ezt nem éri el az orvosi kar, addig a szerződéses viszonyt kell megtartani. Elismeréssel adózik Békés megye orvosi karának, a mely

bátran és határozottan támogatta az orvosok ügyét, de viszont megbotránkozással kell megemlékeznie arról, hogy volt olyan orvos, a ki az orvosok érdekeit elárulta. Végül a következő határozati javaslatot terjesztette elő: „Az országos orvos-szövetség congressusa az orvosok és betegpénztárak közötti viszony rendezése tárgyában az 1907: XIX. törvényzikk 133. szakasza alapján áll, vagyis ragaszkodik ahhoz, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztárak és az orvosok közötti viszony szabad megegyezés tárgya. A congressus őszinte elismerését fejezi ki Békés megye orvosi karának azért az energikus, semmiféle áldozattól vissza nem riadó magatartásáért, a melyet az 1907: XIX. törvényzikkben kimondott orvosi jogok megvédése tárgyában oly példadán tanúsít és mély sajnálatát nyilvánítja, hogy Magyarország orvosi karában akadtak, a kik a feltétlenül szükséges collegialitás és összetartás mellőzésével a békésmezei orvosi kar hátbatámadására vállalkoztak“. E határozati javaslatnak elfogadása után *Mentsik Ferencz* ministeri tanácsos, a munkásbiztosító hivatal alelnöke mondott a betegpénztári orvosok ügyében néhány fölvilágosító szót. Törvény szabályozza, mondotta, a szerződéses viszonyt és ezt mással helyettesíteni egyelőre nem lehet. Az eddigi szabályzatok, a melyek közkezen forogtak, még csak tervezetek, végleges döntés még semmilyen irányban sem történt. Minden törvényes ok azt követeli, hogy ez a viszony szabad megegyezés tárgya legyen. Ha az orvosi kar valamilyen pontját a fegyelmi szabályzatnak nem írja alá, semmiféle törvényes vagy törvénytelen eszközzel az aláírásra nem kényszeríthető. A hatóságok nevében egy kis bizalmat kér és ígéretet tesz, hogy a lehető legrövidebb idő alatt minden közmegegyezésre nyer elintéztést. Végül *Flesch Nándor* főtitkár előadásában a congressus elfogadta azt a javaslatot, hogy az életbiztosító társaságoknak az orvosok sem házi orvosi, sem post mortem-bizonyítványt nem adnak ki.

A congressust követő napon *Ketty Károly* vezetésével küldöttség tisztelt *Khuen-Héderváry* miniszerelnöknel, *Jakabffy* államtitkárnál és *Bölcs* ministeri tanácsosnál s mindhárom helyen a legnagyobb mértékben megnyugtató választ kapott.

**Új egyetemi tanár.** A király *Tellyesniczky Kálmán* dr. czimzetes rendkívüli tanárt és adjunctust a budapesti egyetemen üresedésben levő II. sz. anatómiai tanszék rendes tanárává nevezte ki.

**Kinevezés.** Sáros vármegye főispánja *Blumenfeld Armin* dr. járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá és *Hartmann Imre* dr. gyakorló orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Trencsén* vármegye főispánja *Hoffmann József* dr.-t tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Sopron* vármegye főispánja *Terner Béla* dr.-t tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Székelly Sándor* dr.-t a jászberényi közkórházhoz alorvossá, *Rochel Aurél* dr.-t a gyulai közkórházhoz segédorvossá és *Lükő Béla* dr.-t a szatmári közkórházhoz másodorvossá neveztek ki.

**Választás.** *Weisz Albert* dr.-t Kaposvár város főorvosává, *Kirsch Béla* dr.-t Köpcsényben, *Alpár János* dr.-t Badacsonytomajon körorvossá választották.

**A Budapesti Orvosi Kör** ez évben a természet köréből tart sorozatos előadásokat. Összesen 6 előadás lesz, a melyeket *Mohr Mihály*, *Hoor Károly*, *Grósz Emil*, *Szily Adolf* és *Szily Aurél* tart. Az első előadás február 7-én lesz, a többi a következő hetekben, még pedig minden kedden este 6 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülés-termében. Orvosvendégeket szívesen látnak.

**Meghalt.** *K. Fr. Mosler* tanár, 1864 - 1899-ig a belorvostan rendes tanára a greifswaldi egyetemen, január 10.-én 80 éves korában. — *W. Nagel* dr., az élettan rendes tanára a rostocki egyetemen, 40 éves korában. — *Sir Francis Galton*, az öröklés törvényeinek nagyhírű kutatója, jeles anthropologus, 89 éves korában Londonban.

**A bűnözés leküzdéséről és a prostitutio kérdésének társadalmi jelentőségéről** tart két előadást *Aschaffenburg* kölni tanár az újavárosi közgyűlési termében február hó 6.-án és 7.-én a Magyarországi Független Good-Templar Rend meghívására. Jegyek *Szilágyi Béla* (VII., Károly-körút 26) és *Grill Károly* (Dorottya-utca 2.) könyvkereskedésében kaphatók.

**Az orvostanhallgatók száma Németországban** a jelen téli félévben megint növekedett az előző évhez képest. A számuk most 11.240, míg tavaly 10.135 és öt év előtt 6.088 volt. A kész orvosok száma Németországban *Schwalbe* „Reichs-Medizinal-Kalender“-je szerint 1910 november 1-én 32.449 volt; 64,775.000-nek véve Németország lakosságát (1910 közepén ennyi volt), 10.000 emberre 5orvos esik (Magyarországon 2:8). A főbb nagyobb városokban ugyancsak 10.000 emberenként a következő számú orvos van: Wiesbaden 22:6, München 16:6, Strassburg 13:9, Berlin 12:3, Frankfurt 11:5, Breslau 11:3, Köln 9:8, Stuttgart 9:7, Drezda 9:2, Lipcse 8:3, Hamburg 7:7, Elberfeld 5:8, Essen 4:5. — Budapesten tudvalevően ez az arányszám 16.

**Ostwald tanár az egyetem reformjáról.** A nagyhírű physikus és bölcsész az „Umschau“ egyik legutóbbi számában az egyetem reformjáról fejti ki nézeteit. A mostani egyetemek kutató és tanító intézeteknek a kombinációját s e miatt sem az egyik, sem a másik irányban nem tudnak kellő tevékenységet kifejteni. Az egyetemnek legyenek tisztán tanítóintézetek, a melyek tanáraitól ne követeljék meg a bűvárkodó tevékenységet, de annál nagyobb mértékben a legbehatóbb és legtökéletesebb elméleti és gyakorlati tanítást, a teljes odaadó foglalkozást minden egyes hallgatóval. A bűvárkodást külön intézetek szolgálják, a minők már részben fenn is állanak Amerikában és Európában is, a melyekben arra alkalmas tudósok minden terhes tanító és adminisztratív munkától menten tisztán csak a kutatásnak élhetnek, munkájuk körébe

vonva s maguk köré csoportosítva, ha erre hajlandóságuk van, egyes haladottabb tanítványokat is.

**Hírek külföldről.** A marburgi belkliniká vezetését *Matthes* tanár (Köln) veszi át. — A bécsi egyetem orvosi karán *L. Frankl-Hochwart* (idegkörtan) és *K. Landsteiner* (kórboncolástan) dr.-ok valóságos rendkívüli tanárok lettek, a következő magántanárok pedig rendkívüli tanári czímet kaptak: *R. Frank* (sebészet), *W. Latzko* (nőorvostan), *J. Schottländer* (nőorvostan), *A. Strasser* (belorvostan), *G. Singer* (belorvostan), *I. Hirschl* (idegkörtan), *L. Braun* (belorvostan), *H. Koschier* (gégeorvostan), *E. Pick* (orvosi chemia), *E. Reimann* (elmekörtan), *K. Bichl* (fülorvostan).

**A Tonogen suprarenale Richter** a mellékvesék vérzéscsillapító hatóanyaga. Fokozza a vérnyomást, összehúzza a vérereket. Szíverősítő és lobellenes. A nyálkahártyákat kitünően érzésteleníti. Jól válik be az orr-, torok- és gégegyógyászatban és fülészetben. A sebészetben és szemészetben nélkülözhetetlen. Belsőleg mint cardiacum és haemostaticum nyer alkalmazást. Mint antiphlogisticum kitünően válik be a gynaecológiában és az urologiában.

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

## DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

**Orvosi laboratorium:** Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

**Dr. Stein Adolf** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testgyenesítő (orthopédia) intézete csont- és izületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 10. Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjlanul.

## Ujtátrafüred Sanatorium

Igézőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

## :: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czifrusz Dezső dr.** kir. tanácsos.

## Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharaszttiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbaajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

## Gyermeksanatorium PORTORÉ

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr., február 15-ig Budapest, Koronaherczeg-utca 10. Prospektus.

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (XIII. és XIV. bemutató szakülés 1910 nov. 30.-án és decz. 14.-én.) 79. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1910 nov. 30.-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

## Többszörös subcutan bélrepedés esete.

**Frank Géza:** M. J. 26 éves kocsist folyó évi október 26.-án délelőtt 11 órakor az istállóban a lovak egyike hasba rúgta, mely rúgás a köldöktájon érte. Rögtön összeesett és nagy fájdalmakat érzett a hasában. Délután 4 órakor *Pólya* osztályára került.

A közepesen fejlett és táplált férfibeteg arcza halvány, sápadt, hideg verejtékkel fedett; pulsusa 110, kis hullámú, könnyen elnyomható. Hőmérséke 37.5. Szapora, felületes mellkasi légzés. Semminemű külső sérülés sem állapítható meg, ellenben az egész hasra kiterjedő diffus fájdalommal; a kopogtatás hangja annyiban tér el a normalistól, hogy a dobos hang színezete magasabb és a májtompulat feljebb helyezett. A csapolt vizelet tiszta.

Mindezekből subcutan bélrepedésre következtettünk és műtetre határoztuk el magunkat, melyet előzetes hypodermoklysis után rögtön (délután 5 órakor), körülbelül 6 órával a trauma után végre is hajtottunk.

Megnyitva a hasat, benne kevés friss vért látunk és érezzük a kiszabaduló gázok szagát. A felületesen fekvő bélkacsok épek, ezeket oldalt tolvá, rábukantunk a sérült kacsra; rajta körülbelül forintnyi nagyságú, zúzott szélű folytonosság-hiány van, melyen bélsár ürül, a mellette fekvő bélkacson pedig fillérnyi áthatoló sérülés. A sérült kacsokat a hasürből kiemelve, a kisebbiket felrisszítás nélkül varrjuk el, a nagyobbikat a sebszéléknek rhombus alakjában felrisszítése után kétsoros tova futó varrattal látjuk el. A hasüreget törülkövel alaposan kitisztítjuk, bőven tamponáljuk a hassebet, mindössze felül egy öltéssel szűkítjük. A beteget melegítjük, a rendelkezésünkre álló eszközökkel excitáljuk. Reggel a hőmérsék 37.3, a pulsus 90. A nyelv bevont, de nedves; keveset csuklik, nem hány; szelek mennek, szék beöntésre van. A közérzet jó. A 3. hétig egész simán halad a gyógyulás felé, ekkor hirtelen lázas lesz, fájdalmakról panaszkodik a hasában, melyeknek megfelelőleg a seb illetve hasfal bal oldalán egy resistentiát találunk; ez exsudatumtól származott és nyugalomra, valamint *Priessnitz*-borogatásra teljesen feliszívódott. A beteg ma, a műtét utáni 34. napon teljesen egészségesen hagyja el osztályunkat.

## A tüdőverőér törzsének aneurysmája.

**Entz Béla:** H. R. 7 éves leánya *Hainiss* főorvos úr Szent István-kórházi osztályán halt meg. A bonczolásakor feltűnt, hogy a szívburok férfitenyérenél nagyobb területen feküdt szabadon. Jobboldalt a jobb szegyszélig, baloldalt a hátulsó hónaljvonalig terjedt, ürében 400 cm<sup>3</sup>, felső rétegeiben áttünő, mélyebb rétegeiben átlátszatlan, zavaros, sárgás-vörhenyes folyadék, a szívburok mélyében pedig laza véralvadék volt. A szívburok fali és zsigeri lemeze vékony, bolyhos rostonya-lepedékkel bevont. A szív összehúzódott, csúcsát a bal kamra alkotja, a szívizomzat mindkét oldalt középvastag, főtt hússzerűen gyengén zavaros. A billentyűk vékonyak, hártásak, a kétcsúcsú billentyű laterális vitorlájának pitvar felőli felületén a szabad szélétől 5–6 mm.-nyire 18×20 mm.-nyi, szabálytalan kőralakú, szürkés rostonya-lepedékkel fedett, egyenetlen, szemcsés, fakószürke folt. Az aorta s a tüdőverőér belfelülete sima. A *Botallo*-vezeték

nyitva van s az aorta felőli részén vékony, szürkésveres rostonya-lepedék tapad. A tüdőverőér törzsén, közvetlenül a *Botallo*-vezeték mögött, a bal szívburok reá áthajlik, az eredéstől 2 cm.-re egy 23 mm. hosszú, 20 mm. széles és 12 mm. magas kiöblösödés van, a melynek falát az érfal elvékonyodott rétegei alkotják, a csúcsán pedig egy 16×14 mm.-nyi ovalis, szakadozott szélű hiány a mely véralvadékkal van kitöltve. E kiöblösödés fillérnyi nyílással közlekedik a tüdőverőérrel és egész terjedelmében dudoros felületű, szürkésárga, illetőleg barnászörös alvadék-tömeggel van kitömve.

A tüdőverőér ágai részben szintén rögzösödve vannak s ezzel kapcsolatban a tüdőben számos infarctus volt. A leánya halálát az aneurysma megrepedéséből eredő elvérzés, illetőleg szívösszenyomás okozta.

A bemutatott aneurysma az *Eppinger*-féle mycotico-emboliás aneurysmák közé sorolandó s úgy jött létre, hogy a bicuspidalis billentyűről leszakadt fertőzött rög a nyitott *Botallo*-vezetékén át a tüdőverőérbe jutva, itt fennakadt, az érfal necrosisát s utóbb aneurysmaszerű kiöblösödését okozta.

**Hainiss Géza:** A beteget május hó 10.-én vettem fel. Ekkor már 3 hét óta volt beteg. A kezelőorvos állítása szerint előzőleg pneumonia folyt le. Felvételtkor a gyenge fejlődésű, erősen lesóványodott, halvány leánya ajkai cyanosisosak, nyelve bevont, könnyen száradó, nyelése szabad, szomja fokozott. Étvágy nincs, a székletek renyhék. A sovány nyakon mirigyek nem tapinthatók, tágult vénák nincsenek; a mellkas kissé lapos, a szívtáj mérsékelt előredomborodó, a szívcsúcslökés az V. és VI. borda között a bimbóvonalon kívül 2 ujjnyira tapintható, szétterült, emelő.

Légzéskor a bal mellkasfél kissé visszamarad, a légvételek szaporák, számuk perczenként 52. A pulsus 140, kis hullámú, szabályos, könnyen elnyomható. Hőfok: 39.9.

A kopogtatás hangja jobboldalt elül mindhárom vonalban a 6., illetőleg 8. bordáig teljes éles, nem dobos, az innen lefelé haladó májtompulat a bordaívét nem haladja meg. Hátul a tüdőhatár teljes éles, nem dobos, kopogtatási hanggal a 9., illetőleg 10. bordáig terjed.

Baloldalt elül a teljes éles, nem dobos kopogtatási hang a 3. bordáig terjed, innen le- és kifelé a szívcsúcslökés helyéig, befelé a szegycsont jobb széléig terjed a szívtompulat, hátul a normalis kopogtatási viszonyok a 7. bordáig található, innen az alsó mellkashatárig tompult a kopogtatás hangja, e terület fölött gyengült légzés- és dörszörej hallható.

A szívcsúcslökés fölött systolés zöreje, melynek punctum maximuma a pulmonalis fölött van.

A has mérsékelt előredomborodott, különben semmi rendellenességet sem mutat.

Az alsó végtagokon mérsékelt anasarca.

A vizelet sötétárga, átlátszó, benne igen kismennyiségű fehérje; mikroszkop alatt szerves alakelem nem található benne.

Május 20. Éjjel igen nyugtalan volt, fokozott légszomj jelentkezett. Pulsus 136, hőmérsék 36.6.

Május 21. A nyugtalanság fennáll, a pulsus 142, a hőmérsék 39.7 a légzés 64.

Május 22. A szívtompulat a felvételtkor találthoz képest minden irányban kissé megnagyobbodott, fölötté pericardialis zöreje. A légzés 64, a pulsus 142, a hőmérsék 39.2.

Május 23. A beteg feltűnően anaemiás lett; a légzési nehézség nagyfokú, a szívtájék erősebben előredomborodott, a szívtompulat annyira megnagyobbodott, hogy felső határa a 2. bordánál van, a szívcsúcslökés helyét meghaladja s a jobb szegyszélt 2 ujjnyival átlépi. Pericardialis zöreje nem hallható. A pulsus 160, alig érezhető, a légzés 64, a hőmérsék 38.2.

Május 24. A physikalikus viszonyok változatlansága mellett a hőfok 36.4-re szállott alá, a pulsus nem számítható, filiformis, collapsus tünetei mellett a beteg délelben meghal.

Ezen tünetek alapján kórjelzésünk: pleuritis, endocarditis és a felvétel 2. napján pericarditis is volt. Hogy azonban pulmonalis aneurysma volt, ennek áttörése folytán vérzés támadt s a szívburok ürét ez a vér töltötte meg, nem pedig egy hirtelen nagyranövekedett exsudatum, dacára az úgyszólván egy éjjel alatt bekövetkezett nagyfokú anaemiának, nem gondoltuk.

Az endocarditist és pericarditist teljesen hevenynek tekintettük s a szervi elváltozás minőségét a pulmonalisra lokalizáltuk. Az endocardium fekélyes lobjának felvételére nem volt biztos alapunk, hacsak a rohamos lefolyást és collapsust nem tekinthetjük ilyennek, erre

azonban nem támaszkodhattunk az életben; mindezen tüneteknek elég magyarázatát nyújtotta az életben a rohamosan fejlődöttnek tekintett szívburkokizmadány, a bonczoláskor pedig a nagyfokú pericardium-beli vérzés.

(XIV. bemutató szakülés 1910 december 14.-én.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

### Perforált homokóra-gyomor műtéttel gyógyult esete.

**Pólya Jenő:** H. A. 58 éves, napszámos neje. 30 év óta erős nyomási fájdalmakat érez gyomrában, 15 év előtt véres hányása és véres széke volt. 5 év óta időnkint hány, azonban csak ritkán. F. év márczius óta gyomortáji fájdalmi sokkal erősebbek, gyakrabban hány, ezen panaszokkal vétette fel magát a Szt. István-kórházba *Hirschler* tanár osztályára, a ki homokóra-gyomrot, esetleg tumor által előidézve, kórjelzett és a beteget műtét céljából osztályunkra tette át.

Fölvételkor (1910 november 2) nagyfokú lesóványodás, lógó has, erős peristaltica a bal hypochondriumban. A köldöktől balra és felette egy kemény, mozgathatatlán resistentiát érzünk, mely nyomásra rendkívül érzékeny és fölötte a beteg megfeszíti a hasát.

A vizsgálat éhgyomorra egy alkalommal néhány cm<sup>3</sup>, kevés szabad sósavat és vércsíkokat tartalmazó, más alkalommal 30 cm<sup>3</sup>, sósavat tartalmazó, epés gyomortartalmat mutatott ki. Próbareggeli után a jól emésztett gyomortartalom 35 cm<sup>3</sup> szabad sósavat és 60 összaciditást mutat. Röntgen-átvilágítás (*Fischer* dr.) 1910 október 25.-én: A test bal oldalában függélyesen elhelyezett gyomor sajátságos alakelváltozást mutat: a gyomrot mintegy a közepén egy állandó jellegű behúzódnak igen megkeskenyíti és a behúzódnak megfelelőleg különálló, forintnyi nagyságú megtelődő részlet mutatkozik. Ezen sajátságos alakelváltozást minden valószínűség szerint gyomorbeli daganat okozza.

Műtét 1910 november 5.-én. Aether-narcosis. Behatolás a középvonalban. A pylorus igen tág, a praepylorosus rész normalis, a kis görbület táján a gyomor a bal májleányhoz és az elülső hasfalhoz rögzített; e táj fibrinosus lepedékkel fedett. A gyomron egy ovális, mintegy 3 cm. hosszú, 1½ cm. széles, éles szélű perforatio, melyen át a gyomortartalom bőven ürül, ezen perforatiót erős keményedés veszi körül, a mely a gyomor hátulso falára is áterjed és a pancreassal és a mesocolon gyökerével összekapaszkodva, egészében mintegy ökölnyi daganatot alkot; összekapaszkodása a környezettel oly szoros, hogy kiirtására gondolni sem lehet.

A gyomor lumene ezen a helyen erősen szűkült, a mögötte lévő gyomorrészlet erősen tágult és fala tetemesen túltengett. Tehát homokóra-gyomor mellett subacut gyomorperforatio volt körülírt peritonitissal.

1. Gastroenterostomia a gyomor tágult cardialis részén; anastomosis *Murphy*-gombbal.

2. Jejunosomia *Mayo Robson* szerint a seb alsó zúgában *Witzel*-féle fistula-készítéssel és enteroanastomosisal a fistula helyétől elvezető és az ahhoz vezető vékonybélkacsok között.

3. A fekély széleinek felrészítése (a kimetszett széleket szövettani vizsgálatra elküldjük) után azokat vastag catguttal összevarrjuk és az összevarrt fekélyre cseplest borítunk. A perforatio helyét tamponálva, a sebet bevarrjuk, csak a tampon kivezetésére hagyván helyet.

A beteg a műtétet jól állotta ki. A lefolyás teljesen láztalan. Az első 3 napon állandó konyhasó-infusio per rectum. Táplálás a műtétet követő naptól kezdve a jejunosomian keresztül. November 17.-én csikeltávolítás. Midőn látjuk, hogy egy hétig semmi gyomortartalom sem ürül a seben keresztül, november 24.-én per os kezdjük táplálni a beteget és midőn ez akadálytalanul megy, kihúzzuk a jejunosomia drainjét. A jejunosomia sipolya az egész időn át teljesen continens volt és a drain eltávolítása után sem ürült rajta egy csepp váladék sem. A sebek rohamosan meggyógyultak s jelenleg csak egy kis sarjszövet van a drain helyén; a beteg jól

összeszedte magát, fájdalmi nincsenek, étvágya jó, a gyomor és bél működése rendes. A Röntgen-átvilágítás (1910 december 13, *Fischer* dr.) szerint a gyomor igen kicsiny ürtartalmú, csak a proximalis fele telődik meg, distalis részletébe pedig egyáltalában nem fogadja be a bismutot. A gyomorkiürülés rögtön az ételek felvétele után megkezdődik és a bismutos étel legnagyobb része gyorsan és közvetlenül a vékonybelekbe jut át; azonban a kiürülés nem a pyloruson, hanem a nagy curvaturának megfelelően történik. A gyomorfekély széléből kivett részlet szövettani vizsgálata csak lobos beszűrődést derített ki, rossztermészetű daganatra utaló elváltozásokat nem mutatott.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A rák radium-kezeléséről** folyt a vita a párisi „Société de chirurgie“ egyik utóbbi ülésén, *Wickham* és *Degrais* jelentésével kapcsolatban, a mely szerint radiummal kedvező eredmény érhető el ugyan, teljes gyógyulás azonban ritkán következik be, úgy hogy a kést semmiesetre sem teszi fölöslegessé a radium. Hasonlóan nyilatkozott a felszólalók nagyobb része, így *Segond* és *Tuffier*, a kik inoperabilis rák eseteiben legjobbnak a radium-kezelést tartják. *Routier* és *Guinard* azt állítja, hogy radium-kezelés mellett a kezdeti látszólagos javulást gyakran követi a rákbetegségnek általánossá válása.

### PÁLYÁZATOK.

26/1911. eln. szám.

A gyöngyösi alapítványi közkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** — a kórházi bizottságnak 1911. évi I/1. sz. határozata alapján — ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen alorvosi állás 2000 korona törzsfizetés és 500 korona lakbér javadalmazással van egybekötve s a megválasztandó orvos — a közkórháznál teljesítendő kötelezettség sérelme nélkül — magánygyakorlat folytatására jogosult.

A megválasztandó alorvos köteles **1911 márczius hó 1.-én** állását elfoglalni, mely célból a közkórház igazgatójánál kellő időben jelentkezni tartozik. Állása a közkórházi alapszabály 76. §-a, illetve az 1885. évi XI. t.-cz. alapveti nyomán nyugdíjképes.

A betöltendő alorvosi állást részletező szolgálati szabályzat a közkórház igazgatóságánál betekinhető.

A mennyiben pályázók elmeógyógyintézeti gyakorlattal vagy műtörvosi képesítéssel bírnak, azok hitelesen igazolandók.

Ezen állás elnyerése iránti kérvények, az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal kellően felszerelve **1911. évi február hó 15-ik napjának délután 5 órájáig** Gyöngyös város polgármestere, mint a közkórházi bizottság elnökéhez nyújtandók be.

Később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

G y ö n g y ö s ö n, 1911 január hó 25.-én.

*Kemény János*  
polgármester, mint a közkórház bizottsági elnöke.

288/1911.

A Bihar megyei hajdubagosi, Hajdubagos és Sáránd községekből álló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** megüresedvén, ez állásra a belügyminiszter úrnak mult évi december 19.-én 179812/1910. számú rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen 1600 korona évi fizetés és 160 korona lakbér élvezetével összekötött állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényüket **folyó évi február hó 12.-éig** hozzám nyújtásuk be.

Megjegyzem, hogy mindkét község vasuti állomás mellett van s hogy Hajdubagos község ez év tavaszán leendő modern orvosi lak építését már elhatározta.

A körorvosi állás esetleg szigorló orvossal is betöltendő.

D e r e c s k e, 1911 január hó 19.-én.

*Balásházy*, főszolgabíró.

124/911. szám.

A Jász-Nagykun-Szolnokvármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczi-falva községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel s szabályrendelileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **február hó 1.-ig** adják be.

T i s z a f ö l d v á r, 1911. évi január hó 12.-én.

*Nagy Ottó*, főszolgabíró.