

# 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.

Deutsch Ernő: Gyermekgyógyászat, higiéné és gyermekvédelem. 803. lap.

Freystadt Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A hangképzésre vonatkozó kísérletes vizsgálatok. 808. lap.

Ónodi László: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi tanár.) Az ikébből viszonya az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens idegtörzseihez. 810. lap.

Pach Henrik: A frankfurti iparegészségügyi továbbképző tanfolyam. 813. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Schwalbe: Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. — Bier, Braun és Kümmell: Chirurgische Operationslehre. — Lapszemle.

Belorvostan. C. Askenstedt: Az indican quantitativ meghatározásának egyszerű módja. — Paul Mc Ilhenny: Poliomyelitis acuta anterior. — Sebészeti R. Rauchenbichler: A quadriceps-szakadás. — Idegkórtan. Erb: A gerincvelő baleseti megbetegedései. — Szülészeti és nőorvostan. Saenger: Idegbetegségek a terhesség idején. — Gyermekorvostan. W. F. Lorenz és M. P. Ravenel: A diphtheriabacillusgázdáknak staphylococcus aureus-szal való kezelése. — Húgyszervi betegségek. Voelcker: Ondóhólyagműtétek. — Joseph: A prostatahypertrophia palliatív kezelése. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Herzen: Chlorosis. — Kakowski: Vesebajások diatézis kezelése. — Mayer: Epeköbetegség. 815–817. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 818. lap.

Vegyes hírek. 818. lap.

Tudományos társulatok. 819–821. lap.

Melléklet: Gynaekologia. 3. szám. Szerkeszti: Tóth István és Scipiades Elemér.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Gyermekgyógyászat, higiéné és gyermekvédelem.

Előadta az I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressuson

Deutsch Ernő dr., igazgató-főorvos.

Az orvosi ténykedés kerete a XIX. s XX. században nagy mértékben megváltozott, hosszú küzdelem árán bontakozott ki a középkor mysticismusából az orvostudomány, győzedelmeskedett a „primum non nocere, dein medicari“ elv, míg végre manapság nem a gyógyításban, hanem a kórmelegelőzésben látjuk tudományunk diadalát. Ezen prophylaxisos ténykedés érlelte meg azon helyzetet, hogy az orvos az individuum egészsége mellett a nagy közönség érdekeit is kénytelen szem előtt tartani, hogy a bécsi híres sebésznek, Gersuny-nak szavát: „Csak jó ember lehet egyúttal jó orvos“ oda kell fejleszteni, hogy modern értelemben socialis érzés és tudás nélkül jó orvost elképzelni általában nem lehet. Socialis érzés alatt azonban nem értem azon philantropiás ténykedést, melynek a társadalom minden rétege áldozott s áldoztató előkészültség nélkül, hanem azon socialis munkát, a melyet csupán kellő tudással lehet végezni.

Orvosi pályafutásom majdnem kizárólag gyermekvédelmi ténykedésnek volt s van szentelve s előképzettség elsajátításának lehetősége híján, e téren autodidakta vagyok, de megérlelődött bennem azon meggyőződés, hogy a közjó elengedhetetlen követelménye, hogy az orvos socialis téren bizonyos tudás felett rendelkezzen s szükségesnek tartom az ezirányú egyetemi kiművelésnek megadását.

A következőkben vázlatosan foglaltam össze mindazt, ami a gyermekgyógyászat, higiéné s gyermekvédelem közt kapcsolatot alkot, a mit tudtommal ily alakban mai napig nem foganatosítottak, s felhasználom az alkalmat, hogy a gyermekvédelem s az európai kultúra központjában, azon ország-

ban, hol Budin, Strauss és Grancher küzdött tudományos s humanitarius alapon a gyermekek jóléte érdekében, ezirányú eszméimet a világ gyermekorvosainak elitje előtt hirdessem s bírálat tárgyává tegyem.

Végigvezetem önöket a gyermekvédelmen az intrauterin védelmi intézkedésektől kezdve egészen azon szakig, midőn az ifjú pályájának megválasztása előtt áll, szem előtt tartva a physiologiai s pathologiai állapotok sorozatát.

### Anyavédelem.

Az orvosi tudomány vívmánya, hogy kézzelfogható adathalmaz segítségével bizonyította be, hogy a gyermekvédelem szempontjából is mily döntő befolyással bír az anyaság védelme. Semmelweis s Lister tanának átértése a gyermekágyi láz ellenes küzdelemmel s az operatív szülészeti fejlődésével a szülőnő védelmét új alapra fektette. A szülőintézetek szaporításának, a bábák és ápoló személyzet fokozott kiképzésének szükségessége az említett tanokkal együtt érlelődött meg, mert a normalis, de még fokozottabb mértékben a művi beavatkozást igénylő abnormalis szülés csupán a sebészi asepsist átérző és átértő személyzet segítségével s megfelelő környezetben folyhatik le. Ezért foglal állást a modern orvostudomány a különben az ethika szempontjából oly magasatos nézőpont ellen, hogy a nő a szülésen a család keretében essék át s követeli az intézeti internálást. Ez oknál fogva szorgalmazzuk a bábák tudása színvonalának minden útonmódon történő emelését, a vándorkosárintézmény általánosítását s a házi ápolónők számára a tudás azon minimumát, mely a babonát elnyomja. Az ipari és földművesüzemekben ténykedő orvosok derítették fel azt az igazságot, hogy a munka mechanikai és vegyi úton mily döntő mértékben gyakorol befolyást a terhességre (elvetelés, koraszülés, holt magzat világra hozatala); példaként mint vegyi ártalmat a kénesőt, phosphort, ólmot stb., mint erőművit a kapálást, kötőrést stb. említtem; evvel kapcsolatban ismét orvosok vetették fel azon eszme törvényes megvalósításának szüksé-

gességét, hogy a terhesség utolsó 6 hete a munkától való eltöltés s kellő anyagi gyámoltás által ezen ártalmaktól mentessétek.

Az orvos ismeri legjobban, hogy a terhesség folyamán a higiéné szabályai ellen elkövetett hibák mily gyászos hatással lehetnek a nőnek s magzatjának jövődjére s ezért követeli tanácsadók rendszeresítését, hol a terhes már ez állapotának legelején megtudhatja, hogy mit kell tennie saját, valamint kisdédének érdekében, mely higiénés eljárásokat kell megszívlelnie s melyek azon jóléti intézmények, melyek e végből rendelkezésére állanak. Ez időben kell az anyákat a természetes csecsemőtáplálás fontosságával megismertetni, az alkoholizmus elleni küzdelmet felvenni (az alkoholélvezet nem könnyíti meg a szülést, nem segíti elő a tejelválasztást, de hátrányos befolyást gyakorol az anya szervezetére s a kisdéd jövődjé test, szellemi fejlődésére), a bujakórt az anya s gyermeke érdekében erélyesen kezelni (salvarsan-kezelés, elvetélés, koraszülés, a lues congenita fejlődésének megelőzése!).

Mi tudjuk, hogy a gyermekágy megrövidítése, a háztartási, ipari vagy földművesmunka korai megkezdése hány nő szervezete épségének aláásója, hány esetben oka női bajoknak, az egész organismus leromlásának s teszi alkalmatlanná az anyát a természetes csecsemőtáplálás keresztülvitelére. Ezért kívánják az összes kulturállamok orvosai, hogy az anya a szülés után 6 hétig részesüljön azon nyugalomban, melyre saját, valamint gyermekének érdekében szüksége van.

#### A higiéné népszerűsítése.

A jóléti intézmények alapításánál talán még fontosabb, vagy legalább is egyenértékű vele, a higiéné ismeretének népszerűsítése. *Tugendreich*-nek igaza van: „Das Mädchen muss zur Mutter geschult sein und die eigentliche Fürsorge zur Zeit der Mutterschaft soll nur die Anwendung des Gelernten auf den einen konkreten Fall bilden“. Az iskolában a modern természet-tudományi oktatáshoz fűzve, orvos nyujtsa az ezirányú tanítást s később a francia „école des mères“, az angol „schools for mothers“ példájára történjék a gyakorlati alapon álló oktatás, melynek eredményessé tételére szülőintézet, bölcsőde, tejkonyha s gyermekórház álljon a tanulók rendelkezésére. Ékes phraseológiától menten nyujtsa az orvos a gyakorlati tudás szükséges mennyiségét, értesse meg a természetes csecsemőtáplálás nagy horderejét, plántálja hallgatóinak emlékezetébe, hogy a mesterséges csecsemőtáplálás veszélyes, természetellenes kísérlet, de ne tartson — mint ezt gyakran tapasztaltam — előadásokat a bakteriologia köréből, a sterilisatióról stb.-ről. A vezetésem alatt álló budapesti csecsemő-gondozó intézetekben a legprimitív módon nyujtom szóval és írásban a tudás minimumát s eredményeim jobbak mint azoké, kik a gyermekhygiene egészét nyujtják szépen kikerekített előadásokban, melyekben a lényeges a kevésbé fontos által háttérbe van szorítva; az anya pl. zavarosan emlékezik a fehérje- s egyéb táplálkozási ártalmakra, de nem tudja, hogyan kell gyermekének beöntést adni s egyetlen törekvése, még a túltáplálás veszélyeinek is kitéve gyermekét, hogy véle a normalis súlygörbe képét nyujtsa irigykedő szomszédnőjének.

Az említett tudáson épüljön fel azon szakképzés, melyben a szülész nőknél, s a családokban vagy nyilvános állásokban ténykedő gyermekgondozónőknél kell részesülniök. E téren is sokat vétenek, gyakran diadalmaskodik a lényegtelen a lényeges s úgy az előadásokban, mint a kézikönyvekben hosszú fejtegetéseket találunk a különböző mesterséges csecsemőtápszerekről, de nincs pl. felemlítve, hogy a nyári meleg közvetlenül mily káros hatást gyakorolhat a csecsemő szervezetére, a mi sokkai nagyobb veszélyt rejt magában, mint a táplálék elomlása.

Az előadások s kézikönyvek alapelve legyen, hogy a bábát s ápolónőket az orvos utasításának keresztülvitelére, a gyermek physiologiai fejlődésének ellenőrzésére, nem pedig féltudáson alapuló, a kuruzsláshoz közel álló gyógyításra képesítse.

#### Csecsemőtáplálás.

A csecsemővédelem alaptörvénye a küzdelem a természetes csecsemőtáplálás érdekében, melynek leghivatottabb apostola az orvos s az általa kellőképp kiképzett baba- és ápolószemélyzet. A köztudatba kell átmennie azon elvnek, hogy semmi úton-módon sem foganatosítható oly mesterséges csecsemőtápláló-eljárás, mely az anya által eszközölttel egyenértékű volna. Ellensúlyozni kell a különböző tápszergyárak intenzív reklámját s bele kell vinni az összes társadalmi osztályok asszonyainak érzelm- s értelemvilágába, hogy úgy az anyának, mint gyermekének jövődjé egészsége s ez utóbbinak fejlődése (*Roese* és *Lindheim* adatai) nagy mértékben függ az anya által végzett szoptatástól.

Sajnos, maguk az orvosok sokat vétenek, midőn az előkelő néposztály asszonyainak könnyű szerrel engedik el a szoptatást. A szoptatás ellenjavallatait a lehető legszűkebb határok közé kell szorítani, részemről csupán a tuberculosist s a rohamokkal járó idegbántalmakat fogadom el s a legnagyobb eréllyel hangsúlyozom, hogy ha a mesterséges táplálás a jómódúak között nem is rejt oly veszélyeket magában, mint a proletároknál, a gyermek későbbi fejlődésére és ellentálló-képességére döntő hatást gyakorol. Ily irányzattal tartottam a magyar orvosok vándorgyűlésén néhány év előtt előadást s reményem, nem egészen eredmény nélkül. Az orvos tekintélyével hasson a férjre, ki hiuságból félti felesége szépségét a szoptatástól, s vesse latba egész befolyását, midőn az anya úgynevezett társadalmi kötelességekre hivatkozva, kíván menekülni legszentebb kötelessége elől. Ritkán észleltem hypogalaktiát, ilyenkor kötelességemnek tartom az „allaitement mixte“-hez folyamodni, mit munkába járó nőknél is jó eredménynyel vittem keresztül.

Az orvos ethikai kötelességei sorába tartozik a dajkakerdés szabályozása. Hasson az államhatalomra, hogy a „loi Roussel“ mintájára alkosson törvényeket; hirdesse, hogy túlhaladott álláspont az, hogy a csecsemő s a dajka teje közt bizonyos időbeli congruentiának kell fennállania. A másik módozat, melyet elfogadhatunk: a dajka gyermekével együtt vétetik fel, vagy a szoptatásra szoruló kisdéd kerül a dajka családjába, vagy a dajka a szoptatás idejére jelentkezik a csecsemőnél s a dajka mind a két csecsemőt táplálja. Fontos, hogy a dajkák alkoholizmusa ügyében is erélyesen intézkedjék az orvos. Az alkohol nem befolyásolja előnyösen a tejelválasztást, de alkoholistát nevel a dajkából s a tej révén a csecsemő szervezetébe átmenő szesz — mint azt „Gyermek és alkohol“ című cikkemben 1000 családra vonatkozó vizsgálataimmal is kimutattam — a kisdéd szervezetére végzetes hatást gyakorolhat. Gümös nő nem szoptathat; nem mintha a tejben foglalt bacteriumoktól félnék, de végzetes lehet az intím érintkezés, mely könnyen ad alkalmat fertőzésre. A syphilis kérdése is nagy fontosságú gyermekvédelmi szempontból, a dajka fertőzheti a csecsemőt s vice versa; részemről lueses gyermekhez sohasem vétetek dajkát, még ha közlik is vele a gyermek beteg voltát, mert *Schlossmann* elvét vallom: „denn die Folgen einer syphilitischen Infektion kann man nicht übersehen und vor allem nicht anderen plausibel machen“. Végre a jómódú asszonynak, ki dajka fogadásával lelkiismeretét megnyugtatja, szemé elé tartom *Schlossmann* oly helyes nézetét: „Zwischen Mutter und Kind gibt es imponderabile Beziehungen, die sich eben nicht ersetzen oder ausgleichen lassen“.

A modern csecsemőórházak a dajkakerdés egy új fejezetét jelentik, ma ily intézeteket dajkák nélkül nem képzelhetünk el, de részemről csak úgy tudok gyermekvédelmi szempontból ez intézkedésbe belenyugodni, ha a dajka csupán saját gyermeke mellett szoptatja az idegen beteg kisdédet, a mi könnyen végezhető, hiszen egyes asszonyok naponta 3—4 liter tejet is birnak elválasztani. Infectio szempontjából helyes, ha a női tejet palaczkból nyujtjuk.

#### Csecsemővédelem.

Ezen gondolatmenetet tartva szem előtt, szükséges, hogy a jóléti intézmények a csecsemővédelem felsorolt alapelveit

kövessék. A szülészeti klinikákon, *Budin* elvei szerint, a csecsemő érdekét is szem előtt kell tartani s meg kell végre szünni a gyermekorvosok s a szülések közt fennálló kicsinyes versengésnek és a természetes táplálás érdekében mindkét részről minden lehető el kell követni. Midőn 13 év előtt a „koraszülöttek helyzetéről a szülészeti klinikákon“ czímen egy kis monographia összeállításával foglalkoztam, az egész világ szülészeti klinikáinak vezetőihez kérdőívet intéztem s ez alkalommal mély betekintést szereztem, hogy a túlságba hajtott specializálás a gyermek érdekét mily kevésbé veszi tekintetbe; a helyzet csak lassan javult, így például nálunk a szülészeti klinikákon a csecsemők érdekét tartva szem előtt, gyermekorvosokat alkalmaznak. Szóval s írásban kell a csecsemő hygienéje érdekében küzdeni s felhasználni azon időt, melyet a nő mint terhes és gyermekágyas az intézetben tölt, hogy a gyermekápolás alapelveit elméletben, de különös gyakorlatban elsajátíthassa. Gyermekvédelmi szempontból nagyfontosságú, hogy a szülőintézetet elhagyó nőt ismertessék meg azon jóléti intézményekkel, melyek az ő s kisdede jövődjé érdekét szolgálják.

A csecsemővédelem klasszikus hazájában vagyunk, a „goutte de lait“ és a „consultation des nourrissons“ azon intézmények, melyekkel a francia genius ajándékozta meg a kulturnemzeteket. Logikus fejlődésment hozta magával, hogy ma már világszerte azon kialakulás van helyesnek elfogadva, mel a két intézmény összeforrásából keletkezett, melynek klasszikus typusa a német „Säuglingsfürsorgestelle“ s az általam berendezett, az egész gyermekort felölelő „ingyentej“. Szerény véleményem szerint — s ezt talán épp Franciaországban szabad leszegezniem — nem lehet külön gondoskodni a természetes s mesterségesen táplált csecsemőkről, hanem minden úton-módon kell küzdeni a természetes táplálás érdekében, e mellett másodsorban propagálni az „allaitement mixte“-et s csak végső esetben folyamodhatunk az individualizáló mesterséges tápláláshoz. *Langstein* említi, hogy egy német városban a csecsemőhalandóság ellen úgy kívántak küzdeni, hogy a városháza egyik termébe egy nagy edény asepsisesen nyert tejet és egy a kiosztással megbízott szolgát állítottak s a város bölcsőinek nagy csodálkozására a csecsemőhalandóság nem csökkent. Ugyanúgy jártunk Budapesten, hol a tej kiosztáson boldog-boldogtalan juthatott tejhez s a szoptatásra alkalmas nő kényelemből tehéntejet nyújtott kisdedének s a gyomorérbántalmakban szenvedő a reá nézve mérget jelentő tejet tovább szűrcsölte, míg én az intézet vezetőségét felvilágosítottam, orvosi rendelőintézetet nyitottam az intézmény keretében s könnyű szerrel vittem keresztül, hogy az utóbbi (1911—12) kimutatás szerint 1216 csecsemő közül 936 lett természetes, 26 vegyesen és 122 mesterségesen táplálva.

A mesterséges táplálás helyes megoldásának kérdésében az individualizálás elve legyen mérvadó. A tejnyerés kérdésében mi orvosok ne foglaljunk el oly túlzó álláspontot, hogy a követelményeinknek megfelelő tejet a termelő csupán oly áron nyújthatja, melyet csupán a felső tízezrek fizethetnek meg; a socialisan gondolkodó orvosnak nagy néprétegekről kell gondoskodnia. Törekednünk kell, hogy az asszonyok értelmi színvonala olyan legyen, hogy előírásunk szerint otthon készíthesse a táplálékot; legideálisabbnak tartom azon törekvést, melyet amerikai mintára — sajnos eredmény nélkül — terjesztettem budapesti kartársaim elé, hogy gyermekorvosi felügyelet alatt rendezzessék be egy központi tejlaboratorium, mely az összes diaetás készítmények előállítására kellőképpen van berendezve. Nagyszámú csecsemő ellátása, mesterséges táplálása a jótékony egyesületek által fentartott tejkonyhák által a nagy anyagi megterhelés miatt alig lehetséges; a vezetésem alatt álló, Budapesten létező intézetben készen csupán a Székely-féle módszer szerint készített csecsemőtej kerül zsirtartalom szerint három typusban kiosztásra, különben írott s szóval elmondott utasítással adjuk ki a különböző készítményeket, mint például: fehérjetej, konzervált *Kufeké*-féle gyermekliszt, íróconserve, *Biedert*-féle zsíros tej, *Keller*-féle leves stb.

Az orvosok s általuk a hatóságok köztudatába kell vinni azon elvet, hogy a mesterséges táplálék kellő elkészítésével egyenrangú fontossággal bír a lakáskérdés. Ez eszmével foglalkoztam a berlini csecsemővédő congressuson (1911) tartott előadásomban, melyben Budapest főváros szegénylakásairól emlékeztem meg. Ez irányú tapasztalataimból csupán egyet akarok kiemelni. A főváros legszegényebb proletárnegyedének vagyok szegénygyámja s oly lakásokat ismertem meg, melyek az emberi jelzöt semmiképp sem érdemelték meg; az egészségi viszonyok e lakásokban nyomorúságosak voltak s a nyári csecsemőhalandóság óriási; e negyed lakói a Duna mentén épített kis kertekkel környezett városi házakba kerülve, a viszonyok örvendetes javulást mutatnak. Az orvosok feladata, hogy a hivatalos tényezőket a lakáskérdés szanálásának fontosságára gyermekvédelmi szempontból is figyelmeztessék.

Az ipari üzemekben működő kartársak tudják legjobban megítélni, hogy a nők ipari munkája által a gyermekek napközi ellátása mily nagy horderejű gyermekvédelmi feladai. Bölcsőde, óvoda, gyermekkert s iskolai napközi otthon törekszik azon hiányok pótlására, a melyek a családfők ipari foglalkozása folytán a gyermekeket érik. Mindezen intézmények kellő orvosi irányítás mellett közvetve s közvetlenül a gyermekhygiene terjesztésének kútforrásai lehetnek. Az intézetben történő elhelyezés kizárólag orvosi véleménytől tétessék függővé s naponként orvosi ellenőrzés tárgya legyen a gyermek. Ily módon a napközi otthonba nem fogják egykönnyen a fertőző betegségeket behurcolni, a mi gyakran volt az intézményekre vonatkozó elítélő bírálat kiinduló pontja. Az orvossal való érintkezés révén szóval s írásban könnyen terjeszthető a gyermekhygiene s az orvos ösztökélésére gyárakban s közömbös helyeken berendezett bölcsődék a természetes táplálás érdekében nagy horderejű munkát végezhetnek. A gyári bölcsődék szorgalmazása immens socialis horderővel bír. Az óvoda, gyermekkert és iskolai napközi otthon oly intézmények, melyekben a gyermek maga elsajátítja a hygiene alap-elemeit s azokat a családba viheti. Óvónők s tanítók a seminariumban orvosok révén részesüljenek azon hygienés oktatásban, melynek terjesztésére hivatottak lesznek. Ha a bölcsődékben kevert vagy mesterséges táplálékra szorulnak a csecsemők, ez individualizálva, orvos által rendelve s ellenőrizve nyújtassék, mely esetben a bölcsődékben ápoltak morbiditása örvendetesen fog csökkenni.

Csecsemőotthonokat s kórházakat természetes táplálás nélkül elképzelni nem tudok, természetesen a dajkák a többi egészséges vagy beteg gyermeket csupán sajátjuk mellett táplálják. Természetellenes táplálásra csak szükségben kerüljön a sor, az intézetekből kiindulva is adassék példa a közönségnek, mely a reklámnak felülve azon véleményen van, hogy a modern fejlett vegyi technikának manapság már minden lehetséges s így az anyatej pótlása is. Szükséges, hogy az intézetek élén álló szakemberek a gyakorló orvosnak jó példát nyújtsanak, nehogy ezek a specialista szaktekintélyekre hivatkozva, a mesterséges táplálás apostolaivá szegődjenek.

A széles alapon álló hatósági anya- és csecsemővédelmi intézményekben a gyermekorvosnak döntő szerepet kell biztosítani. Mindenekelőtt a törvényhozó testületeket az anya- s csecsemővédelem prophylaxisis értékéről kell meggyőzni s a köztudatba átvinni azon elvet, hogy az intrauterin és a csecsemőkorban alkalmazott social-hygienés intézkedések az ember jövődjére döntő befolyással vannak. E szervezetekben magukban intéző hatáskörrel gyermekorvosok bírnak, ne bénítsuk őket administratióval, mint az sajnos, hazám kitűnő gyermekvédelmi szervezetében részben megvan, de adassék meg nekik socialhygienés szempontból a legmesszebbmenő jogkör alkotásra, ellenőrzésre s továbbfejlesztésre. E rendszer hazánkban — szerénytelenség nélkül mondhatom — fényesen van felépítve s a menhelyek és a telepörvosok lelkes kara s az általuk kiképzett ápoló- s ellenőrző-személyzet mindent megtesz e magasztos eszmékör kiépítésére, melynek mint egyik legszebb gyümölcsét a szoptató anyának a csecsemő-

jével együtt történő kitelepítését s a természetellenes táplálás elleni erélyes küzdelmet emlitem. Kívánatos s ez irányban is tetemes a haladás, hogy az orvosszemélyzet kizárólagosan gyermekgyógyászatban járatos egyénekből álljon, kik időnként továbbképző tanfolyamokban vegyenek részt.

Hogy a városi kormányzatban mily módon lehet orvosi befolyásra eredményes munkát végezni, azt hazánk fővárosa bizonyítja, hol az elberföldi szegényügyi rendszer keretében kerületenként anya- és gyermekvédelmi bizottságok és az úgynevezett népházak, kulturális s socialhygienés kerületi központok keretében ily irányzatú jóléti intézmények szervezettek. Budapest V. kerületi népházában az anya- és csecsemővédő szakosztálynak ügyvezető titkára vagyok s előterjesztésemre a terhes s a gyermekágyból kikerült asszonyok otthont, a foglalkoztató műhelyben kenyérkeresetet, a népkonyhában tápláló eledelt kapnak, azonkívül kilátásba van véve egy tanácsadó anyák részére, továbbá egy tejkonyha berendezése.

A gyakorló orvosnak belevonása e jóléti intézményekbe nagyon fontos s érthetetlen módon felette nehéz. Szerény véleményem szerint a socialhygiene egyetemi tanításának hiányán múlik az érdeklődés.

#### Az iskolát látogató gyermek védelme.

Az iskolában töltött évek folyamán különös védelmi intézkedésekre szorulnak a gyermekek, ez oknál fogva nem szorgalmazhatjuk eléggé az iskolaorvosi intézmény általánosítását. Alig ismerek az orvosi ténykedés keretében ágazatot, melynek közvetve s közvetlenül oly nagy hatása volna, mint az iskolaorvosi.

A modern iskola individualizáló törekvéseinek csupán az orvos és a paedagogus együttműködése szolgálhat megfelelően. E rendszer legfőbb kiépítése az ú. n. „mannheimi“, melynek tendenciáját helyesen jellemzi *Stephani*: „Gleiches Recht für Alle“ és „Jedem das Seine“, e módszer értelmében a gyermekek tehetségük szerint kisebb-nagyobb csoportokban részesülnek oktatásban. A hygiene, paediatría s gyermektanulmány segítő eszközei felett rendelkező orvos meg fogja állapítani, ki alkalmas az iskolába való felvételre, ki kerüljön hiányos szellemi fejlettsége folytán a kiegészítő iskolába, ki szorul gyenge fejlettségénél fogva az erdei iskola jótéteményére. A felvételnél, az iskolaév folyamán és végén végzett orvosi ellenőrző vizsgálatok a betegségeket első csírájukban engedik felismerni. E vizsgálatok különösen a gümőkór korai felismerésének szempontjából birnak (*Pirquet-reactio*) nagy horderővel. A korai körjelzést a gyermeknek saját, valamint társainak érdekében történő elkülönítése és gyógykezelése kövesse. Az érzékszervek pontos ellenőrzése felderíti a trachomat, a különböző látási és hallási rendellenességeket, melyek a gyermek kellő megítélésére néha döntő befolyást gyakorolnak; orvosi elbírálás mellett a szórakozottság, figyelmetlenség igazságos elbírálás alá esik, s megfelelő pápaszem vagy az orrgaratür-kezelés révén e hiányok gyakran javíthatók. A gerincoszlop elferdülésének felismerése s egyéb bántalmak korai körjelzése s a lelet közlése a vizsgálatkor jelenlévő szülővel szóval vagy megfelelő blankettákkal, vagy a mindinkább meghonosuló iskolánővér révén számos baj elmergesedését megelőzheti, illetőleg a bántalom gyógyulására vezethet. Az iskolánővér oly esetekben, midőn a szülők szegénysége, elfoglaltsága vagy tudatlansága megakadályozza, hogy személyesen járjanak el gyermekeik érdekében, ezeket orvoshoz vezetik, a rendelés keresztülvitelét ellenőrzik s kisebb járólagosan végezhető műtétek alkalmával (tonsillotomia, adenotomia stb.) segédkeznek, esetleges bevasárlásokat (sérvkötő, pápaszem stb.) eszközölnék. Ugyanígy jó tanácsdal szolgálhatnak az öltözködés, táplálkozás s tisztálkodás dolgában. Az iskolaorvos hatalmas socialhygienés munkát végezhet a szülőkkel érintkezve; az említettem módokon kívül kiemelem az úgynevezett szülői értekezleteket, melyeken ismeretterjesztő füzetek is osztogathatók. Az orvos utasítsa a családfőt, hogy a gyermeknek alváshoz jól szellőzött szobára van szüksége s hogy testi s erkölcsi fejlődésére egyaránt nagy horderéjű,

hogy egy fekhelyen egymaga kellő ideig (*Axel Key* követelménye) aludjék; hogy e téren a világvárosokban mily egészség- s erkölcsrontó állapotok vannak, azt saját szülővárosomra vonatkozólag „A gyermekek alvásáról s álmairól“ írt munkálomban mutattam ki. E helyen kell megemlékezni az alvás hosszát oly sok esetben veszélyeztető gyermekmunkáról, melynek folyamánként éjjel végzik feladataikat, vagy a mi még szomorúbb, hogy a pénzszerző munkát éjnek idején végzik. Utaljunk *M. de Manaceine* kutatásaira, melyek alapján kiderül, hogy az ételt s italt könnyebben lehet nélkülözni, mint az alvást. A táplálkozásra vonatkozólag a növényi táplálék értékét, az alkohol s nikotin kártékony voltát hirdesse az orvos. Ha a szülők vagyoni helyzete folytán e kívánalmak keresztülvitele lehetetlen, a hatóságok és egyesületek figyelme hívassék fel, hogy részükről történjék gondoskodás a lakás s táplálkozás ügyében. Budapesten a vezetésem alatt álló ingyenes-egyesület reggelivel s uzsonnával látja el az éhező iskolásgyermekeket s a napközi otthonok egészséges táplálékot juttatnak az éhezőknek, mert nemcsak „plenus venter non studet libenter!“ . . . Budapesten a városi házak s népszállók révén, mint arról szegénygyámi kerületemben meggyőződtem, a lakásviszonyok terén is rohamos a javulás.

Orvosi szakvéleményen nyugodjék az iskolaév, a szorgalmi napi idő s a szünidők beosztása. Az orvos tudja leginkább megértetni a mérvadó körökkel, hogy nyáron a nagy meleg, télen pedig a reggeli fagy mennyi kárt okozhat, hogy megfelelő óráközökre van szükség, hogy az iskolapadban meggémberedett tagok kiegyenesedjenek s a tanterem kellőképpen szellőztessék, hogy a nap két szakára elosztó tanításnak mellőzése a test s szellem pihentetése szempontjából mily fontos, s hogy a túlbuzgó tanító a szünidőket ne használja fel a szorgalmi időben mulasztottak pótlására.

(Vége a jövő számban.)

**Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Onodi A. dr., egyetemi tanár.)**

### A hangképzésre vonatkozó kísérletes vizsgálatok.

Írta: *Freystadt Béla dr.*

A *Krause* által a kutyaagy gyurus praefrontalisában felfedezett hangképzés-kéregközpontnak mindkétoldali kiirtása után az állatok hangszalagmozgásai változatlanok s hangképzésük megtartott. *Onodi, Kanasugi* vizsgálatai azt mutatták, hogy az agynak az ikertestek hátulsó dombja mögött történt teljes átmetszése a hangképzést nem befolyásolja. *Katzenstein* azt találta, hogy a kutya gyurus centralis anteriorjában lévő lélekzőközpont féloldali eltávolítása után az ellenoldali hangszalag mozgás-zavarokat mutat. A következőkben leírandó vizsgálataimnak célja az volt, hogy az agytörzs átmetszése után fennálló hangszalagmozgást és hangképzést tegyem tanulmány tárgyává.

A kísérleteket következőképpen végeztem. Az elaltatott kutya nyakszirti-lebenyének megfelelő helyen trepanációs nyílást készítettem. E nyíláson keresztül a kést az agyalapig előre tolva, a pedunculus cerebrit, a híd és a nyultvelőt különböző magasságban átmetszettem. Az állat a műtét után bizonyos ideig megfigyelés alatt állott, s a hangszalagok mozgása mindjárt a műtét után s később is ismételt megfigyeltetett, úgyszintén figyeltünk arra, vajjon az állat ad-e hangot. Az állat elpusztulása után az egész agyat formalinba téve megkeményítettük s pontos boncoláslelet alapján állapítottuk meg minden esetben, hogy mely részeket metszettünk át. A műtétet morphin-chloroform-aether-narcosisban végeztem. A vizsgálatokat 12 állaton végeztem s közülük a következőket közlöm:

**1. kísérlet.** Közvetlenül a műtét után a hangszalagok rövid ideig mozdulatlanul állnak középállásban ad- és abductio

közt. Rövid idő múlva megkezdődik a hangszalagoknak a lélekzettel járó mozgása. Belélekzéskor a hangszalagok távolodnak, kilélekzéskor közelednek egymáshoz. A gége érintésére a hangrés tökéletesen záródik. Az állat az 5. naptól kezdve épp úgy ugat, mint annakelőtte. A hangszalagok mozgásának terjedelme normalis. A két hangszalag mozgása, alakja, vérteltsége között nincs különbség.

Az állat  $2\frac{1}{2}$  hó múlva chloroformmal megöletett.

A bonczolás azt mutatta, hogy a metszés a bal nyakszirt-lebenyen áthatolva, 2 mm.-rel a corpora quadrigemina elülső dombja előtt érte a közepagyat, az agyalapig hatolva teljesen átmetszette a bal pedunculus cerebrit, a jobboldalit csak kevésbé sértette.

2. *kísérlet.* A műtét után a hangszalagoknak a lélekzettel járó ad- és abdukáló mozgása normalis. A gége érintésére teljes adductio következik be. A két hangszalag mozgása, alakja, vérteltsége között nincs különbség. A kutya a 3. naptól kezdve hangosan ugat. A harmadik héten chloroformmal megöletett.

A bonczolás azt mutatta, hogy a metszés baloldalt a nyakszirt-lebenyen áthatolva, a hátulsó ikertest elülső részét érte s teljesen átszelte a híd bal felét, a jobb felét csak kissé sértette.

3. *kísérlet.* A műtét után a hangszalagok mozgása, alakja és vérteltsége az ép viszonyoknak megfelelő. A súlyosan beteg állat a következő két hét alatt sokszor hallat nyöszörgő, sivítő hangot. Két hét múlva chloroformmal megöletett.

A bonczolás azt mutatta, hogy a metszés közvetlenül a hátulsó ikertestek mögött érte a IV. agykamara fenekét, melynek bal felét 12 mm. mélységig teljesen átmetszette, a jobb felét kissé sértette.

4. *kísérlet.* A műtét után a hangszalagok mozgása az ép viszonyoknak megfelelő. A kutya ugat.

A bonczolás azt mutatta, hogy a metszés a jobb nyakszirt-lebenyen áthatolva, a kisagy jobb féltékéjét és a férget sértette s a IV. agykamara fenekének jobb felét átmetszette. Az elülső és hátulsó ikertestek közt levő harántvonaltól 8 mm.-nyire esik a metszés és 9 mm. mélységig terjed.

5. *kísérlet.* A műtét után a hangszalagoknak a lélekzettel járó ad- és abdukáló mozgása megtartott. Érintésre a hangszalagok közelednek s a kilélekzettel együtt mély huhogó hang hallható. Az állat hamarosan elpusztul.

A bonczolás azt mutatta, hogy a metszés a bal nyakszirt-lebenyen áthatolva, a kisagy bal féltékéjét és a férget sértette s a IV. agykamara fenekét mindkét oldalt teljes szélességében átmetszette. A metszés az elülső és hátulsó ikertestek közt levő harántvonaltól 15 mm.-nyire, a calamus scriptorius-tól 9 mm.-nyire esik. A metszés 9 mm. mélységig terjed s csupán a basalis, alig 2 mm.-nyi területen van meg az összefüggés a nyúltvelő felső és alsó része között.

E kísérletek eredménye a következőkben foglalható össze:

A pedunculus cerebri, pons, medulla oblongata felső részének féloldali átmetszése után a hangszalagok mozgása olyan, mint ép viszonyok közt. A két hangszalag mozgása, alakja, vérteltsége között észrevehető különbség nem állapítható meg. A hangképzés megtartott.

A nyúltvelő teljes szélességében való átmetszése után a hangszalagok mozgása megtartott, ha a IV. agykamara fenekének alsó  $\frac{2}{5}$  része ép marad. A reflex útján előidézett expiratót hallható hang kíséri.

\* \* \*

A kutyákon nyert ezen kísérleti eredményeket az emberre átvive, azt kell mondanunk, hogy az emberen a phonatio és respiratio nagyagyvelő-pályáinak féloldali vagy mindkétoldali megszakítása után a hangszalagbénulásnak oly alakja, a minőt a nervus recurrens nyúltvelői vagy környéki megbetegedésekor látunk, nem fordulhat elő. A nyúltvelői vagy környéki recurrensbénulásakor a hangszalag mozdulatlanul áll hullállásban; mozdulatlan hangadás és lélekzetvétel, valamint a

gége reflexműködése közben. A hangszalagoknak a lélekzettel járó ad- és abdukáló mozgása azonban megmarad a nagyagy pályák megszakítása esetében is, mert ezt a mozgást a nyúltvelői lélekzőközpont tartja fenn. Ugyancsak megmarad a hangszalagoknak reflectoriusan bekövetkező teljes adductiója is. A köhögés-reflexnek az agykéregtől független voltát az emberen tett tapasztalat is mutatja, ugyanis a hangszalagoknak köhögéssel járó adductióját mély narcosisban is — tehát az agykéreg működésétől függetlenül — kiválthatjuk. A narcosisban végzett direct laryngoskopia alkalmával látjuk, hogy a glottisreflex még akkor is megtartott, midőn a cornealis reflex már megszűnt. A hangszalagoknak a lélekzettel járó, valamint reflexmozgása tehát a cerebralis beidegzés kirekesztése után is megmarad.

Az emberi pathológiában több oly megfigyelés van, a melyben az agy-megbetegedéssel ellenkező, a hemiplegiának megfelelő oldalon a hangszalag mozdulatlanul állott cadaverállásban s az észlelők nagy része a hangszalagbénulást oki összefüggésbe hozta a nagyagy megbetegedésével. Állatokon ily féloldali teljes hangszalagbénulás a nagyagy-pályák sérülése útján nem idézhető elő. Más okokból is kétségesnek látszik, vajjon lehetséges-e a cerebralis feltételezett féloldali teljes hangszalagbénulás. A hangszalagok mozgása ép viszonyok közt mindig bilaterális-symmetriás. A mindig bilateralisan beidegzett izmok pedig rendszerint mindkétoldali agykéregből kapják beidegzésüket s így a féloldali agykéreg ép volta mellett egyik hangszalag bénulása sem lehet teljes. A hangképzés nagyagy-központjának villamos izgatása a legtöbb kísérletező szerint bilaterális hangszalagmozgásokat vált ki. Ujabban azonban Masini adatai megerősítést nyertek Katzenstein, Broeckaert, Lewandowski kísérletei által, kik kimutatták, hogy a Krause-féle kéregközpontnak unipolaris gyenge izgatása az ellenkező oldali hangszalag izolált mozgását eredményezi. Katzenstein azt találta, hogy a hangadás kéregközpontjának féloldali kiirtása után az ellenkező oldali hangszalag mélyebben áll s mozgása adductiókor bizonytalan. Ezen hangszalag érintésekor köhögés későbbben és gyengébben következik be, mint az époldali gégefél érintésekor. Iwanow szövettani vizsgálatai is azt mutatták, hogy a Krause-központ elpusztítása után az elfajuló idegpályák kereszteződve a túloldalra folytatódnak. E vizsgálatok eredménye a féloldali cerebralis hangszalagbénulás lehetősége szempontjából mint bizonyító mozzanat szerepeltethető.

Nézzük, mit mutatnak a klinikai megfigyelések.

Az észleletek nagyobb része az agymegbetegedéssel ellenkező oldalon levő hangszalagot a hullá- vagy medianállásban mozdulatlanul állónak mondja. Ilyenek Lewin, Gerhardt, Gibb, Ziemssen, Löri, Schrötter, Garel, Cartaz esetei. Ez esetekben az észlelés csak az élön történt s így a hangszalagbénulás cerebralis eredete nincs bebizonyítva. Ugyancsak csupán az élön történt vizsgálat alapján tartja Schutter egy esetében a hangszalagbénulást agyi eredetűnek. Ez esetben a bénult bal hangszalag az akarattól független távolító és közelítő mozgásokat jól végezte, csupán az akarattól függő hangadás közben maradt mozdulatlan. A hangszalag nem mutatott atrophiát, villamos ingerlékenysége normalis volt. Az észlelet mindenesetre érdekes, azonban nem döntheti el a kérdést, vajjon cerebralis eredetű féloldali, nem teljes hangszalagbénulás előfordul-e vagy sem. A sajátságos hangszalagbénulás egyéb, nem agy-eredetű oka nem zárható ki.

Értékesebbek volnának azok az esetek, a melyekben a gégetükri vizsgálaton kívül a bonczoláslelet is ismeretes. Ilyenek Roszbach, Rebillard, Garel, Garel és Dor, Déjerine, valamint Masini esetei. Azonban ezekben az esetekben is hiányzik többnyire a nyúltvelőnek, a nervus recurrensnek és a gége izmainak szövettani vizsgálata, a mely a nyúltvelői vagy környéki idegmegbetegedést kizárná.

Ha a hangadás és lélekzetvétel nagyagy-pályáinak féloldali megszakítása hangszalagbénulást okozna, akkor számos ilyen észleletnek kellene lennie. Semon és Horsley kimutatta állatokon, hogy a hangszalagok mozgató idegei a capsula interna könyökének közelében futnak. Ez a hely az agyvér-

zésnek igen gyakori helye. Lehetséges, hogy a féloldali nagyagy-pályák sérülése után beálló hangszalagmozgás-zavar csak múló természetű s az époldali pálya csakhamar teljesen pótolja a kiesést. Az apoplexiát követő legkorábbi időben gégetükri vizsgálatot azonban nem végezhetünk. Ha pedig a féloldali pályák megszakítása nem oly hirtelen történik, mint vérzéskor, hanem fokozatosan, például növekvő daganat következtében, akkor az époldali pályák kompenzáló működése folytán hangszalagmozgás-zavar esetleg egyáltalában nem áll be.

A cerebralis hangszalagbénulás esetei közül legértékesebb *Eisenlohr* észlelete. A kétoldali bénulásban szenvedő beteg teljesen hangtalan volt. A gégevizsgálat azt mutatta, hogy hangadás közben a bal hangszalag teljesen mozdulatlan, a jobb hangszalag csak keveset mozog. A hangszalagoknak a lélekzéssel járó mozgása megtartott, bár kis terjedelmű volt. A hangszalagok érintését a beteg érzi, de reflectorius köhögést nem vált ki. A bonczolás azt mutatta, hogy mindkétoldali thalamus opticus hátulsó harmada ellágyult, valamint a capsula interna hátulsó része és a regio subthalamica is. A nyúltvelő, a nervus recurrens és a gégeizmok a megejtett szövettani vizsgálat szerint épek voltak.

Hasonló volt a bonczoláslelet *Newton-Pitt* esetében. A kétoldali apoplexián átesett beteg egy ideig teljesen hangtalan volt. A betegségnek ebben a stadiumában azonban gégevizsgálat nem történt, a mi lényegesen csökkenti az észlelet értékét. A beteg később visszanyerte hangját. A hangszalagok közelítése ekkor már tökéletes volt.

Cerebralis megbetegedés és hangszalagbénulás természetes véletlen coincidentia folytán is jelen lehet ugyanazon az egyénen, a nélkül, hogy a két megbetegedés közt oki összefüggés állna fenn. Érdekes adatokat nyújt e tekintetben *Graeffner*-nek nagyszámú hemiplegiás betegen végzett vizsgálata. *Graeffner* kétszáz hemiplegiás beteget vizsgálva, 14 esetben találta a recurrensnek teljes vagy nem teljes bénulását. Eseteinek tehát 7%-ában fordult elő recurrensbénulás. E nagy százalékszám nem oly meglepő, ha meggondoljuk, hogy a hemiplegia és recurrensbántalom ugyanarra az okra, az arteriosklerosisra vezethető vissza, mely a nagyagyban gyakrabban vérzést, a nyúltvelőben inkább lágyulós góczot okoz; esetleg aortatágulat is szerepelhet a bénulás oka gyanánt. E 14 eset közül 7 volt féloldali. Ha nem számítjuk azokat, a melyekben a bántalom nyilvánvalóan nyúltvelő-eredetű volt, marad két oly észlelet, melyben az apoplexiával azonos és két olyan, a melyben az apoplexiával ellenkező oldalon volt a recurrensbénulás. Az a körülmény, hogy a hangszalagbénulás épp oly gyakori volt a hemiplegiával azonos, mint a hemiplegiával ellenkező oldalon, a mellett szól, hogy az agybántalom és recurrensbénulás mint egymással oki összefüggésben nem levő megbetegedés volt jelen egymás mellett. Az irodalomban az agysérüléssel ellenkező oldali hangszalagbénulásokról inkább történik említés, mivel csupán ezek hozhatók a nagyagy megbetegedésével oki összefüggésbe. Valószínű azonban, hogy az agy megbetegedéssel ugyanazon oldalon levő hangszalagbénulás épp oly gyakori, a mi azt mutatná, hogy e két bántalom együttes előfordulása csupán véletlen találkozás. A hangszalagok agy-eredetű mozgás-zavarának lehetősége valószínű ugyan, de nem a szokásos — nyúltvelői vagy környéki — recurrensbénulás képében.

*Katzenstein* és *Rothmann* újabban a hangszalagok beidegzésének egy kisagyi kéregközéppontját írták le. Vizsgálataik szerint a kisagyféreg lobus anteriorjának a IV. agykamara felé eső része tartalmazza e centrumot s ennek kiirtása után a hangszalagok közelítése és távolítása tökéletlen.

*Grabower* ezen kísérleti vizsgálatokat megismételte, a fenti szerzők adatait azonban nem erősíthette meg s arra az eredményre jutott, hogy a *Katzenstein* és *Rothmann* által a kisagyféregben megjelölt részlet nem tartalmazza a hangszalag mozgásának kisagy-centrumát.

*Katzenstein* és *Rothmann* adatai ezidő szerint még nem

nyertek megerősítést s így ezen kisagy-középpont létezése kétséges.

*Ónodi*-nak a subcerebralis phonatio-centrumra vonatkozó vizsgálataival alkalmával a kisagy egyéb részein kívül ez a *Katzenstein* és *Rothmann* által megjelölt hely is megsérült, talán a különböző kisagy-sérülések okozták a hangszalagok leírt mozgás-zavarát.

Kérdés, hogyan keletkezik a hangadás az agy kirekesztése után. Állatkísérletek, anenkephalok, valamint perforált emberi magzatok hangadása bizonyítják, hogy phonatio a nagyagy kirekesztése után is lehetséges. A lélekzőközpont ép volta elegendő a kilélekzéshez kötött hangadás létrejöttéhez. Ismeretes dolog, hogy a kutya néha mély narcosisban is hallat hangot s ezt a hangot a kilélekzéskor egészen az érintkezésig közelített hangszalagok közt kitóduló levegő idézi elő. Kutyaútnak nyugodt lélekzésekor is megvan a hangszalagoknak közelítő és távolító mozgása, a mi emberben nyugodt lélekzéskor hiányzik. Ez a mély narcosisban keletkező hang az öntudattól természetesen teljesen függetlenül, mechanikailag jön létre. Kérdés, vajon a hangszalagok közelítését és távolítását fentartó nyúltvelő-lélekzőközpont ép volta elegendő-e arra, hogy az állatnak — ha elég hosszú ideig marad életben — hangadása ismét normalis legyen, avagy ehhez egy külön hangképző centrum is szükséges. Csak a hosszú ideig életben tartható állatokon volna e kérdés eldönthető. Egyébként annak megítélése, vajon a kutya normalisan, avagy ettől eltérően, reflexesen avagy öntudatosan ugat, alig lehetséges. Az agyától megfosztott kutya ugatása reflectorius (oly értelemben, hogy az agykéregtől független); lehetséges azonban, hogy az ép kutya ugatása is reflexes, hogy tudniillik külső (szaglási, látási stb.) ingerekre, éhség, fájdalom érzésekor az agykéreg működése nélkül keletkezik a hangadás. A hang azon változatára, melylyel az állat örömet, félelmet stb. ki tudja fejezni, most nem vagyunk tekintettel. Ez természetesen a hangadásnak corticalis behatás folytán létrejövő változata. Lehetséges, hogy az ép állat hangadása, a corticalis impulusból keletkező hangon kívül, a fentebb említett értelemben reflexes is lehet.

Az állatokon szerzett ilyenmű vizsgálatok eredménye egyébként csak nagy óvatossággal vihető át az emberre. Minél magasabb rendű az állat, annál fontosabb szerepe van a nagyagnak a mozgások helyes keresztülvitelében. A béka mozgása a nagyagy teljes hiánya mellett is alig szenved. A nagyagnélküli békák épp úgy úsznak, mint a teljesen épek. A nagyagnélküli galambok járnak és meglehetősen biztonságosan repülnek. Kutyaútnak már szembetünőbb a cerebralis előidézhető mozgás-zavar, bár a *Goltz*-féle agynélküli kutya is igen jól mozog. Jelentékenyebbek már a majmok mozgás-zavarai agysérülés esetén. Az emberen a cerebralis bénulások pedig igen nagyfokúak. Ezekről az agyi bénulásokról azonban csakis az emberen tett, klinikai megfigyelésekkel egybekötött kórbonczolástani vizsgálatok adhatnak felvilágosítást és oldhatják majd meg a nyílt kérdéseket.

**Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi Adolf tanár.)**

**Az iköböl viszonya az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens idegtörzseihez.**

Irta: *Ónodi László*, az I. sz. anatómiai intézet gyakornoka.

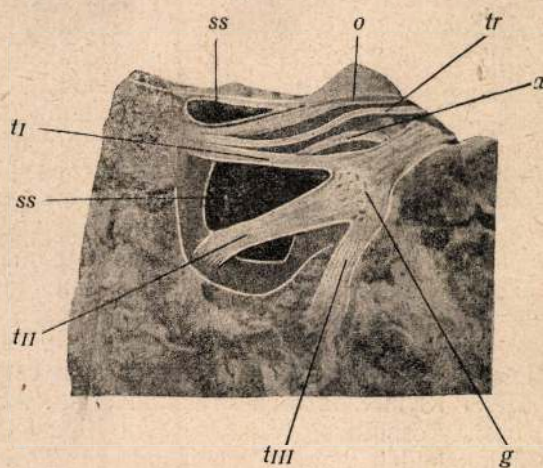
Ezen viszonyokra vonatkozólag csupán egyes adatokat találunk feljegyezve és inkább általánosságban említették fel, hogy a fissura orbitalis superioron át a szemüregbe lépő idegtörzsek, valamint a foramen rotundumon át kilépő második trigeminus-ág úgy a hátulsó rostasejt, mint az iköböl rendellenes kiterjedésénél szomszédos viszonyba jutnak és üregmebetegedés esetében másodlagosan megsérülhetnek.

Vizsgálataim célja volt nagyobb számú vizsgálati anyagon a szemidegek törzseinek, a trigeminus törzseinek és a

trigeminus ágainak az iköbölhöz való viszonyát tanulmányozni. E célból lombfűrészszel sagittalis irányban nyitottam meg az iköblöt és vizsgáltam kiterjedését, valamint kipraeparáltam az oculomotorius, abducens és trochlearis törzseit a hátsó koponyaárokától a fissura orbitalis superiorig, továbbá a trigeminus Gasser-dúcát és három ágát a középső koponyaárokban kilépési helyükig, a fissura orbitalis superior, foramen rotundum, foramen ovale területéig. Azután a vékony, áttűnő iköböl-falat vésővel átvéstem. Egyes készítményeken az iköbölket frontalis irányban nyitottam meg a lombfűrészszel és a clivusig terjedő vékony, áttűnő csont falát vésővel távolítottam el. Ilyen módon végzett vizsgálataimat a következőkben ismertetem, előre bocsátván néhány szóval az említett idegeknek ismert viszonyait a középső koponyaárokban.

Tudvalevő, hogy a középső koponyaárokban az iköböl tetején, a török nyeregben van elhelyezve a hypophysis, felette a chiasma, melyből a látóidegek a foramen opticumon át a szemüregbe lépnek. A kemény agykéreg egy részlete, a diaphragma sellae elválasztja a hypophysist az agyvelőtől és azután oldalt a sinus cavernosus falát alkotja. A dura mater alatt találjuk a sinus cavernosus gyűjtőeres öböl szerű üregét, körülveve a carotis internát, mely az ikcsont oldalsó falát, a sulcus caroticust érinti. A szemidegek a carotis internától oldalt és felette haladnak és a sinus cavernosus öblei által határoltatnak. Az oculomotorius törzse, a processus clinoidus posteriortól oldalt lép be a dura hasadéka a sinus cavernosusba s annak oldalsó falán halad a mögötte belépő trochlearis törzsével a felső szemrészig, mindkét ideg a trigeminus első ágához csatlakozik. A trigeminus gyökerei a dura hasadéka át jutnak a Gasser-féle dúcához, melyből a felső szemréshez indul az első ág, a foramen rotundumhoz a második ág, a foramen ovalehoz a harmadik ág. A dúcától és az első trigeminus-ágtól befelé van a carotis interna és a sinus cavernosus. A trigeminustól befelé és alatta lép be a durán keresztül a sinus cavernosusba az abducens, melyet a gyűjtőeres öblök helyenként egészen is körülvehetnek és a trigeminus első ága alatt halad a felső szembőrrészig.

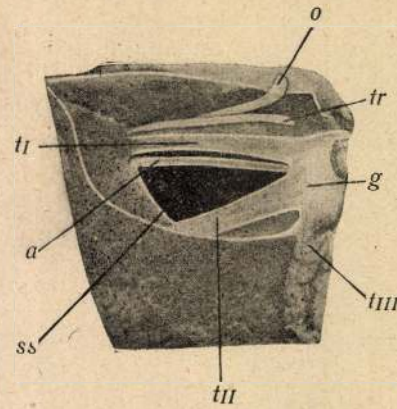
Mint említettük, a legújabb anatómiai és rhinológiai könyvekben csupán egyes általános megjegyzések fordulnak elő arra nézve, hogy az iköböl rendellenes terjedelmével az idegtörzsekkel szomszédos viszonyba juthat. Az öbölnek több rendellenes kiterjedését észleltük, melyeknek gyakorlati fontosságuk van. Ezen érdekes alakviszonyokat a következő természetű ábrákon ismertetjük: Az 1. ábra olyan készítményt



1. ábra.

Természetes nagyság. Az iköböl vékony és áttűnő fala el van távolítva. ss iköböl, tr trochlearis, g ganglion Gasseri, tI trigeminus első ága, tII trigeminus második ága, tIII trigeminus harmadik ága, a abducens, o oculomotorius.

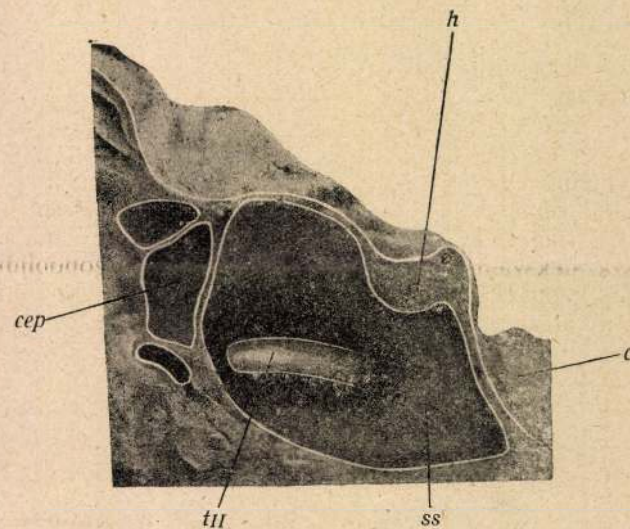
érezkít meg, melyen a 30 mm. hosszú, 25 mm. széles iköböl (ss) a trigeminus második ágát 15 mm. hosszúságban directe érinti, azonfelül a trigeminus első ágának szélét érinti. Az iköböl a foramen opticum alatt és oldalt a fissura orbitalis superior területéig terjed és ilyen módon 12 mm. hosszúságban directe érinti az oculomotoriust (o).



2. ábra.

Természetes nagyság. Az iköböl vékony és áttűnő csontfala el van távolítva. ss iköböl, g ganglion Gasseri, tIII trigeminus harmadik ága, tII trigeminus második ága, tI trigeminus első ága, tr trochlearis, o oculomotorius.

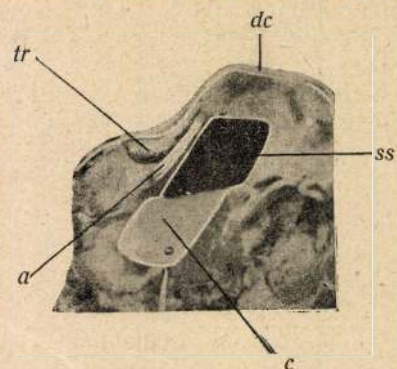
A 2. ábra olyan készítményt mutat, melyen a trigeminus második ágát (tII) directe érinti 17 mm. hosszúságban, a 26 mm. széles és 20 mm. magas iköböl (ss), valamint 20 mm. hosszúságban directe érinti a trigeminus első ágát (tI) és az abducens törzsét (a). Ugyanezen készítményben szabadon halad a canalis opticus az iköbölben.



3. ábra.

Természetes nagyság. Sagittalis metszet. Az iköböl meg van nyitva és kidomborodó vékony csontfala a trigeminus második ágának lefutásában el van távolítva. ss iköböl, tII trigeminus második ága, c clivus, h hypophysis, cep hátsó rostasejt.

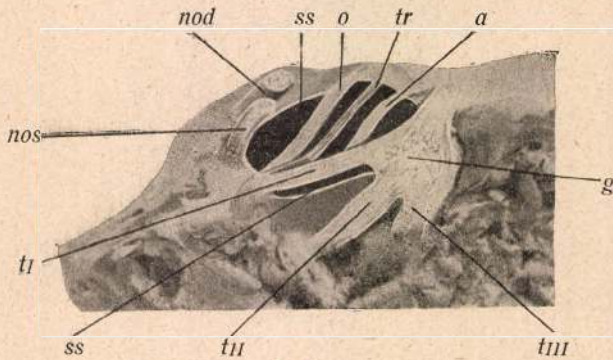
A 3. ábra olyan készítményt érzékít, melyen az iköböl (ss) 37 mm. hosszú, 30 mm. magas és a clivust (c) 21 mm. magasságban érinti. Magában az iköbölben 2 cm.-nyi hosszúságban kidomborodó csontfal mutatja a trigeminus második ágának lefutását. A vékony csontfal eltávolításával látható az iköböl falán haladó második trigeminus-ág törzse (tII).



4. ábra.

Természetes nagyság. Az iköböl megnyitva, hátsó fala eltávolítva és a dura mater lehajtva. ss bal iköböl, d dorsum sellae, a abducens, tr trigeminus, dc a clivust borító dura mater.

4. ábra. A készítmény mutatja a bal ikéből viszonyát (ss) az abducens (a) törzséhez. Az ikéből 17 mm. szélességben és 14 mm. magasságban érinti a clivus területét. Az abducens törzsével direct szomszédos viszonyban áll belépő nyílásától kezdve.

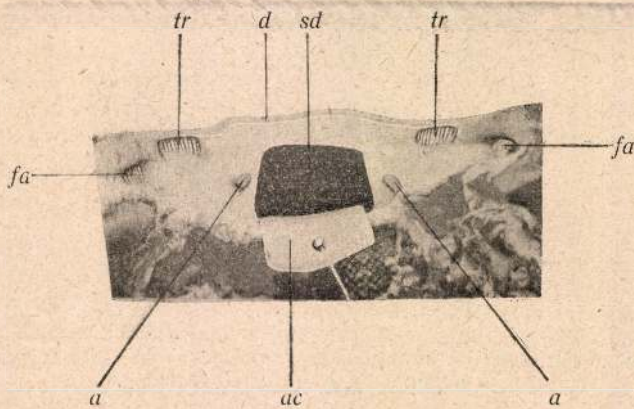


5. ábra.

Természetes nagyság. A jobb ikéből megnagyítva. ss jobb ikéből g ganglion Gasseri, ti trigeminus első ága, tII trigeminus második ága, tIII trigeminus harmadik ága, a abducens, tr trochlearis, o oculomotorius, nod nervus opticus dexter, nos nervus opticus sinister.

Az 5. ábra olyan készítményt érzéket meg, melyen az ikéblök nagy részaránytalanságot mutatnak. A jobb ikéből 30 mm. széles és 28 mm. hosszú, a bal ikéből a bal látóideg (nos) területében 10 mm. magas, 12 mm. széles kis üreget alkot. A jobb ikéből (ss) átterjed a bal oldalra is.

A jobboldali ikéből balra terjed át és a baloldali első trigeminus-ágat, a bal abducens, trochlearis és oculomotorius törzseit érinti, azonkívül kis területen a jobboldali első trigeminus-ágat és az abducens törzsét is érinti.



6. ábra.

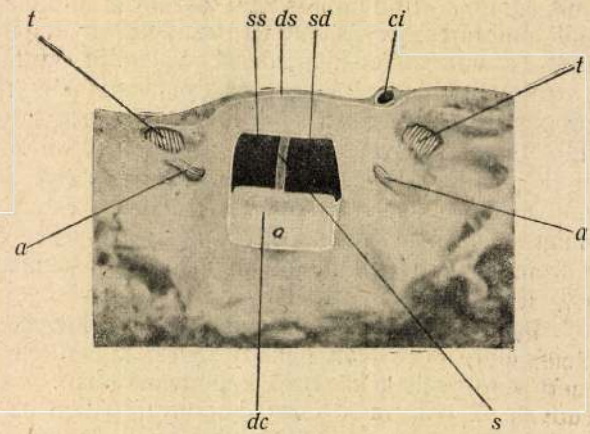
Természetes nagyság. Az ikéből hátsó fala el van távolítva a clivus területén és a dura mater lehajtva. sd jobb ikéből, d dorsum sellae, dc a clivust fedő dura mater, tr trigeminus, fa facialis, a acusticus.

A 6. ábra olyan készítményt mutat, melyen az ikéblök részaránytalannak. A jobb ikéből (sd) 40 mm. hosszú, 24 mm. széles és 17 mm. magas, a bal ikéből 21 mm. hosszú, 16 mm. széles és 14 mm. magas és nem esik a clivus területébe. A jobb ikéből a clivus területét 17 mm. magasságban és 18 mm. szélességben érinti és jobb oldalon 1 mm.-nyire, bal oldalon 2 mm.-nyire látható az abducens belépő nyílása.

A hetedik ábra mutatja a clivus területén megnyitott ikéblöket. A jobb ikéből (sd) 10 mm. szélességben és magasságban, a bal ikéből (ss) 10 mm. magasságban és 8 mm. szélességben érinti a clivus területét.

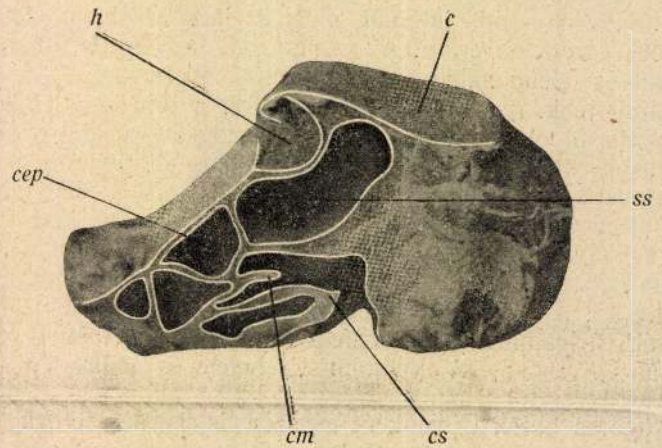
A nyolczadik ábra sagittalis metszeten mutatja az ikéblöket (ss), a mint 15 mm.-nyire érinti a clivust.

Készítményeinken észlelt még egynéhány leletet említünk fel: Egy készítményen a baloldali ikéből vékony áttetsző fala érinti 10 mm. hosszúságban a trigeminus első és második ágát. Egy készítményen a 12 mm. hosszú, 17 mm.



7. ábra.

Természetes nagyság. Az ikéblök a clivus területén megnyitva, a clivust fedő dura mater lehajtva. ss bal ikéből, sd jobb ikéből, d dorsum sellae, c carotis, s septum intersphenoidale, dc a clivust fedő dura mater, tr trigeminus, a abducens.



8. ábra.

Természetes nagyság. ss ikéből, h hypophysis, cl clivus, cep hátsó rosta-sejt, cm középső kagyló, cs felső kagyló.

magas és 15 mm. széles jobboldali ikéből 10 mm. hosszúságban érinti a jobb trigeminus első ágát és a jobb abducens törzsét. A baloldali ikéből pedig 10 mm.-nyi hosszúságban érinti a bal trigeminus második ágát. Egy készítményen a bal ikéből vékony, áttetsző fala 12 mm.-nyi hosszúságban érinti a bal trigeminus első ágát és a bal abducens törzsét, a bal trigeminus második ágát pedig 10 mm.-nyi hosszúságban. Egy jobboldali ikéből 16 mm. hosszú, 15 mm. magas és 17 mm. széles, vékony, áttetsző fala a jobb trigeminus első ágát és a jobb abducens törzsét 11 mm.-nyi hosszúságban érinti, a jobb trigeminus második ágát pedig 6 mm.-nyi hosszúságban. Egy készítményen a jobboldali ikéből 28 mm. hosszú, 21 mm. magas és 10 mm. széles, vékony áttetsző fala 7 mm.-nyi hosszúságban érinti a jobb trigeminus első ágát és a jobb abducens törzsét. A bal ikéből 26 mm. hosszú, 20 mm. magas és 20 mm. széles, vékony áttetsző csontfala a bal trigeminus ágát és a bal abducens törzsét 13 mm.-nyi hosszúságban érinti. Az ikéblöket 12 mm. vastag csonttréteg választja el a clivustól. Egy készítményen a baloldali ikéből 30 mm. hosszú, 20 mm. széles, 20 mm. magas, a clivustól 6 mm.-nyi vastag csonttréteg választja el. Egy készítményen az ikéblök az idegtörzsekkel nincsenek viszonyban, az ikéblök a török nyereg területén nem találhatók, előtte van elhelyezve a 15 mm. hosszú, 12 mm. magas és 9 mm. széles baloldali ikéből és a 22 mm. hosszú, 21 mm. magas és 11 mm. széles jobboldali ikéből, a jobb ikéből érinti a jobboldali nervus opticum, a jobboldali ikéblöket fedi a baloldali. Egy készítményen a baloldali ikéből hiányzik, a jobboldali ikéből 20 mm. hosszú, 13 mm. magas, 12 mm. széles, az ikéből az idegtörzsekkel nem áll viszonyban és hátsó falát 6 cm.-nyi vastag csonttréteg választja el a clivustól. Egy készítményen az ikéblöket 12



cm.-nyi vastag csonttréteg választja el a clivustól, különben az iköblök az idegtörzsekkel nem állanak viszonyban. Egy készítményen mindkét iköblől 16 mm hosszú, 14 mm. magas és 16 mm. széles. Az iköblök az idegtörzsekkel nem állnak viszonyban és a clivustól 16 mm. vastag csonttréteg választja el. Egy készítményen a jobboldali iköblől 17 mm. hosszú, 14 mm. magas és 16 mm. széles, a baloldali iköblől 16 mm. magas, 16 mm. hosszú és 16 mm. széles. Az iköblök az idegtörzsekkel nem állanak viszonyban és a clivustól 16 mm. vastag csonttréteg választja el. Egy készítményen a bal iköblől hiányzik, a jobboldali iköblől 18 mm. magas, 23 mm. széles és 25 mm. hosszú, a jobboldali canalis opticus 10 mm.-nyi hosszúságban szabadon halad az iköblben. Az iköblől az idegtörzsekkel nem áll viszonyban s a clivustól 16 mm.-nyi vastag csonttréteg választja el.

Az iköblök rendellenes kiterjedése úgy a sinus cavernosus, mint a clivus felé és csontfalának nagymérvű elvékonyodása gyakorlatilag fontossággal bírnak az iköblök megbetegedéseiben. A kóros folyamatok tovaterjedése a vékony csontfalra, a dura materre, úgy a sinus cavernosus, mint a clivus területén a vérkeringési zavarok, nyomás stb. a sinus cavernosus és clivus területén haladó idegtörzsek következményes megbetegedését vonhatja maga után. Egyes esetek klinikai észlelete az oculomotorius, trochlearis és abducens részleges és teljes hűdéséről, valamint a trigeminus neuralgiájáról számolt be üregmegbetegedés folytán. Az általunk észlelt és észlelt esetek ezen említett idegek következményes megbetegedésének bonczolástani alapját és magyarázatát adják, továbbá magyarázatot nyerhet bonczolástani alapon valamely üreg megbetegedése folytán a contralateralis idegek következményes megbetegedése is, a contralateralis viszony következtében.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalom össze:

1. Az iköblől vékony, áttetsző csontfala az oculomotorius törzsét egy esetben 12 mm.-nyi hosszúságú területen directe érintette.
2. Az iköblől egy esetben a trochlearis törzsét kis területen directe érintette.
3. Az iköblől áttetsző csontfala a trigeminus első ágát, 7, 10 (két ízben), 11, 12 és 20 mm.-nyi hosszúságú területen directe érintette.
4. Az iköblől vékony áttetsző csontfala a trigeminus második ágát 6, 10 (két esetben), 13, 17, 20 mm.-nyi hosszúságú területen directe érintette. Egy esetben a trigeminus második ágának lefutása az iköblől falán, egy 2 cm. hosszú domborulatán volt látható.
5. Az iköblől vékony, áttetsző csontfala az abducens törzsét 7, 10, 11, 12, 13 és 20 mm.-nyi hosszú területen directe érintette.
6. Egy esetben a jobboldali iköblől vékony áttetsző fala a bal trigeminus első ágát és a bal oculomotorius, abducens és trochlearis törzsét érintette.
7. A többi esetben az iköblől semmi szomszédos viszonyban sem állott az oculomotorius, trochlearis, abducens és trigeminus törzseivel.
8. Az iköblől vékony, áttetsző csontfala a clivustól 10 (két ízben), 14, 17 és 21 mm.-nyi magasságban, 8, 10, 17, 18 mm.-nyi szélességben érintette.
9. Azon kívül az iköblöket a clivustól 6, 12 (két esetben), 16 (három esetben) mm. vastag csont választotta el.
10. Azon említett esetekben, a melyekben az iköblől belső szomszédos viszonyban állott a szemidegekkel és a trigeminus első és második ágával, bonczolástani alapot adnak az iköblől megbetegedéseinek folytán beállott szemizombénulások, valamint trigeminusneuralgiák magyarázatának. Azon észlelet pedig, midőn az iköblől ellenoldali szemidegekkel és a trigeminus első ágával állott viszonyban, bonczolástani alapot ad az ellenoldali szemizombénulások és a trigeminusneuralgiák magyarázatának, ellenoldali iköblömegbetegedés esetén.

## A frankfurti iparegészségügyi továbbképző tanfolyam.

(1912 szeptember 23—október 5.)

Irta: *Pach Henrik* dr., az Országos Pénztár orvosa.

(Vége.)

A *Balesetelhárítás elvei és sikerei* című előadásában *Hartmann* kormánytanácsos (Berlin) rámutatott azokra az okokra, a melyek a balesetek folytonos szaporodásáért okolhatók. Szerinte azért emelkedik a balesetek száma évről-évre, mert az ipari üzemek és az ott alkalmazottak száma is folyton nő; mert a női és ifjúkori munkások, a kik pedig kevésbé higgadtak és óvatosak a baleseti kockázattal szemben, mind nagyobb számban alkalmaztatnak az iparban; mert a szabad költözködés és a munkásmozgalom az idegennyelvű, kevésbé művelt, sem az üzemvezető szóbeli, sem a hatóságok nyomtatott figyelmeztetéseit nem értő munkások számát állandóan növeli; mert a kötelező balesetbiztosítás a balesetek és azok következményei iránt az óvatosságot és aggodalmat nagyon csökkentette; mert a baleseti judicatura a baleset fogalmát nagyon liberalisan tágítja; mert a gyorsjáratú veszélyes gépek folyton szaporodnak. Mivel azonban nem a halálos vagy állandó keresetképtelenséggel járó balesetek száma nő, joggal állíthatjuk, hogy a balesetelhárítás az a rendszere, a mely Németországban 25 év óta kifejlődött, sikeres s hogy ezen az úton kell továbbhaladni. Nagyon sokat várhatunk attól az irányzattól, a mely a védőkészülékek alkalmazása ellen foglal állást és e helyett az oly gépeknek használata mellett kardoskodik, a melyeknek szerkezete a balesetmegelőzés elvén alapul (*unfallsichere Maschinen*). Ez az irányzat örvendatosan terjed a német gyárosok és üzemvezetők, de még a gépszerkesztők körében is, úgy hogy legújabbán csak oly gépek szerkesztésére törekszenek, a melyek az utólagosan alkalmazott védőkészülékeket feleslegessé teszik. Ennél még fontosabb az, hogy a német szakszövetkezetek (*Berufsgenossenschaften*) folyó évi szeptember hó 20.-án tartott gyűlésükön elfogadott „Entwurf der revidierten Normal-Unfallverhütungsvorschriften“ című hivatalos kiadványuk XI. fejezetébe a következő pontokat vették fel: 1. §. „*Die Betriebsunternehmer sind verpflichtet, bei Anschaffung von Maschinen und Apparaten vorzuschreiben, dass die von der zuständigen Berufsgenossenschaft geforderten Schutzvorrichtungen mitgeliefert werden*“. Nem kevésbé fontos az 5. §, a mely szerint: „*Die Unfallverhütungsvorschriften sind den Arbeitern bekanntzugeben. Dazu sind Vorschriften entweder an geeigneter, den Arbeitern zugänglicher Stelle auszuhängen, oder jedem Arbeiter vor Beginn seiner Tätigkeit oder wenn sie in Kraft treten, gegen Empfangsbestätigung zu behändigen. Wenn in einem Betriebe (selbständigen Betriebsteile) Arbeiter beschäftigt werden, die des Deutschen nicht mächtig sind, so sind ihnen, sofern mindestens 25 gemeinsam eine andere Muttersprache sprechen, die ihre Tätigkeit betreffenden Unfallverhütungsvorschriften in dieser Sprache entweder schriftlich oder durch mündliche Unterweisung bekanntzugeben. Die mündliche Belehrung ist zu wiederholen, so oft es der Arbeiterwechsel erfordert. Es ist jedesmal schriftlich festzustellen, wann und durch wen die Belehrung erfolgt ist*“. Végül nagy horderejűnek kell hogy tartsuk azt az újonnan felvett utasítást, a mely a 6. §-ban található és következően szól: „*Wenn der Unternehmer die ihm durch die Unfallverhütungsvorschriften auferlegten Pflichten geeigneten Betriebsleitern, Aufsichtspersonen oder anderen Angestellten des Betriebes überträgt, so ist dies durch eine von beiden Teilen zu unterzeichnende Erklärung, die dem technischen Aufsichtsbeamten auf Verlangen vorzulegen ist, schriftlich festzustellen*“. Vajjon mikor kerül majd nálunk ily óvintézkedésekre a sor?

A *lépfenéről* értekezett *Rebentisch* tanár, a ki az Offenbachi kórház igazgatója és sebésze. Minthogy Offenbachban a német bőripar legnagyobb telepei vannak (körülbelül 12.000 munkással), az előadónak bő alkalma nyílik az ipari lépfene

alapos tanulmányozására. Előadásában, a mely az ipari lépene kóroktanát, tüneteit és kezelését felölelte, a *conservatív*, vagy jobban mondva *inactív* kezelés feltétlen hívének vallotta magát többször is nyomatékkal reámutatván arra, hogy a lépfene pustula maligna annál jobban és gyorsabban gyógyul, minél előbb kerül a fertőzött a kórházba, a hol egy indifferens vagy unguentum hydrargyri-kenőcsöt kennek a pustulára és kötéssel immobilizálják a megbetegedett testrészt, de soha és semmi körülmények között nem végeznek incisiót, paquelinezést vagy étetést. Nem tagadom, hogy ez a tan a hallgatók előtt új volt s ezért érdeklődtem, vajjon Németország egyéb vidékein mily állást foglalnak el az orvosok az anthraxszal szemben. Kutatásaimnak a véletlen kedvezett, a mennyiben sikerült megszereznem az ipari lépfenére vonatkozó legújabb iparegészségügyi munkát,\* a melyben az anthraxra vonatkozó alábbi statisztikát találtam.

Összesen bejelentetett az 1906—1910. évben 255 lépfenemegbetegedés.

Ezek közül meghalt 45.

A pustula A keze- localisa- tioja	les módja	Borogatással, kenőccsel kezeltetett	114 ebből	meghalt	17 (14.9%)
	Operative, cauterisatióval	"	87	"	15 (17.2%)
	Serummal	"	26	"	2 (7.7%)
	Ismeretlen módon	"	28	"	11 (30.2%)
	A felen és a nyakon volt	"	188	"	36 (19.1%)
	A karon és a kezeken	"	61	"	8 (13.1%)
	A lábakon	"	5	"	1 (20.0%)
	Ismeretlen helyen	"	1	"	—

Holtzmann dr e munkájában a lépfene kezeléséről szóló szóra ezeket mondja (l. 15. old.): „Nach zahlreichen Veröffentlichungen in den letzten Jahren aus verschiedenen Universitätskliniken und Krankenhäusern (Schwarz: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 92, S. 420, 1908; Lengfellner: Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 49; Wolff-Wiewiorowski: Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52; Becker (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 4, és Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 12) darf es jetzt wohl als feststehender Grundsatz gelten, daß Milzbrandkarbunkel ein noli me tangere bilden, d. h. daß von allen chirurgischen Eingriffen abzusehen und die Infektionsstelle mit einem einfachen, feuchten, antiseptischen Verbande zu schützen ist. Stets sollte für strenge Bettruhe mit vollständiger Stillstellung des erkrankten Körperteiles gesorgt werden, wie dies am sichersten in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann. Des weiteren ist es dringend zu empfehlen, in jedem nicht ganz leichten Milzbrandfall eine Einspritzung von Sobernheim'schen oder Selavo'schen Milzbrandserum vorzunehmen. In allerneuester Zeit sind unter dem Eindrucke der Mitteilungen Ehrlich's auf der Karlsruher Naturforscherversammlung im September 1911, wonach Salvarsan sich auch bei bakteriellen Erkrankungen wirksam erwiesen hat, auch Versuche der Behandlung des Milzbrandes mit Salvarsan gemacht wurden und haben gute Erfolge gezeitigt. (Bettmann und Laubenheimer: Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 8; Schuster: Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 7).

Magas színvonalú és érdekesítő volt Blum tanárnak „Az ipari ólommérgezésről“ tartott előadása, a melynek tartalmát a következőkben ismertetem: „Csak a gyomornedvben oldható ólomvegyület mérgező az emberre nézve. Az ólom kizárólag az emésztőtractuson át kerül a szervezetbe, a hol főleg a májban rakódik le. Kimutatták már a vérben és a nyomban is az ólmot, de legnagyobb mérvben és legbiztosabban a székletben mutathatjuk ki. Az ólom ezenfelül a lecithinhez nagy assimilatióval bír, a miből az oly gyakori agy- és ideg-eltérések magyarázhatók. Az emésztőszervekben assimilált és resorbeált ólom a fehér vérszövetek útján ismét a belekbe kerül, a honnan a széklettel együtt a testből eltávozik. Az ólomszegélyt nem felrakódásnak, hanem a száj nyálka-

hártyájának capillaris erezeiben való lerakódásnak minősíti, jelölve annak, hogy a szervezetbe behatolt ólom már kiválasztódik. Természetes, hogy a capillaris erezetben lerakódott ólom ismét felszívódhatik és assimilálódik. Ily módon magyarázhatók azok a súlyos saturnismus-esetek, a midőn az egyének, habár ólommal már nem érintkeznek, még mindig és újból ólombeteggé lesznek. Blum szerint akkor van jogunk valakit ólombetegnek mondani, ha a vérnyomás állandóan 130 mm. feletti (Hypertonie), ha a vér mikroszkopi vizsgálatakor basophil szemcsés vörös vérszöveteket találunk és ezenfelül a vizelet a haematoporphyrinreactiót adja. Szerinte az összes eddigi kezelésmódok értéktelenek. A legújabban ajánlott diéta kezelés, a mely absolut konyhasómentes táplálkozással törekszik a vérnyomás csökkentésére, mindenképpen figyelemre méltó, mert azoknak a súlyos complicatióknak a megelőzését teszi lehetővé, a melyek a magas vérnyomásból erednek. Mindaddig, a míg jobb és biztos kezelési módszerre nem teszünk szert, a testápolás, az ólommal való foglalkozás azonnali abbahagyása, a szesz italoktól és dohányzástól való tartózkodás, jó táplálkozás (égygyomorral nem szabad munkást a műhelybe bebocsátani) azok a segéd-eszközök, a melyekkel az ipari ólommérgezéssel szemben prophylactice védekezhetünk.

Az anilinnmérgezésekről értekezett Curschmann (Bitterfeld) gyári orvos. Szerinte a munkások fluctuatiója éppen a vegyi gyárakban hátrányos a munkások egészségügyére. Mert az új és tanulatlan munkás kevésbé ügyel a tisztaságra, már pedig éppen a vegyi ipar termékei között sok olyan van, a mely igen illékony s igen gyorsan fejt ki toxikus hatását. Ha valahol, úgy a vegyi iparban van a tisztaságnak prophylaxisos értéke és hatása. Hangsúlyozza, hogy a nők és a fiatal korúak feltűnően érzékenyek a benzollal és annak nitro- és amidovegyületeivel szemben. Főleg a menstruatio idejében igen kicsiny a nők tolerantiája a benzollal szemben. Hasonlóképpen kicsiny azon munkások tolerantiája, a kik könnyen izzadnak, vagy a kik szesz ital fogyasztanak. Nyáron sokkal több ember betegszik meg anilismusban, mint télen, mert nyáron a levegő vízdúsabb. A benzol behatolhat a bőrön, a légzőszerven és emésztőszerven át, de biztos, hogy az úgynevezett „Tröpfcheninfektion“ is bir közvetítő szereppel. A nyers benzol a legmérgezőbb anyagok egyike, úgy látszik, hogy a tuul-tartalmától függ a toxikus volta. A benzolmérgezés tünetei: anaemia, főfájás, szédülés, bágyadtság és különösen korai vérzések a bőrben, nőknél profus genitalis vérzések, a melyek halálra is vezethetnek. A benzol erős idegméreg, tehát nem, mint általánosságban hiszik, vérméreg. A benzol nitrotermékei annál mérgezőbbek, minél több az NO<sub>2</sub> bennük. Gyorsan jelentkező sárgaság jellemzi a velük való mérgezést. Ezek vérméreg, a mi a vér spectroscopos vizsgálatakor is kiderül. Minél gyorsabban kerülnek az ily betegnek orvosi kezelés alá, annál jobb a prognosis. Az egyedüli hathatós gyógyszer az oxygeninhalatio. Hasonlóképpen mérgezik a benzol amido-vegyületei. Nagyfokú cyanosis, erős polyuria és szomjuság a hármastünet, a mely az amido-mergezést jellemzi. A mi az anilinnmunkásokon oly gyakori húgyhólyagtumorokat illeti, nem szenvedhet kétséget, hogy azoknak keletkezésére a benzidinnel közvetlen befolyása van. A mióta a munkások vizeletét a gyárakban rendszeresen vizsgálják vérre és fehérjére (ill. cystoskopice) és a legkisebb gyanu esetén az üzemből eltávolítatnak, azóta az ilyfajta tumorok száma is mintha megcsappant volna. A hólyagvérszékkel szemben a resorcinoblítések bizonyultak jónak. Végül kiemeljük, hogy Curschmann szerint a benzolgyárakban lehetőleg kerüljük az annakelőtte oly melegen ajánlott chlor-mészszel való mosakodást, mivel a bőrt izgatja és éteti; már pedig a benzol éppen a bőrön át hatol be legkönnyebben a szervezetbe.

\* *Gewerbehygiene der Lederfabrikation* mit besonderer Berücksichtigung der badischen Industrie. Von Dr. med. Friedrich Holtzmann, Großherz. Badischer Gewerbeinspektor. Braunschweig, 1912.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis.** Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. Dritte Auflage. Leipzig, Georg Thieme, 1912.

Hogy alig két év után ismét újabb kiadása vált szükségessé ezen munkának, melyet az előző kiadások megjelenése alkalmával már méltattunk, legmeggyőzőbb bizonyítéka annak, hogy az ilyesféle munkára a gyakorló orvosnak szüksége van. Ugyanis könnyű szerrel találja meg benne részletesen leírva azokat a technikai dolgokat, a melyekre gyakorlata közben lépten-nyomon szüksége van s a melyeket egyébként csak nagyobb utánjárással vagy egyáltalában nem tudna megkapni. Annak a megokolt állításnak is a legnagyobb mértékben tesz eleget ez a munka, hogy a bármily részletes leírást is nagyon sokszor előnyösen pótolja, vagy ha néha nem is pótolja, de a leírás megértését nagyon is elősegíti a jó ábra; nem kevesebb, mint 586, többnyire jól sikerült rajzot találunk a munkában. Egyébként az új kiadásban még egyöntetűbb lett a nagyszámú, jónévi szerző tárgyalása és minden fejezeten meglátszik a gondos pótlás és a javításra törekvés. Néhány új fejezet közbeiktatása teljesen a mai kor színvonalára emeli ezt az új kiadást, mely bizonyára sok új hívet fog szerezni a munkának. A több mint 1000 nagy oldalra terjedő kötet ára 24 márka.

**Chirurgische Operationslehre.** Herausgegeben von Bier, Braun und Kümmell. Verlag von J. A. Barth, Leipzig, 1912. II. kötet. Ára 40 márka.

Egy, az összes használható műtéti eljárásokat összefoglaló tankönyv megírását tűzték ki célul a szóban forgó sebészi műtéttan szerkesztői, a kiknek sikerült munkatársaikat a német sebészeti legkiválóbbjainak sorából összetoborozni. A 3 kötetre tervezett nagy munkának II. kötete jelent meg elsőnek, mely a mellkason és hason végzett műtéteket tárgyalja, és pedig a mellkasi és subphrenikus műtéteket *Kuttner* breslauer professor, a hasműtétek általános technikai szabályait és a gyomorműtéteket *Bier* berlini tanár, a bélműtéteket *Schmieden*, *Bier* I. assistense, az appendicitis és peritonitis operatív kezelését *Sprengel*, braunschweigi, a májon, epehólyagon, lépen, pankreazon, retroperitonealis térben végzett műtéteket *Körte*, berlini tanár, a sérvműtéteket *Sudeck* (Hamburg) írta meg. Ezek a nevek már önmagukban biztositékai a munka kiválóságának és csakugyan igen jó, nagy gyakorlati érzékkel szerkesztett munkát kapunk, ha nem is találjuk meg benne az összes használható módszereknek oly beható ismertetését és kritikáját, a mint azt a program után vártuk volna. A gyakorló sebész számára azonban talán még jobb ez így és bizonyos tekintetben értékesebbé teszi a munkát az, hogy az illető szerző a saját gyakorlatában bevált műtéti módszerek ismertetésére helyezi a főszólyt. Nagyon fozkossa a könyv tanító értékét a számos igazán szép és instructív ábra, mely a fontosabb műtétek összes phasisait, a különböző műtéti eshetőségeket igen tanulságos módon demonstrálja a kevésbé gyakorlott előtt is. Azok, a kik a has és mellkas sebészetével gyakorlatilag foglalkoznak, ezen kötetben igen hasznavehető kézikönyvet nyernek és azt hisszük, nem tévedünk, ha a munkának nagy elterjedést és népszerűséget jósolunk.

P. J.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**Az indican quantitativ meghatározásának egyszerű módját** ismerteti *C. Askenstedt*. 100 cm<sup>3</sup> vizelethez annyi tizedgr. HgCl<sub>2</sub>-t ad, a hány fokkal meghaladja a vizelet fajsúlya a destillált víz fajsúlyát (1000). A keletkező csapadékot kétszer szűri kettős szűrőn. 10 cm<sup>3</sup> szűrlet kémlőcsőben melegítendő. Ehhez 10 cm<sup>3</sup> (standard) FeCl<sub>3</sub>-oldat adandó. Majd 8 cm<sup>3</sup> chloroform hozzáadása után

2—3 percig rázzuk a kémlőcső tartalmát. Ülepedés után a chloroform feletti folyadékot leöntjük, s helyette destillált vízzel töltjük fel a kémlőcsövet. A mosás többször ismétlődő. Végül 2—3 cm<sup>3</sup> vizet hagyva csak a chloroform felett, 13—15 cm<sup>3</sup> alkoholos sublimat-oldatot adunk hozzá, mely összerázás után az indigokéktől szép kék színt nyer. Ezt a színt fehér alap felett összehasonlítjuk indigokéknek standard-oldatával. Ugyanolyan kémlőcsőbe egyenlő magasságig vizet adunk s ehhez indigokék olyan oldatából adunk cseppenkint, melynek egy cseppje ezen mennyiségű folyadékban 0.0001% indigokék oldatnak felel meg. Ha az indican-extractum kissé zöldes árnyalatú, akkor a standard indigokék oldatához adhatunk 1—2 csepp pikrinsav-oldatot, s a két szín egyenlővé válik. 0.0025% indicannál koncentráltabb indicantartalmú vizelet, vagy ha az extractum feketés, ugyanannyi destillált vízzel hígítendő. Az egész reactio végzéséhez nem kell több 10—12 percnél. (New-York medical Journal, 1912, június 29.)

Galambos dr.

**Poliomyelitis acuta anterior** eseteiben a *Bier*-féle hyperaemia létesítése után látott jó eredményeket *Paul Mc Ilhenny*. A hyperaemiát a gerincoszlop felett létesítette *Bier*-féle harangok alkalmazása által. A harangok legalább 1½ hüvely átmérőjűek voltak s felváltva a gerincoszlop jobb és bal oldalán, majd a processus spinalis felett alkalmaztattak, 3—4 percig maradván egy helyen. A keresztcsonttól egész a nyakcsigolyáig történt alkalmazása a harangoknak napi ½—1 óra kezelési időt igényelt. E kezelést naponta megismételte mindaddig, míg spontán activ mozgás jelentkezett a végtagokon. A gerincvelő vérkeringésének gyorsítása szempontjából fontos, hogy a bélcsatorna jól kiüríttessék. A végtagok enyhén bepólyázandók. Fontos, hogy a betegségnek minél korábbi szakában kezdődjék a kezelés. Ha a betegség első két napjában kezdődött a kezelés, akkor a 4. napon már javulás volt észlelhető, s 10—12 nap múlva a betegek rendszerint active kezdték mozgatni végtagjaikat. Ha teljes gyógyulás nem is várható e kezeléstől, azonban a paralysis teljes kifejlődését mindenestre meggátolja. (Boston medical and surgical Journal, 1912, július 18.)

Galambos dr.

## Sebészet.

**A quadriceps-szakadásról** értekezik *R. Rauchenbichler*. A térdnyújtó apparatus sérülései vagy olyanok, melyek a patella törésével járnak, vagy pedig, a melyek a környező izomzat és inas szövetek szakadását hozzák létre. A quadriceps laesióját a szerzők különbözőképpen magyarázzák. Vannak, a kik annak túlságos megfeszülésével, mások mechanikai törvényekkel, ismét mások az izomzat előzetes megbetegedésével hozzák kapcsolatba. Ha a statisztikát vesszük figyelembe, kétségtelennek látszik, hogy maga a kor is gyakran elég praedisponáló momentum arra, hogy az említett sérülések létrejöjjenek, a mennyiben *Maydl* kimutatása szerint a 10—26. évig 10, a 40—60. életévben 26, a 60—80. évben 11 quadricepsin-szakadást tudott összegyűjteni. Tehát valószínűleg az izom elasticitásának csökkenése is lényegesen előmozdítja ezen laesiók létrejöttét. Ott, a hol az erősza-kos behatás nem magyarázza meg az izomszakadást, különösen idősült alkoholismus, inaktivitás, syphilis, diabetes, rheumatismus, tabes és köszvény azon betegségek, a melyek mellett leggyakrabban fordul elő az említett kórkép. Egyesek az inas részekben zsiros degeneratiót és mézlerakódást láttak. A sérülés leggyakrabban az izom patellaris végén jön létre, ritkábban az attól fölfelé eső részén. Valószínűleg a feszülésnek a patella körüli nagyobb foka következtében. A diagnózisra jellemző a sérülés pillanatában az intenzív fájdalom, a beteg egyedül nem tud járni, a patella fölött bemélyedés van, a melynek alapján a csont tapintható. A gyógyítás szempontjából a műtét jön szóba, a mely a sérült részek összevarrásából áll. Az egyéb gyógymódokkal szemben a gyógyulás idejének rövid volta, másrészt a functio teljes helyreállta elég bizonyíték az operatív therapia mellett. (Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 36. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

### Idegkórtan.

**A gerincvelő baleseti megbetegedéseiről** ír *Erb*. Saját tapasztalatai s az irodalmi adatok alapján azon következtetésre jut, hogy a gerincoszlopnak és gerincvelőnek már mérsékelt, egyszerű megrázkódtatása elegendő arra, hogy a gerincvelő mozgató részeiben idősült, előrehaladó degenerációt hozzon létre. Az úgynevezett amyotrophia spinalis progr., a poliomyelitis ant. subacuta és chronica, az amyotrophiás lateralsclerosis és bulbaerparalysis balesetből származhatik. Az előrehaladó izomatrophia a baleset után nem közvetlenül, hanem kisebb-nagyobb időköz után jelentkezik s a folyamat átterjedhet a nyúltvelőtől beidegzett izomzatra is. De nemcsak a megrázkódtatás, hanem az egyszeri nagy túleröltetés is hozhat létre ily folyamatot; ezt a szerző egy részletesen közölt esettel bizonyítja. Gyakori a két okozati tényező, t. i. a megrázkódtatás és a túleröltetés együttes hatása. Ezen tapasztalatok alapján, melyeket leginkább az ipari balesetek hatásának megfigyelése nyújt, a szerző kiterjeszkedik a dispositio fogalmának tárgyalására is; kell, hogy ezentúl ezen kényelmes magyarázatot az említett betegségek kórtanában megszorítva használjuk. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1912, szept.) L.

### Szülészet és nőorvostan.

**Az idegbetegségekről a terhesség idején** ír *Saenger* (Hamburg).

1. *Hyperemesis*. A terhesek hányását általában nem tartja hysteriás alapon nyugvó tünetnek, mert hiszen majdnem minden terhes asszonyon jelentkezik ez a terhesség első hónapjaiban. Bizonyos azonban az is, hogy a súlyos terhességi hyperemesis-esetek egy része hysteriás alapon jelentkezik és a suggestiv gyógykezeléssel pompás és gyors hatást lehet elérni az ilyenekben; ezzel ellentétben azok az essentialis jellegű hyperemesis-esetek, melyekben ez a hysteriás alap ki nem mutatható, okvetlenül a terhesség megszakítását indikálják.

2. *Epilepsia*. Az epilepsiás megbetegedés önmagában nem lehet oka a terhesség megszakításának. Ha azonban a rohamok igen sűrűn jönnek, súlyos eszméletlenséggel és a gyógyíthatatlan elmezavar veszélyével kapcsolatban, akkor meg kell indítani a vetélést vagy szülést; itt már az életképes magzat érdeke is számba jön teendőink megállapításakor. Azon esetek, mikor az epilepsia *csakis* a terhességgel kapcsolatban jelenik meg először, a méh kiürítésére úgy látszik valamivel jobb prognosist nyújtanak; nem lehet tagadni, hogy bizonyos esetekben az eklampsia és epilepsia megkülönböztetése nem könnyű. Míg általában az eklampsia a magas fehérjetartalom a vizeletben, az állandóan magas vérnyomás, a pöffedt-duzzadt arc elég jellemző, néha ennek hiányában, különösen ha epilepsiás nő kap eklampsiát, vagy ha vesebajos grávida kap epilepsiát: a differentialis diagnosis elég nehéz.

3. *Psychosis*. A terhesség megszakítása tekintetében a psychiaterek igen szűkmarkúak. Így pl. *Kräpelin* és *Hoche* főképpen az intézeti kezelés mellett tör lándzsát, a terhesség megtartása mellett. *Saenger* az esetről-esetre való gondos megfigyelést és a legnagyobb alaposágot követeli az ilyen esetekben. A terhességi psychosisok prognosisának felállításakor igen óvatosak legyünk. Az a körülmény, hogy egy a terhességgel kapcsolatos psychosis jó lefolyást vett, még nem biztosít bennünket arról, hogy a II. vagy III. szülés alkalmával is síma lefolyású lesz a dolog. *Saenger biztosan hiszi*, hogy pár asszonyt meg lehetett volna óvni attól, hogy állandó jellegű elmezavart kapjon, ha kellő időben elvetéltették volna őket. Scherer.

### Gyermekorvostan.

**A diphtheriabacillusgazdáknak staphylococcus aureus-szal való kezeléséről** referál *W. F. Lorenz* és *M. P. Ravenel* (Mendota, Wisconsin). A diphtheriabacillusgazdák torokának staphylococcus-sprayvel való kezelését *Schiotz* végezte

először 1909-ben, azon észlelete alapján, hogy a staphylococcus aureus által okozott torokgyulladásban szenvedők diphtheriás fertőzés iránt nem voltak fogékonyak, valamint soha sem volt található torokukban diphtheria-bacillus. Gyógyulásuk után sem. *Schiotz* 6 diphtheriás beteget kezelt staphylococcus-sprayvel s az összes esetekben azonnal eltűntek a diphtheriabacillusok. 1911-ben *Page* referál egy esetről, melyben 3 hónappal a klinikai tünetek lezajlása után is még bacillusokat hordozó egyéneken eredményteljesen alkalmazta a staphylococcusokat. Ugyancsak 1911-ben *Catlin, Scott* és *Day* referál 8 ilyen esetről. *De Witt* számos állaton és 2 emberen végzett kísérletei alapján nem látott számbavehető eredményt, mindazonáltal elismeri, hogy állatkísérleteiben a staphylococcus-spray használata mellett az acut esetek gyorsabban javultak, mint a használatos antisepticumok alkalmazása mellett.

*Lorenz* és *Ravenel* a mendotai State Hospitalban kiűtött házi epidemia alkalmából végezték kísérleteiket, mikor is számos diphtheriahordozón a használatos antisepticumok jó részt hatástalannak bizonyultak. A szerzők hangsúlyozzák, hogy lehetőleg elfogulatlanok óhajtván maradni, a bakteriologiai vizsgálatokat végző *Ravenel* (a mendotai állami higiénelaboratorium igazgatója) sohasem tudta, hogy a vett váladék staphylococussal kezelt egyéntől való-e vagy sem.

Összesen 17 esetben alkalmazták a staphylococcus-sprayt. Ezek közül 3 klinikai tüneteket sohasem mutatott diphtheria-hordozó volt, 6 diphtheriás megbetegedést kiállott s a lefolyás után is diphtheriabacillust hordozó egyén, 8 esetben pedig a diphtheriás megbetegedés korai szakában minden más antisepticum nélkül alkalmazták a staphylococcusokat.

Az első csoport eseteiben 6, illetőleg 9 spray után állandóan negatív maradt a bakteriologiai lelet s ezek az egyének klinikai tüneteket egyáltalán nem mutattak.

A második csoportban a klinikai tünetek lezajlása után még 7, sőt egy esetben 9 hét múlva is diphtheriabacillus-hordozók közül (az acut stadiumban a szokásos antitoxin-adagolás mellett enyhe antisepsises öblítések végeztek) 4 esetben 1-hét múlva lett negatív a bakteriologiai lelet, 2 esetben azonban pozitív maradt és pedig 42 és 50 napon át. Ez esetekben a szerzők az okot abban vélik keresendőnek, hogy a hátulsó garatürben, illetőleg a hypertrophiás tonsillák mélyebb retegében a spray számára hozzá nem férhető bacteriumtelepek voltak.

Végül azon 8 esetben, a melyekben még az acut diphtheriás torokfolyamat alatt alkalmazták a staphylococcus-sprayt, minden antisepsises öblítés mellőzésével négy esetben már 1 hét múlva, azaz 4-8 spray-alkalmazás után negatívvá vált a bakteriologiai lelet. Ez esetek közül 2 typosus diphtheria volt, 2 enyhé, csak mérsékelt torokbelöveltséget mutató. 3 további esetben a bakteriologiai lelet hosszabb ideig ingadozott, negatív után ismét pozitív vagy gyanús lett, végül 20, 22 és 36 nap múlva végleg pozitív maradt.

Az utolsó eset egészen enyhe klinikai tüneteket mutatott. Az antitoxin alkalmazása után néhány nap múlva a torok feltisztult s már ekkor egy, illetve két bakteriologiai vizsgálat negatív volt, de a következő ismét pozitívvá vált. Így ingadozott ez 39 napig.

Ezen esetekben a staphylococcus-sprayt mindig akkor kezdték alkalmazni, a mikor úgy találták, hogy a bakteriologiai vizsgálat pozitív volt az antitoxin alkalmazása után, míg antitoxint már akkor is adtak, a mikor a torok még csak belövelt volt. Ha ilyenkor (pozitív bakteriologiai lelet mellett) sprayt alkalmaztak, a diphtheria klinice sohasem fejlődött tovább. Ha már álhártya képződött, akkor a sprayt csak ennek leválása után alkalmazták.

A staphylococcus-emulsiót konyhasóoldattal vagy bouillonkulturában használták. A kultúra 12 órás volt.

A sprayt először a torokba irányították, az uvulára és külön a tonsillákra és a garatfalra, majd az ornyílásokon át az orrgaratüregbe, mindaddig, míg a beteg maga jelezte, hogy a garatfalon folyadékot érez csepegni.

A staphylococcusok soha semmi káros hatást nem okoz-

tak. 3 esetben enyhe coryza fejlődött, két esetben az orron kis furunculus keletkezett.

A két csoport közötti eltérő hatás okát a szerzők egyrészt a bacteriumok felszínes localisatiójában, másrészt ezeknek mélyebb rétegekben való persistálásában keresik; a staphylococcus aureusnak a diphtheriabacillusokat pusztító hatását beigazolták látják s alkalmazását főleg diphtheriabacillushordozókon vélik helyénvalónak. (The Journal of the American medic. Association, 1912.) *Bosányi Andor* dr.

### Húgyszervi betegségek.

**Az ondóhólyagműtétekről** nagyszabású előadást tartott *Voelcker* a „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ Berlinben tartott XLI. congressusán. Leginkább a gyuladások, még pedig úgy a postgonorrhoeás, mint a tuberculosos lobosodások adnak okot a műtétre; de különös figyelmet érdemelnek még a kryptogenesises sepsis esetei is, valamint az időszünten recidiváló izületi gyuladások, melyek az ondóhólyag elrejtett gócaiból indulnak ki.

Általános a vélemény, hogy az ondóhólyagok nagyon nehezen megközelíthetők; ennek a szerző szerint bizonyára az az oka, hogy az ajánlott módszerek közül egyiket-másikat alig lehet használni. A jó módszernek első s főkélléke, hogy jó áttekintést nyújtson. Ugy kell tehát feltárni tudnunk az illető szervet, hogy azt in situ inspicálni és kórboncolástaniilag minél alaposabban megvizsgálni lehessen, még mielőtt a hegyes kampókkal nagy roncsolásokat okoztunk volna.

A felülről, retroperitoneumos úton történt műtét nagyon kis áttekintést nyújt s e mellett veszélyes is; az orvosi irodalom statisztikája szerint ezzel a műtéttel ondóhólyagtuberculosis eseteiben 25% a mortalitás. Az alulról való behatolás jóval kevésbé veszélyes s csak 9—10% mortalitással jár. A gátműtéttel nagyon keskeny sebtölcsért kapunk, tehát nagyon kicsiny lesz az áttekintésünk. A legalkalmasabb a sacralis s az ischiorectalis módszer; *Voelcker* az utóbbit propagálja, minthogy jóval kisebb sebzéssel jár.

A főmetszés a test hosszirányában, párhuzamosan a farcsonttal halad, 19—12 cm. hosszú, a keresztcsont körül kezdődik s a végbélnyílás előtt ér véget. A műtétnak az a célja, hogy a végbél félrehúzásával az ondóhólyagot minél jobban megközelítsük. Ezen műtét végzésekor a következő anatómiai körülményekre kell különösen figyelni: Az első rétegben a musc. glut. max.-t, illetőleg ennek kis rostjait s ezzel együtt a lig. tub.-sacr.-ot vágjuk keresztül. Ez alatt fekszik a musc. levator ani, melynek rostjai ferde irányban állanak a bél tengelyéhez. Ezt az izomréteget minél tökéletesebben kell átvágni, mert csak így jutunk rá az alatta fekvő és a műtét szempontjából legfontosabb rétegre. Ez ugyanis a medenczefascia visceralis lemeze, mely a végbélet, az ondóhólyagot s a húgyhólyagot öleli körül. Ez fénylő, fehér hártjának mutatkozik, melynek főképp az a része, mely a rectumot tartja, nagyon érzékeny. Azon a ponton, mely az ondóhólyagnak felel meg, hosszirányban lefutó verőerek csillámlanak a hártján keresztül. Ezek mellett kell tehát a fasciára rámetezni.

Ha idáig jutottunk, félretesszük a kést s a rectumot ujjainkkal toljuk oldalvást. Az ondóhólyagok most már közvetlenül előttünk fekszenek s inspectióra, punctióra, tapintásra alkalmasak; ilyenkor már közvetlen szemléléssel megállapíthatjuk, hogy helyes volt-e a diagnosis s hogy exstirpációra, bemetszésre avagy milyen más beavatkozásra kerüljön most a sor. Az exstirpationál főképp azt tartjuk szem előtt, hogy a verőerek, melyek igen sokan vannak, a felső oldalsó poluson nyomulnak befelé.

A műtét céljára a beteget hasra fektetjük. A farcsontot nem kell feltétlenül kivágni, de ha megtettük, ezzel a műtét további phasisaihoz lényegesen több teret nyertünk. Kővér embereknek sokkal nehezebb ez a műtét, mint soványokon.

A szerző már 4 ízben végezte ezt a műtétét és pedig 2-szer tuberculosis, 1-szer idősült genyes cystopyelitis és 1-szer almanagságú myoma miatt, mely valószínűleg persistáló *Müller*-féle járatból indult ki és az illető betegnek éveken át súlyos neuralgiákat okozott. A szerző a műtét alatt különös complicatiókat nem észlelt. (Zentralblatt für Chirurgie, 1912, 30. sz.) *Drucker* dr.

**A prostatahypertrophia palliatív kezeléséről** ír *H. Joseph*. Az oly betegeken, a kik teljes húgyretentióban szenvednek, de a kiknek rossz közérzetük avagy magas koruk a prostatakiirtást ellenjaválja és a kiknek akár kisméretű intelligentiája, akár kedvezőtlen lakásviszonyai miatt az önkezelő katheterismust sem ajánlhatjuk, az ilyen betegeknél nagyon jó szolgálatot tesz a *Rovsing* által újból felelevenített eljárás, t. i. egy ferde lefutású suprapubisipolyonak a létesítése. *Tietze* breslauer tanár módosítása, mely a sipoly technikáját lényegesen megkönnyíti, a következő:

A beteget teljesen megtöltött hólyaggal magas medenczefekvésbe hozzuk. Egy ujjszélességgel a symphysis felső széle felett egy 1 cm. hosszú bőrsébet vágunk a középvonalban, melyen át egy kissé hajlított középérés troicart mindaddig tolunk merőlegesen a mélybe, míg a troicarttővis lazítása után a troicarthüvelyből vizelet ömlik kifelé. A troicarttővis kihúzása után a troicarthüvelyt még körülbelül 1 cm.-re toljuk befelé. Egy ugyancsak kissé görbített mandrinra feszesen ráhúzott Pezzer-kathetert addig tolunk be a troicarthüvelybe, míg a vizelet ennek száján csurog kifelé. Ekkor először is a mandrin által még keményen tartott katheteren a troicarthüvelyt húzzuk keresztül, utóbb pedig magát a mandrint távolítjuk el a pöscsapból.

A kathetert óvatos ide-odahuzigálással csakhamar sikerül olyan helyzetbe hozni, illetőleg annak fejét a hólyagnyálkahártyára úgy rászoritani, hogy a vizelet ezentúl már nem a sipolyon át, hanem egyesegyedül a pöscsapon keresztül csurog kifelé. A négy hosszréssel ellátott Pezzer-katheter azért a legcélszerűbb, mert ez húzható a legkönnyebben s a legfeszesebben a mandrinra, míg a másféle katheterek vastagabb feje sokkal nehezebben csúszik a troicarthüvelyen át. A kathetert nem kell külön rögzíteni, hanem a külső végére közvetlenül a műtét után egy kemény gummiból készült csapot erősítünk, melyet a beteg, ha vizelet ingere van, egymaga könnyen kezelhet. A katheter fején a hólyag még akkor is vízmentesen zárul, ha a hólyag már megtelt vizelettel.

Műtét előtt a hólyagot ad maximum meg kell tölteni bóroldattal, mert a hashártya megsértését csak akkor tudjuk elkerülni, ha a hólyagot mint kemény daganatot már csaknem közvetlenül a köldök alatt tudjuk kitapintani. Hevenyész retentióval és feszesen felt hólyaggal jelentkező betegen ezt a műtétet még fertőzött vizelet esetében is azonnal fogantósíthatjuk. Ha a pöscsapot jól elhelyeztük, akkor vizeletbeszűródés a sipoly mentén nem fog bekövetkezni.

A szerint, hogy milyen összetételű a vizelet, a hólyagot a műtét után az első napokban naponta, később aztán már csak hetenként egyszer kell a katheteren keresztül kiöblíteni. Mindenesetre tanácsos azonban a kathetert legalább is minden 4—5 héten egyszer a sipolyból kiemelni s alaposan megtisztítani, minthogy főleg tartósan ammoniakos vizelet jelenlétében erősen incrustálódik.

A legtöbb beteg közvetlenül a műtét után feltűnő könnyebbülést érez s csakhamar rászokik arra, hogy a csap segítségével a húgyhólyagot rendszeres időközönként kiürítse. Akárhányszor a megfelelő diéta kezelés mellett a hólyagizomzat erősödése s a prostata lelohadása következtében a vizeletlefolysás a természetes úton újra megindul, a mit a rendszeres csapolás után is sokszor van alkalmunk észlelhetni. A katheter végleges eltávolítása azonban megfelelő óvatosságot igényel, minthogy ezt követőleg a régi panaszok csakhamar újra beállhatnak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 30. szám.)

*Drucker.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Chlorosis ellen** *Herzen* a következő oldatnak bőr alá fecskendezését ajánlja: Rp. Ferri citrici ammoniati 5'0; Natrii arsen., Strychnini sulfur. aa 0'05; Aqu. destill. steril. ad 50'0. M. D. S. Naponként 1/2—1 cm<sup>3</sup>-t. (Ref. Medizinische Klinik, 1912, 41. szám.)

**A vesebajosok** diéta kezelésében nagy szerepet juttat *Kakowski* a töknek, mint a mely erősen fokozza a vizelet mennyiségét és chlorid-tartalmát. E mellett felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy a rendszeren használtatni szokott húsfélék többnyire már rövidebb-hosszabb ideig állottak s azért több-kevesebb bomlásterméket tartalmaznak, a melyek károsak lehetnek a vesebajos emberre nézve, mint a kinek szervezete amúgy is már nagyobb mennyiségben tartalmaz mérgező hatású anyagokat. Azért a húsnak teljesen friss voltára (frissen leölt baromfi, élő hal) a vesebajosok diétaájában nagy súlyt kell helyezni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 38. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1912, 43. szám. *Horváth Mihály*: Az egyenestartókról. *Benedek László*: Babinski-tünet előfordulása „organoid” eclampsiánál.

**Orvosok lapja**, 1912, 44. szám. *Verebély Tibor*: Az ízületek sérülései.

**Budapesti orvosi ujság**, 1912, 44. szám. *Genersich Gusztáv*: Súlyosabb kanyaró-járvány gyermektelepes községben. *Hafit Dezső*: Diagnostikai apróságok. „Fülészeti” melléklet, 2. szám. *Krepuska Géza*: Adatok a hallószervnek külerőszak okozta sérüléseiről. *Ziffer Hugó*: A középfül gümös megbetegedése. *Halász Henrik*: Néhány, a gyakorlatban bevált fülészeti gyógyító eljárásról.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Gráner Adolf* dr., zalaegerszegi kórházigazgatót és *Halász Miksa* dr. járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Terényi József* dr.-t rajkai járásorvossá, *Balázs Dezső* dr.-t a kassai alapítványi köz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Berger József* dr.-t Kutason, *Ittész Zsigmond* dr.-t Gyékényesen, *Koncz Sándor* dr.-t Szilben körorvossá, *Kopencz Lajos* dr.-t Veprődön községi orvossá választották.

**Meghalt.\*** *Szöllösi Mór* dr., székesfővárosi gyakorló orvos október 30.-án, 49 éves korában. — *Löbl Vilmos* dr., a budapesti önkéntes mentőegyesület főorvosa, 38 éves korában október 26.-án. — *W. Ebstein*, a legkiválóbb német belorvosok egyike, a göttingeni egyetem nyugalmazott tanára, 76 éves korában. Az elhúnytak különösen az anyagcsere-bántalmak, főképp a diabetes, köszvény és lithiasisok terén vannak kiváló érdemei. — *H. Kadyi*, az anatomia tanára a lemergi egyetemen, hullaméreggel való fertőzés következtében. — *E. Woakes*, jeles fülorvos Londonban, 75 éves korában. — *H. Hildebrandt* dr.-nak, a hallei egyetemen a gyógyszer-tan magántanárának, nyoma veszett az Alpésekben. — *W. T. Cocking*, a belorvostan nyugalmazott tanára a sheffieldi egyetemen, október 7.-én 50 éves korában.

**Paunz Márk** dr., egyetemi magántanár, lakását V., Gizella-tér 3. sz. alá tette át.

**Ráskai Dezső** dr. egyetemi magántanár, lakását V. Arany János-utca 9. sz. alá tette át.

**Rihmer Béla** dr. egyetemi magántanár, köz-kórházi rendelőorvos lakását IV., Egyetem-utca 3. sz. alá tette át.

**Kisebb közlemények az orvostudomány köréből.** Lövészi sérülés esetét ismerteti *Jaeger*, a melyben a löveg 4 1/2 évig tartózkodott a negyedik agyvelőkamarában, a melynek részéről azonban nem voltak tünetek. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 39. szám.) — *Alopecia* esetében biztató eredményeket ért el *Delpratt Harris* ultraibolya-fénnyel; 9 esete közül 6 meggyógyult, 1 javult, 2 változatlan maradt; különösen kiemeli alopecia totalis egy esetét 15 éves leányon, a kinek a kezelés folyamán sűrű, hosszú haja nőtt, de már fél év múlva újból mutatkoztak kopasz helyek. (The lancet, 1912, július 6.) — Az *intramuscularis aetherinfectióval való érzéstelenítést* *Descarpentrier* ajánlotta volt ez év tavaszán a párisi sebész-társaság egyik ülésén, de neves sebések állást foglaltak ellene. Nemsokára rá egy olasz orvos, *Lay* dr. a „Policlinico Umberto”-val kapcsolatos kórházból közölt két esetet, a melyben 70 cm<sup>3</sup> aethernek intraglutealis befecskendezésére kifogástalan narcosis volt elérhető; a műtét 40, illetve 21 percig tartott. A

\* *Porzolt Kálmán* dr., a kinek halála hírét hirlapi értesítés alapján közöltük, életben van.

fájdalom a befecskendezés helyén csak jelentéktelen volt; az egyik esetben 30, a másikban 50 óráig tartott haemoglobinuria állott be. (Il polí-clinico, 1912, június 9.) — *Cholera* néhány esetében *Piovesana* jó hatását látta az adrenalin intravenás befecskendezésének, a mit úgy magyaráz, hogy cholera-ban a mellékvesék hiányosan működnek; kórczölástani adatok is bizonyítják, hogy a cholerasok mellékveséinek főleg a kéregállományában heveny necrosisos elváltozás található. (Gazzetta degli Ospedali, 1912, 63. szám.)

**Személyi hírek külföldről.** *Cramer* tanár utóda a göttingeni egyetem elmekörtani tanszékén *E. Schultze* greifswaldi tanár lett. — Rendes tanárok lettek: *E. Bozzi* rendkívüli tanár Genuában (sebészet), *F. Sanfelice* dr., messinai tanár Modenában (közegészség-tan), *C. Romano* dr. Nápolyban (orthopaedia). — A drezdai közegészség-tani muzeum egyik felének, a „Der Mensch” című résznek igazgatója *Woithe* dr. minisiteri tanácsos lett. — *J. Hnatek* dr.-t, a prágai cseh egyetemen a belorvostan rendkívüli tanárát, rendes tanárrá léptették elő. — A bordeauxi egyetem nőorvostani tanszékére *M. Béguin* dr.-t nevezték ki.

**Hírek külföldről.** A freiburgi egyetem új belorvostani klinikát épít 2,330.000 m. költségen. Nemsokára hozzáfognak a sebészeti, gyermekorvostani, bőrkórtani, laryngológiai és otológiai klinika építéséhez is, összesen 10 millió márka költségen.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon* czég *Hydropyrin Richter* című prospektusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a *Max Kermes, G. m. b. H., Hainichen (Sachsen)* czég *Varicosan-pólya* című prospektusa van csatolva.

**DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA**  
belbetegék — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

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

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

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

**ORVOSI LABORATORIUM** *Dr. MÁTRAJ GÁBOR* és *Dr. SAS BERNÁT* Telefon 26—96. VI., *Andrássy-út 38.*  
**Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, béltürelkek, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.

**Dr. GÁMÁN BÉLA** Diéta Intézete Volosca-Abbaziában  
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, cukorbetegség, vérszegénység, lesóványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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

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

**Röntgenkurzus** 1912 november 25.-től december 1.-ig. Jelentkezés, program és felvilágosítás: *REINIGER, GEBBERT* és *SCHALL* r.-t., Rákóczi-út 19.

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

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Ujjonan átalakítva. Prospektus.

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

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus. (Páris, 1912, október 6-10.) 819. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVIII. rendes tudományos ülés 1912 október 19.-én.) 819. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 822. l.

## I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus.

(Páris, 1912, október 6-10.)

A congressust *Hutinel* tanár, elnök nyitotta meg. Beszédében kiemeli, hogy e tudományos összejövetel a gyermekorvosok régi kívánságának („le voeu, je pourrais presque dire le rêve . . .”) megvalósítása. E congressuson a szervezők véleménye szerint csupán a szakmát tudományosan művelők vehetnek részt („l'association ne fût composée que d'une élite“) a célból, hogy az intézmény tudományos színvonalát biztosítsák („nous désirions vivement que nos réunions eussent un intérêt et une portée vraiment scientifiques“). Reméli, hogy a congressusok a különböző gyermekgyógyászati iskolák kölcsönös megértésére fognak vezetni.

A csecsemők vérszegénységéről. *Tixier* e kérdés történelmi részének megbeszélésében kiemeli *Minkowski*, *Chaufard*, *Widal* s *Leuret* búvárlatainak tudományos értékét. A vérszegénység különböző neme és foka szerint gyakran észlelünk magtartalmú veres vörsejteket s a normoblastok mellett mikro- és megaloblastokat. A csecsemő fő táplálékának, a tej vasszegénységének köszönhető az esetek javarésztében a vörös vörsejtek számának és haemoglobintartalmának csökkenése; emésztési zavaroknál fokozott mértékben áll be a vér említett elváltozása. A csecsemők vérének kóros elváltozásakor az esetek egy részében a csontvelő fokozott vagy csökkent működése észlelhető, az utóbbi kóralak kivételes. A francia gyermekorvosok (*Hallé*, *Jolly*, *Rist*, *Guillemot*, *Leenhardt*) kutatásainak köszönhető az „oligosidéremie du premier âge“ nevű bántalom felismerése, mely nem egyéb, mint egy a második életévben következetesen keresztülvitt tej táplálás által okozott anaemia pseudochlorotica, melynél a vörös vörsejtek normalis száma mellett a haemoglobintartalom csökkent. *Barbier* szerint a vér ez elváltozásának létrejöttére heveny és idősült fertőző bántalmak nagy mértékben bírnak praedisponáló befolyással. 1902-ben ismertette *Leuret* az „icterus idiopathicus neonatorum“ folyamán észlelhető haemolysist, melynek három szakát — „periode rouge, jaune et de declin“ — különbözteti meg, melyekkel kapcsolatban a vér, a bőr és vizelet párhuzamosan más-más képet nyújt. A fertőző bántalmak, különösen azok idősült alakjai (gümő- és bujakór) által okozott vérszegénység a csecsemőkorból gyakran kerüléslelés alá, nemkülönben az endoglobularis és bélférgék, valamint mérgezések által létrehozott vérelváltozások. Gyors lefolyású s a kezeléssel daczó „pernicius“ anaemiákat nem egyszer észlelnek csecsemőkön. A gyógykezelést illetőleg vas- s arsenadagolást, valamint opo- s Röntgen-therapiát ajánl.

*Alimentaris eredetű vérszegénység.* *Czerny* különbséget tesz ideges, vasomotoros eredetű halaványság s vérszegénység közt. A vérszegénységben a köztakarón kívül a nyálkahártyák is halaványak s a vörös vörsejtek és haemoglobin mennyisége is csökkentek. A halaványság az emésztőrendszer megbetegedésének gyakori követője s a folyamat javulásával helyreáll a gyermekek rózsás színe. Az előadó véleménye szerint az első két életévben a vérszegénységet nem a táplálék hiányos mennyisége, hanem minősége hozza létre, s föltételezi, hogy vannak gyermekek, kik kizárólagos tej-táplálékra a lép megnagyobbodásával, a vörös vörsejtek számának és a haemoglobin mennyiségének csökkenésével reagálnak. A szénhidratokban szegény tej táplálás a vérszegénység mellett az izomzat petyhüdségét s nagyfokú zsírlerakódást hoz létre, a gyermekek növése nem gátolt, a szív felett anaemiás eredetű zörejek nem hallhatók. Exsudatív diathesisre hajlamosokban a vérszegénység mellett a lymphoid szövet hyperplasiája jelentkezik. A kezelés elsősorban diéta legyen s vegyes táplálék rendelkezésében álljon, minél nagyobb

fokú az anaemia, annál erélyesebben járjunk el a tejmegvonás dolgában.

*Hallé:* Nézete szerint emésztési zavaroknál észlelhetünk halványságot a vörsejtek és haemoglobin elváltozása nélkül; vannak ismét esetek, melyekben a vörös vörsejtek száma, ismét mások, melyekben a haemoglobin mennyisége csökkent.

*Rist:* Oligosideraemia koraszülötteken és ikreken veleszületten észlelhető, de alimentaris eredetű is lehet.

*Feer:* Észlelt chlorosist nem kizárólag tejjel táplált csecsemőkön is.

*d'Espine:* *Marfan* mutatta ki, hogy az angol kóros csontok veleje meg van támadva, a mi a rachitissal együtt járó vérszegénységet magyarázza.

*Tixier:* Haematologiai szempontból a vérszegénység összes típusai észlelhetők a gyermekkorban.

*Czerny:* Ismételve hangsúlyozza a vérszegénység diéta kezelésének horderejét.

*Anaemia sec. Leishman. Jemmra* 60 eset kapcsán számol be a *Leishman* és *Donovan* által felfedezett parazita útján létrejövő megbetegedésről. Ezen pseudoleukaemia infectiosa infantilis s anaemia splenica infantilis infectiosa néven leírt bántalom, mely a Földközi-tenger partján észlelhető, az indiai „kala-azar“-ral azonos. Lefolyása acut, subacut vagy chronikus, prognosisa nagyon rossz. Tünetei: láz, vérszegénység (a mikroszkopi kép nem jellegzetes), soványodás, lépduzzanat. A körjelzés csupán a parazita kimutatása révén sikerül. A fertőzést rendszeren kutyák közvetítik. Kezelésre arsenkészítményeket ajánl.

*Malariás eredetű vérszegénység.* *Valagussa* szerint egészséges gyermekeken a malariás fertőzés a vörös vörsejtek számának gyors csökkenését hozza létre; már előzőleg is vérszegényen e csökkenés lassú és haladó jelleggel bír.

*Barlow-féle betegséggel együtt járó vérelváltozások.* *Nobécourt*, *Tixier* és *Maillet* szerint a csont és csontvelő elváltozásaiból kifolyólag és azok intenzitásának megfelelően *Barlow*-kór eseteiben az anaemia különböző fokai észlelhetők. A betegség javulásával, illetőleg gyógyulásával karöltve a vérszegénység képe is javul.

„*Anémie splénomégalyique par fragilité globulaire.*“ E körkép *Armand Delille* szerint rendszeren veleszületett, a lép megnagyobbodásával, a haemoglobin mennyiségének és a vörös vörsejtek számának csökkenésével jár, vaskészítmények adagolására rendszeren javul.

*Deutsch Ernő.*

(Folytatása következik.)

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1912 október 19.-én.)

Elnök: *Dollinger Gyula.*

Jegyző: *Fáykiss Ferencz.*

## Megasigma congenitum resectióval gyógyított esete.

*Fischer Aladár:* A *Hirschsprung*-féle betegségnek két típusát lehet megkülönböztetni. Az egyik típusban mindjárt a születés után lesz manifestté a betegség, ez a *Hirschsprung*-féle betegség sensu strictiori *Mya* értelmében. A másik csoportba tartozó esetekben a baj az első életév végén, a szopás abbahagyása után lesz feltűnővé. Az első csoportba tartozó beteg csecsemők rendszeren az első élethónapokban már elpusztulnak. A másik csoportba tartozó esetekben a körlefoyas hosszadalmasabb, azonban a prognosiss itt is teljesen rossz, minthogy ezek az esetek is előbb-utóbb elpusztulnak. A halál oka egyrészt a pangó béltartalom által okozott idősült intoxicatio, másrészt a lélekző és vérkeringési szervek hiányos működése a has puffadása következtében és

végül a kitágult bélrészek fekélyesedéséből keletkező átfúródások.

A therapiás eljárások ezen bajjal szemben csak kevés sikert mutatnak fel. A palliatív kezelés beöntésekkel, hashajtókkal előbb-utóbb csődöt mond és végleges eredményt nem is adhat. Igen rosszak az operatív kezelésnek is az eredményei. Az ajánlott eljárások közül a coloplicatio, a mely a kitágult bélfal ránczolásával akarja a bél-lument megszűkíteni, épp annyira észszerűtlen, mint a gastroplicatio gyomortágulásnál. Az ileo-sigmoideostomia szintén nem vezet célra, mert a bélsár, mint az újabb vizsgálatokból tudjuk, az ilyen anastomosisok készítése után is makacsul a régi úton halad és ha még unilaterális bélkirekesztést csatolnánk is az ileo-sigmoideostomiához, akkor is az egyoldalúan kirekesztett vastagbélben a bélsár visszapangása (Rückstauung) jönne létre, mint azt más ily módon operált esetek bizonyítják. Anus praeternaturalis készítése a legalsó ileum-kacson végleges állapot nem lehet és különben is az így operált *Hirschsprung*-betegek mind rövidesen elpusztulnak. Marad tehát, mint legészszerűbb eljárás, a kitágult colon-rész kiirtása. Hogy ez mily óriási beavatkozás a gyermeki szervezetre, főlöské hangszúlyoznom. Mindazonáltal, tekintve a teljesen rossz prognoszt, alkalmas esetben ehhez az eljáráshoz kell nyúlunk. Hogy a mai fejlett sebészeti technikával itt is érhetünk el jó eredményt, azt a bemutatandó eset igazolja.

Ó. Gy. 6 éves fiú-gyermekek felvették a Bródy-kórház belgyógyászati osztályára 1912 márczius hó 14.-én. Az anamnesisből kiemeljük, hogy születése óta csak beöntésre vagy gyógyszerelésre volt széke. 1 $\frac{1}{2}$  éves korában vették észre, hogy a hasa igen nagy mértékben nő. Magára hagyva, akár egy hétig sincs széklete, ilyenkor a hasa óriási módon megpuffad és sokat hány. Ha ilyen állapotban beöntést alkalmaznak, rengeteg mennyiségű bűzös székkletömeg távozik és a has maga kisebb és puhább lesz.

A jól fejlett és jól táplált gyermek mellkasának alsó részlete kitágult, olyan mint az igen nagyfokú emphysemában szenvedőké, a bordaporczok íve nem hegyes, hanem tompa szögben ütközik össze, ezáltal a mellkas alsó fele igen különös, gyermekek egyáltalán szokatlan képet mutat. A has körfogata aránylag óriási: a kardnyujtvány magasságában 65 cm., a köldök magasságában 58 cm., a symphysis magasságában 53 cm., a köldök távolsága a kardnyujtványtól 15 cm., a symphysis-től 15 cm. A bal hasfél kissé jobban kiemelkedik és itt-ott a bélcontouroknak megfelelő kifestésű besüppedés is látszik, a mely a bél-peristaltikának megfelelőleg változtatja helyét. Időnkint egyes helyeken bélsártömegek is tapinthatók.

A megejtett rectonomanoskopia szerint a végbél és az elérhető sigma-részlet igen tág, a nyálkahártya hypertrophiának látszik, a lument szűkítő daganat nincs jelen.

A gyermeket először belgyógyászatiilag kezelték beöntésekkel és hashajtókkal június hó közepéig, állapota azonban, daczára a rendszeres beöntéseknek, nem javult és mind gyakrabban jelentkeztek ileus-tünetek, úgy hogy a belgyógyászati osztályról operálatás végett a sebészeti osztályra tették át. A műtétet előzetes, lehetőleg alapos kiürítés után 1912 június 20.-án végeztem. A hasat a középvonalban nyitottam meg oly metszéssel, mely 2 cm.-rel kezdődik a köldök felett és a symphysisig ér. A has megnyitása után rögtön egy óriási módon kitágult vastagbélkacsra jutunk, a mely 15—20 cm. átmérőjű és mintegy 35—40 cm. hosszúságú. Ez a bélkacs jóformán az egész hasat betölti és a mint közelebbi megtekintésre kiderül, a flexura sigmoideának felel meg. Ezen bélkacs mesenteriuma hosszú és keskeny, a mesenterium két sarokpontja (Fusspunkt) alig 5—6 cm.-nyi távolságban van egymástól. A többi vastagbél-részlet hypertrophiás, tágabb, de ez a hypertrophia és tágulás a kitágult sigma-kacs által okozott munkatöbblettel látszik összefüggni, úgy hogy eltávolításuk nem mutatkozik szükségesnek. Tehát a rendkívül kitágult flexura sigmoideát eltávolítom és a bélvégeket, mint-hogy az eset erre alkalmas, end-to-end egyesítem. A bélvarrást három étageban végzem és különös gondot fordítok a margo mesenterialisra. A hasfal zárása.

A műtét után való napon a gyermek kissé gyenge ugyan, de peritonealis tünetek nincsenek és már táplálkozik. Zavar-talan lefolyás után 1912 július 14.-én hagyja el a kórházat. Azóta, daczára hogy pertussison ment át, erőben és súlyban gyarapodott, külseje kitünő és széke mindig magától van.

Az esetet érdemesnek tartottam bemutatni azért, mert igen kevés a sikeresen operált *Hirschsprung*-betegek száma, alig néhányról (*Lanz, Perthes*) számol be az irodalom.

Theoretice azért érdekes az eset, mert igazolni látszik *Marfan* teoriáját, a mely szerint a betegség oka a colon sigmoideum veleszületett megnagyobbodása és esetleges kacs-képződése, a mely mechanikai akadály másodlagosan vezet a colon többi részének kitágulására és hypertrophiájára.

#### A lép subcutan leszakadása. Laparotomia. Gyógyulás.

**Fischer Aladár:** Sch. T. 10 éves gyermek. Folyó év augusztus hó 10.-én reggel 8 órakor kocsi gázolta el. Az egyik kerék állítólag keresztülment rajta. A sérülés elszenvedése után egy darabig eszméletlen volt és véreset hányt. A mentők által a Bródy-gyermekkórház sebészeti osztályára szállítatván, 1 $\frac{1}{2}$  órával a sérülés elszenvedése után a következőket találtam:

Jól fejlett csont- és izomrendszerű gyermek. Az arc halavány, nagy fájdalmat és aggodalmat kifejező. A pulsus kicsiny, üres, 130—140 között váltakozik. A légzés szapora. Az ajkak és a száj nyálkahártyája halaványak. A hason a regio epigastricában egy kb. 3 ujjnyi széles, harántirányú, kékes, itt-ott hámhörzsolásokat mutató sáv. A has kissé előredomborodó, mindenütt deszkakemény. Érintésre a rectusok még fokozottabb contracturába jutnak. Nyomásra a has mindenütt egyaránt érzékeny. Az alsó vétagokat, melyeken különben több zúzódás és bőrhorzsolás nyoma van, a gyermek felhúzza tartja. Kórházban való tartózkodása alatt is 3 ízben véreset hányt.

Kétségtelen volt a súlyos tünetek, a deszkakemény hasizmok és a véres hányadék alapján, hogy súlyos subcutan hasüregbeli sérüléssel állunk szemben. A regio epigastricán levő sávyszerű bőr-zúzódás az itteni szervek sérülésére utal. A vérző hányadék pedig gyomor-repedést látszott valószínűvé tenni.

Tekintettel a súlyos és fenyegető tünetekre, a gyermek rögtön laparotomiát végeztem. A műtét a sérülés után 1 $\frac{1}{2}$  órával vette kezdetét. A hasüreget a processus xiphoideustól a köldökig érő metszéssel nyitottam meg, miután egy-idejűleg coffein- és camphor-befecskendezésekkel erősítettem a szívműködést. A has megnyitása után a gyomrot elővontuk, a gyomor falán azonban sérülés nyomát nem látom, csak a gyomor fundusán van a ligamentum gastrocolicum tapadásának megfelelően egy koronányi kiterjedésű haematoma. A ligamentum gastrocolicumban és az omentum maiusban több kisebb-nagyobb hosszirányú szakadás van, a melyek azonban nem vérzenek. Óriási tömegű vér ürül azonban baloldalt a léptájékról. Rögtön tisztában voltam, hogy lépsérüléssel állok szemben, minthogy a kép ugyanaz volt, mint egy általam még Rókus-kórházi alorvos koromban operált esetben, a melyben a léphilus lött sebét láttam.

Hogy helyet kapjak, a bal musculus rectust fél távolságban a processus xiphoideus és a köldök között átmetszem. A léptáj felé haladva, először a lép felső kétharmadrésze jön kezembe; ez a léphilusról le van szakítva és csak érnélküli peritonealis hártácskán lóg. A léptájon levő igen nagy mennyiségű vérvaladékot és folyós vért tuferekkel gyorsan eltávolítjuk. Közben még két kisebb, a hasüregben egészen szabadon levő lépdarabra akadunk, melyek a lép alsó darabjainak felelnek meg. Minthogy a lép a hilusáról teljesen le volt szakítva, ez utóbbi visszacsúszott mélyen a gyomorfundus és a pancreas farka mögé, úgy hogy a léphilus megtalálása némi nehézséggel járt, mindazonáltal sikerült azt két *Kocher*-pince-szel megfogni és így a vérzést elállítani.

Tekintve, hogy közben a pulsus egészen tapinthatatlanná vált, a léphilus lekötését a nagy mélységben nem erőltetem, hanem a pince-eket fekvőre hagyom és közéjük négy gaze-



csíkot helyezek. Azután a hosszsebeket bevarrom, a harántsebet egy részét pedig a pince-ek és csíkok számára nyitva hagyom.

Műtét közben a gyermeket hypodermoklyssissel és melegítéssel erősítjük.

A további lefolyás kedvezően alakult. A megfelelő utókezelés mellett a gyermek az óriási vérvesztést lassankint kiheverte. A hasseb, miután a pince-eket a hatodik napon eltávolítottam, zavartalanul begyógyult, úgy hogy a gyermeket virágzó színben van szerencsém bemutatni.

A subcutan léprepedések nagy traumának a regio epigastricára vagy a bal regio hypochondricára történő behatása után jönnek létre. Főveszélyességük a profus vérzésben van és prognózisuk be nem avatkozás esetén majdnem teljesen reménytelen. *Erich Berger* 1892-ből származó összeállítása szerint 220 nem operált subcután lép-rupturának 92,3 százaléka volt a halálozása, ezzel szemben 80 operált eset közül csak 43,3 százalék végződött halállal. Az újabb statisztikák még kedvezőbbek, így *Planson* 37,1 százalék halálozásról számol be 140 összegyűjtött eset alapján.

A diagnosis megállapítása oly értelemben, hogy éppen lépsérüléssel van dolgunk, a közölt esetek legnagyobb részében nem volt lehetséges; a súlyos általános tünetek és a súlyos hasüregbeli sérülés jelei, melyek közül főleg az izomrigiditásra kívánnék súlyt helyezni, voltak azok, melyek a sebész kezébe adták a kést és csak a has megnyitása után derült ki a közelebbi tényállás. Jelen esetben is a véres hányadék alapján elsősorban gyomorsérülésre gondoltam. A véres hányadékot esetemben úgy gondolom magyarázhatni, hogy a nagy nyomás következtében, mely a regio epigastricát érte, néhány kisebb ér a gyomor mucosájában megrepedt a nélkül, hogy a gyomorfallal átszakadása létrejött volna. Érdekeséget kölcsönöz esetünknek az a körülmény, hogy a lép a hilusról egészen le volt szakadva, alsó harmada egészen szabadon volt a hasüregben, felső kétharmada pedig csak egy peritonealis czafaton lógott.

#### Interlobaris pleura-callus Röntgen-képei.

**Ország Oszkár:** Míg a pleuritis interlobaris exsudativa genyes kóralakja is kevésbé ismeretes, a pleuritis interlobaris siccáról a tankönyvek nem is emlékeznek meg. Oka ennek az, hogy nem került észlelés alá, előfordulásának lehetőségét azonban elismerték. A jellemző frictiók ugyanis nem auscultálhatók minden esetben, minthogy keletkezésük helye a tüdőlebenszék között van. A Röntgen-vizsgálat pedig nem mutat ki acut pleuritis siccát. Később az összenövés kifejlődése és az interlobaris lemezek megvastagodása után a callus úgy az átvilágításkor, mint a fényképen láthatóvá válik. Az irodalomban azonban csak kevés ilyen eset van leírva. *Brauer* nagy tüdőanyagán csak egy ízben észlelte, *Eisler* Kienböck intézetében két esetben.

A bemutatónak az Erzsébet királyné sanatoriumban lévő osztályán a közelmúltban két esetben volt alkalma ily interlobaris megvastagodást észlelni. Betegei súlyos tüdőtuberculosisban szenvedtek s midőn a szokásos átvilágítást végezte, jobboldalt az incisura interlobarisnak megfelelő helyen, a felső és középső lebeny között, sötét, éles határú, sávszerű árnyékot látott. Ez árnyék a fali pleura esetleges megvastagodásának árnyától meg volt különböztetendő. Jellegzetes reá, hogy az incisura interlobarisnak megfelelő helyen található, annak spirális lefutását is mutatja. Minthogy az incisura interlobaris síkja ferde, a sclerosis határai nem egyenlő élesek a Röntgen-képen és más helyen láthatók dorsoventralis, mint ventrodorsalis átvilágításkor, tekintve azt, hogy hátul az incisura interlobaris más helyen van, mint elül.

A pleuritis interlobarisra ez esetek alapján a bemutató két szempontból hívja fel a figyelmet. Egyrészt azért, mert gyakorinak tartja az előfordulását. Röntgen-diagnostikai jelentősége lehet *Eisler* vizsgálata szerint oly esetekben, midőn a tüdőben egyéb elváltozások nem mutathatók ki és az interlo-

baris callus egy a közelében levő kisebb gócnak keresésére indíthat. *Ghon*-nak különösen gyermekhullákon végzett vizsgálatai ugyanis kimutatták, hogy interlobaris pleuralis megvastagodás minimalis tuberculomok fennállása esetén is keletkezhetik.

A bemutató gyakorlati szempontból fontosnak tartja, hogy a pleuritis interlobaris, épp úgy, mint a pleuritis diaphragmatica, súlyos tüneteket okozhat a nélkül, hogy klinikailag felismerhetővé válnék. Hirtelen keletkező nagy lázak continua continens jelleggel, heves lokalizált szűrő fájdalmak és dyspnoë minden klinikai objectiv tünet hiánya esetén is a pleuritis interlobaris sicca lehetőségére hívják fel figyelmünket.

**Az egyik oldali összes orrmelléküregekre terjedő, gyökeresen operált carcinoma-esetek.**

**Safranek János:** A baloldali melléküregekre terjedő carcinoma miatt 48 éves férfit 3 héttel ezelőtt operált meg radikálisan *Moure* eljárása szerint, 61 éves férfit pedig f. év április havában. A bemutatás kapcsán az általános gyakorlattal foglalkozó kartársak figyelmét reá kívánja irányítani az orrmelléküregek rossztermészetű daganataira is, a mennyiben tapasztalás szerint a betegek a baj kezdeti szakában a tumor okozta némely tünet miatt, nem sejtve ezek okát, nem szakorvoshoz fordulnak s e tünetek gyakran félreismertetnek, illetve a melléküreg-tumor jelenlétének lehetőségét nem veszik figyelembe. Igaz, hogy nem is oly régen a melléküregek rossztermészetű daganatait felette ritkának hitték; azonban csak relative, viszonyítva a szóbanforgó szervek egyéb megbetegedéseivel avagy egyéb szervek azonos természetű megbetegedéséhez mondhatók ritkának, abszolút számuk azonban elég jelentékeny. Egy most megjelent szakmunkában *Boeninghaus* 84 elsődleges melléküreg-daganat esetét gyűjtötte össze az irodalomból, a melyekben a tumor kiindulásának helye megállapítható volt, s ezekből kitűnik, hogy a tumor székhelye, illetve kiindulása ponja leggyakrabban a rostacsont-labyrinthus. A baj lehető korai felismerése felette fontos; a korai tünetek közé tartozik a heves fájdalom, a mely neuralgiás jellegű lehet, nagyobb idegtörzsek nyomása folytán áll elő és összetéveszthető egyszerű idegzászával; a fájdalom másik alakja az ú. n. melléküregfájdalom, mely az érzőidegek ingerlése folytán válik ki; a fájdalom oly erős és makacs, hogy ilyen semmi más orrbajban sem fordul elő. További korai tünet a gyakori és heves vérzés; ha a tumor az orrüregbe tör, az orredugulás tünetei mutatkoznak, továbbá respirációs anosmia. A daganat nagyobb arányú növekedésével jelentékeny difformitások, a szomszéd szervek (bulbus) dislocatiója stb. állhatnak elő; ha pedig a tumor a koponya-ürbe tör be, intracranialis jelenségek, tünetek az agyidegek részéről stb. mutatkoznak. Habár a végleges műtét eredmények általában nem kedvezők, gyökeres műtétet kell végezni, hacsak nem tört az agyba a daganat, nincsenek metastasisok és a beteg erőbeli állapota kielégítő. Remélhető, hogy a baj korai felismerésével és korán végzett gyökeres beavatkozással a végleges gyógyulás eredményei is kedvezőbbé válnak, palliativ erndmény pedig mindenkor várható. A kórtörténeteket ismertette — a daganat mindkét esetben a rostacsont-labyrinthusból indult ki —, ábrákon demonstrálja a *Moure*-féle eljárást, mely az egyik oldali mellüregekre terjedő tumor esetén igen jó hozzáférhetőséget és áttekintést nyújt és kedvező kozmetikai eredményt is ad. A bőrmetszés *Killian*-féle ívmetrészt, mely lefelé folytatódik s az orrszárnnyat megkerülve, az orrlíkban végződik; ebből kiindulva reszekáltatik a proc. frontal is, a max. super., az os lacrymale, a rostacsont; ha a tumor a homloköbölbe is betérjed, mint a bemutatott esetben, a bőrmetszést a szemöldökön meghosszabbítva, a sinus frontalis elülső falát is felvessük, hátrafelé pedig jól kitakarítható az iköböl; az antrum Highmori vagy a lateralis orrfalon át takaríttatik ki, vagy az infraorbitalis széllel párhuzamosan vezetett segédmetszésből kiindulva reszekáljuk az antrum facialis falát.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A bőr alá fecskendezett magnesiumsulfat hashajtó hatásáról** értekezett *Sourdel* a párisi „Société médicale des hopitaux” június 14.-én tartott ülésén. 25%-os oldatból 1 cm<sup>3</sup>-t befecskendezve, beállott a hatás. Néhány esetben ez a mennyiség nem vezetett eredményre, félannyinak a használata ellenben eredményes volt. Az előadó szerint a bőr alá fecskendezett magnesiumsulfat a bélösszehúzóadások fokozódása útján hat, a szájon át adott ellenben osmosis útján.

**A Witte-féle pepton bőr alá fecskendezésének vérzéscsillapító hatását** tanulmányozta *Nolf* haemophilia 20 esetében és igen jó eredményeket látott ezen eljárástól, a mint azt az „Académie de médecine de Belgique” június 29.-én tartott ülésén előadta. Az 5%-os oldatból 10 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be több ízben 1—2 vagy több napos időközökben az eset súlyossága szerint. A pepton-oldat könnyen sterilizálható; anaphylaxiás jelenségek nagyon gyakran megismételt befecskendezések után sem voltak észlelhetők.

### PÁLYÁZATOK.

3878/1912.

Az újvidéki járáshoz tartozó úrszentiváni orvosi körben betöltendő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körhöz tartoznak Úrszentiván és Kölpény községek, összesen 5520 lélekszámmal.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 korona, szabályszerű ötödéves korpótlékkal.

2. Lakbér 600 korona.

3. A halottkémlésért Úrszentiván községtől 1432 ööl szántóföld hasznélvezete, mely után az adó a községet terheli s esetenként 40 fillér.

4. Úrszentivánon szabályszerű díjak mellett (évenként mintegy 400 korona) tartozik a hússzemléket végezni.

5. A törvényhatóság által megállapított látogatási és működési díjak.

6. Egészségügyi teendők és járvány alkalmával természetbeni fuvar.

A megválasztandó körorvos tartozik a kézi gyógyszerter elnyerése iránt folyamodni.

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **november hó 20.-áig** nyujtsák be.

Ujvidék, 1912. évi október hó 15.-én.

*Nikolits*, főszolgabíró.

2759/1912.

Kisküküllővármegye erzsébetvárosi járásához tartozó s elhalálózás folytán megüresedett erzsébetvárosi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen körhöz 10 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 kérvényüket **1912. év december hó 30.-áig** hozzám nyujtsák be, mert a később beérkező pályázati kéréseket figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később tűzöm ki.

Erzsébetváros, 1912. évi október hó 28.-án.

Főszolgabíró helyett:

*Lengyel József*, szolgabíró.

1561/1912. sz.

Torda-Aranyos vármegye közpörházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresített s évi 2000 korona fizetés és 500 korona lakáspénzzel javadalmazott **másodorvosi állásra**, esetleg az előléptetés folytán megüresedő s évi 1600 korona fizetés, lakás és élelmezéssel javadalmazott **segédorvosi állásra** **1912. évi november 30.-i** lejáratral pályázatot hirdetnek.

Felhívom azon orvostudorokat, kik ezen állás valamelyikét elnyerni akarják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket *Betegh Miklós* dr. főispán úrhoz zímelve, hozzám a jelzett határidőig nyujtsák be. A segédorvos a kötelező sebészgyakorlatot itt teljesítheti.

Torda, 1912. évi október hó 30.-án.

*Borbély Samu* dr., kórházigazgató, főorvos.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél üresedésben levő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Javadalmazása 1200 korona és teljes ellátás Kiküldetéseknél napi 18 korona útiátalány. Orvosnők előnyben részesülnek. Gyermekgyógyászatban nagy gyakorlat szerezhető. A kérvények a belügyminiszterhez zímelve, alulirotnál **1912. évi november hó 5.-éig** nyujtandók be.

Kecskemét, 1912. évi október hó 19.-én.

*Egressy Lajos* dr. s. k., igazgató-főorvos.

2559/1912.

Az újvidéki járáshoz tartozó Tiszaistvánfalva nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, a község által megszavazott 800 korona személyi pótlék, 500 korona lakbér, valamint a szabályszerű rendeleti, látogatási és húsvizsgálati díjak.

Felhívom a pályázókat, hogy a szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi november hó 25.-éig** benyujtsák.

Ujvidék, 1912. évi október hó 16.-án.

*Nikolits*, főszolgabíró.

3801/1912. szám.

Zalavármegye, pacsei járáshoz tartozó, Pacsa székhellyel, lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra**, mely közegészségügyi kör Pacsa, Pacsatúttós, Felsőrajk, Pötréte, Dióskál, Zalaszentmárton, Órosztony, Kerecseny, Zalaszentmihály, Nagykapornak, Misefa, Orbánosfa, Padár, Szentpéterur, Zalaigricze, Vörrő, Nemesrádó, Tilaj és Bókaháza községekből áll, pályázatot hirdetnek és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi november hó 25.-éig** nyujtsák be, mert később érkező pályázatokat figyelembe venni nem fogok.

A körorvos javadalmazása: az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona törzsfizetés, 600 korona lakáspénz, a körorvosok útiátalánya, fuvar-, rendelési, látogatási, műteti és távolsági díjairól alkotott 9353/912. jkv. 677. számú megyei szabályrendeletben megállapított és 126.906/912. VII a. sz. B. M. rendelettel jóváhagyott díjazás. Az évenként teljesítendő védhímlőoltásokért szedhető díjak, valamint Pacsa községben halottkémlésért megállapított díjazás.

A választást f. évi november hó 30.-án, délelőtt fogom megtartani a pacsei körjegyzői hivatalban.

Pacsa, 1912. évi október hó 11.-én.

*Pálffy*, főszolgabíró.

### :: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

**Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és kösvényéknél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál**

**a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS**

# SALVATOR

**a kontinens legelső orvosi szaktekintélyvel által kitűnő sikkerrel használtatik.**

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

**E forrás kiváló tulajdonságai:**

**Hugyhajtó hatása.**

**Kellemes 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 hugasavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.**

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

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

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

### ■ HALÁSZ P. JÁNOS ■

Telefon 83—28.

ORVOSI MŰSZERÉSZ

Telefon 83—28.

**BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.**

# 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 Scpiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Veress Ferencz:** Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár) A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnózisában. 823. lap.

**Szöllős Henrik:** Közlemény a kir. magy. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., magy. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár.) A Basedow-kór sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredmények. 826. lap.

**Réthy Aurél:** Közlemény a königsbergi kir. egyetemi orr- és gégegyógyászati poliklinikáról. (Igazgató: Gerber P. dr., egyetemi tanár.) A tonsillektomiáról. 829. lap.

**Deutsch Ernő:** Gyermekgyógyászat, higiéné és gyermekvédelem. 831. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Wolff:** Taschenbuch der Magen- und Darmkrankheiten. — **Ostwald:** Der energetische Imperativ. — Új könyvek. — **Lapszemle. Belorvostan. Swift és Ellis:** A központi idegrendszer syphilisének direct kezelése. — **Sebészet. Klapp:** A zsírszövet transzplantációja. — **Gyermekorvostan. Holst és Frölich:** A kísérletes scorbut. — **Fürst Valentin:** A tengeri malacz kísérletes scorbutjának kóroktana. — **Börkörítan. E. Kromayer:** A hajhullás leggyakoribb alakjának oka és gyógyítása. — **Veneréus betegségek.** Általános gonorrhoeás peritonitis. — **Húgyszervi betegségek. Ch. Péreineau:** Pyelonephritis eseteiben alkalmazott ureterkatheterismus és vesemedenceöblítések. — **Kisebb közlések az orvostudományról. Mayer:** Epekövettség. — **Trebing:** Thigenol. — **Wolffberg:** Syrgol. 834—836. lap.  
**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 836. lap.  
**Vegyes hírek.** 837. lap.  
**Tudományos társulatok.** 838—839. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly, dr., ny. r. tanár.)**

**A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnózisában.**

Irta: **Veress Ferencz** dr., a bőrgyógyászat magántanára és **Szabó József** dr., ideggyógyászati I. tanársegéd.

Mióta a syphilis és a metasyphilises betegségek diagnózisában a serologiai vizsgálat fontos szerephez jutott és eredményei általánosan elismertté váltak, állandó a törekvés, hogy a **Wassermann-féle** reactio egyszerűbbé tétesse. Ehhez a vizsgálathoz ugyanis költséges berendezés, úgymint: állattartás, centrifuga, thermostat stb. és hosszas előkészület szükséges, mert a reakcióban használatos vörös vértesteknek megfelelő amboceptor csak heteken át tartó nyúlások által termelhető. A reactio elég hosszú időbe kerül és megbízható eredményeket csak kellő serologiai gyakorlat alapján nyújt. Mindezekből a körülményekből kitűnik, hogy a **Wassermann-féle** reactiót csak laboratóriumban végezhetjük, a hol erre a szükséges felszerelés megvan; a legtöbb gyakorló orvos nem rendezkedhetik be kísérleti állattartásra és nem szerezheti meg a drága készülékeket. A **Wassermann-féle** reakciónak ezen a hátrányán többen próbáltak segíteni.

**Bauer** azt az egyszerűsítést végezte, hogy mesterséges amboceptor helyett az emberi vérsavó természetes amboceptorait használta fel; **Hecht** tovább ment és a nem inaktivált savó természetes amboceptorával és complementjével dolgozott; **Brieger** amboceptor helyett chlorsavas kaliumot alkalmazott; **Noguchi** és **Tschernogubov** embervér ellen készített amboceptort, **Dungern** ugyanezt és szárított complementet használt és így tovább.

Ezek a módosítások egytől-egyig a megbízhatóság rovására egyszerűsítették az eredeti módszert, mely ma is a legjobb. Így például **Dungern** módszerének az a hátránya, hogy a reagensek hamar elromlanak, és, a mi még fontosabb, az eredmények sem eléggé megbízhatók. Számos esetben végeztünk mind a ketten **Dungern** eljárása szerint vizsgálatokat. Tapasztalataink arról győztek meg, hogy kivált a gyöngébb kötést adó esetek, tehát fajlagos kezelésben már részeseült, vagy éppen kúra alatt álló betegek vérsavója nem vizsgálható **Dungern** szerint megbízható módon. Ott, a hol nem a gyógyulás fokát, hanem csak azt kutatjuk, hogy a szóban forgó esetben luessel van-e dolgunk vagy sem, a hol tehát eredményképpen teljes complementkötés vagy teljes haemolysis várható, a **Dungern-féle** módosítás kétségtelenül nagyon értékesnek tekinthető, bár a kontroll-kísérlet fogyatéksága és a szűrőpapirosba itatott complementum romlandósága miatt a módszer kissé tökéletlen és sokszor megbízhatatlan.

A **Wassermann-féle** reactio minden módosítása tehát vagy nem volt elég egyszerű, vagy nem volt elég megbízható. Ennélfogva mi is, mások is, megmaradtunk az eredeti eljárás mellett. Mindössze abban térünk el az eredeti módszertől, hogy mindig alkoholos kivonatot használtunk, és, a mi semmi különbséget sem jelent, marha-vörösvértesteket alkalmaztunk az eredeti módszer juh-vörösvértestjei helyett.

Minthogy a **Wassermann-féle** reakciónak sem egyszerűsítése, sem rövidítése nem sikerült, **Karvonen**<sup>10</sup> ugyancsak complementkötésen alapuló más eljárást dolgozott ki, mely szerinte éppen olyan megbízható, sőt még finomabb, mint a **Wassermann-féle** reactio, a mellett olcsóbb, gyorsabb, egyszerűbb felszerelést igényel és könnyebben végezhető. **Karvonen** lényegében abban tér el a **Wassermann-féle** reakciótól, hogy a complementkötés kimutatására nem haemolysist, hanem **conglutinációt** használ. A reakcióban úgy kerül el az előzetes állattartást, hogy a marha vérsavójában normalisan meglevő **conglutinint** alkalmazza. Eljárásában tulajdonképpen ez a legfontosabb egyszerűsítés.

Mivel a *conglutinatio* folyamata a *Karvonen*-féle reakcióban fontos szerepet játszik, szükségesnek tartjuk röviden ismertetni, annál is inkább, mert a reactio kivitelének módja csak a *conglutinatio* előzetes ismeretének alapján érthető meg.

A *Karvonen*-féle reactio tulajdonképpen *Bordet* és *Streng*<sup>1</sup> vizsgálatain alapul, minthogy a *conglutinatio* általuk megállapított és először ismertetett jelensége adta meg a haemolysis elkerülhetőségének a lehetőségét. *Bordet* már régóta állítja, hogy az antigen és a serum activ alkotórészeinek az egyesülése nem annyira vegyi folyamat, mint inkább *molecularis adhaesio* tüneténe. Ezt az elméletet az a megfigyelés is támogatja, hogy a haemolysis, melyet a vérsavó idegen állat vörös vérsajtjeivel való immunizálás után kifejt, nagyon hasonlít a destillált víz hatásához. Nemsokára még az is kiderült, hogy a mikrobák agglutinációja normalis vagy vaccinált állat vérsavójával csak *konyhasó jelenlétében történik* és ez a folyamat nagyon hasonlít ahhoz a jelenséghez, mely hasonló körülmények között agyagszuspensióban vagy colloidalis emulsióban is bekövetkezik. *Bordet* szerint az agglutinatio két időszakra oszlik: az elsőben a mikrobák nagyobb complexumokká egyesülnek, a másodikban a só ezeket a complexumokat praecipitálja.

A *molecularis adhaesio* elméletével jól összeegyeztethető az a jelenség is, hogy bizonyos mennyiségű haemolysises vérsavó több vörös vértestet old fel, ha azt egyszerre adjuk hozzá, mintha kis, egymásután való részletekben tenőnk. A kis részletenként való összekeveréskor ugyanis az első adaghoz több hatóanyag tapad, mint a mennyi a feloldásához szükséges; ennél fogva a haemolysin hamarabb elfogy. Már pedig vegyülési folyamatok szigorúan megszabott súlyarányok szerint történnek: ilyen folyamatnál az összekeverés módja nem befolyásolhatja az eredményt. A savók és antigenjeik reakcióiban tehát nagy az *adhaesio* szerepe.

A haemolysis azon a réven keletkezik, hogy a „sensibilisatrice“-szel (amboceptorral) megrakott vértetek alexint (complementumot) absorbeálnak. Az alexint csak az előzetesen sensibilisatrice-szel megrakott vértetek köthetik le.

*Ehrlich* elmélete szerint az amboceptor cytophil csoportja hozzákapszódik a mikrobákhoz, illetőleg a vörös vértetekhez, complementophil csoportja pedig az alexinhez. Így az amboceptor közvetítő szerepet játszik. *Ehrlich* és *Sachs* szerint friss lósavóban a tengeri malacz vörös vértestei változatlanok maradnak, ellenben feloldódnak, ha a lósavót előzetesen inaktivált (fél órán át 56° C-ra melegített) marhasavóval kevertük. Így tehát a marhasavóban normalisan is van amboceptor, mely a lósavó alexinjének (complementjének) működését lehetővé teszi. Ha tengerimalaczvérteteket inaktivált marhasavóval összekevertünk, hosszabb ideig együtt állani hagyunk és azután centrifugálunk: a marhasavótól megtisztított vértetekhez hiába adunk friss lósavót, haemolysis nem következik be. Ellenben, ha az előzetesen már malaczvértetekkel kezelt marhasavóhoz friss lósavót adunk és azután malaczvérteteket, a vértetek feloldódnak, mintha a marhasavót nem fosztottuk volna meg amboceptorától már az előző kísérletben. Az amboceptor cytophil csoportja tehát mindaddig nem kötődhetik meg, míg a complementophil csoport előzetesen alexint nem vett fel.

Az itt kifejtett magyarázattal szemben *Bordet* és *Gay*<sup>2</sup> másként vélekedik. Szerintük a *normalis marhasavóban van egy anyag*, a mely hőálló, azaz 56° C-on félórán át változatlanul marad. Ez az anyag nem amboceptor, nem agglutinin, sem nem alexin, hanem mindezekről különböző hatású és az a sajátja, hogy amboceptorral és complementtel előzetesen telített vértetekkel hirtelen egyesül és elegendő complement jelenlétében agglutinációt, majd haemolysist okoz.

*Ehrlich* és *Sachs* fentebb ismertetett kísérletének magyarázata *Bordet* és *Gay* szerint a következő: a lósavónak a haemolysis alkalmával szereplő alexinje (complementje) gyenge hatású, ellenben elég erős normalis amboceptora van tengeri malacz vörös vértesteivel szemben. Ezt bizonyítja az is, hogy tiszta lósavóval tengerimalaczvértetekre haemolysist

nem idézhetünk elő, csak úgy, ha tengerimalacz-savót is adunk hozzá, mely nagyon erős complementet tartalmaz. Ha tehát mi tengerimalaczvérteteket marhasavóval keverünk és a vérteteket lecentrifugáljuk, a marhasavó nem fog többé amboceptort tartalmazni. Ha már most az amboceptortól ilyen módon megfosztott marhasavóhoz friss lósavót adunk, nemcsak complementet, hanem egyszersmind amboceptort is juttatunk hozzá. Ebben a véroldó keverékben a marhasavó csak azt a specialis anyagot tartalmazza, mely amboceptorral és complementtel előzetesen telített tengerimalaczvértetekkel hirtelen egyesül és agglutinációt, majd haemolysist létesít. Ez a specialis anyag *Bordet* és *Gay* szerint a „colloide de boeuf“.

Ez a hirtelen rácsapódás (praecipitatio), vagyis a „colloide de boeuf“-nek az előzetesen szenzibilizált és alexinezett tengerimalaczvértetek részéről való hirtelen *absorptiója* látható következményekkel jár: a vértetek gyorsan agglutinálódnak, lecsapódnak és haemolysisre alkalmassá válnak. Ez a haemolysis akkor következik be, ha elég erős az alexin. A keverékben a tengerimalaczvértetek előbb fixálják úgy a lósavó, mint a marhasavó amboceptorát, majd az alexint (complementet), a mi hosszabb időbe telik. Ha ez a folyamat már elegendő fokban ment végbe, akkor léphet működésbe a „colloide de boeuf“. Egymagában sem az inaktivált marhasavó, sem a friss lósavó nem agglutinálja eléggé a vért; ez utóbbi legfeljebb csak lassan és gyengén.

A „colloide de boeuf“ szerepéről még jobban felvilágosít a következő kísérlet: Ha friss lósavó és inaktivált marhasavó keverékéhez mosott marhavért adunk, semmi sem történik. De ha marhavérrel előzetesen immunizált nyúl vérsavóval tartottuk együtt előbb a marhavérteteket és ehhez a keverékhez adunk friss lósavót és inaktivált marhasavót: a vértetek hirtelen agglutinálódnak, kicsapódnak, majd pedig feloldódnak. Itt a marhasavóban marhavértetekkel szemben bizonyosan nincs amboceptor, hanem csak a „colloide de boeuf“ szerepel. *Bordet* és *Gay* ezt a „colloide de boeuf“-öt *conglutininnak* nevezte; hatását pedig *Streng*<sup>3-6</sup> *conglutinatio* névvel illette.

*Streng*<sup>3-6</sup> ugyanezt az eljárást bacteriumvizsgálat céljából is alkalmazta és segítségével meg tudta határozni, hogy ismert bacteriumokhoz adott vérsavó tartalmaz-e azokkal szemben specifikus hatású amboceptort? Ez a kísérlet minden általa vizsgált bacteriummal sikerült.

A *conglutinin* különbözik az *agglutinintól* és dialysis által ettől el is választható, minthogy az *agglutinin* a folyadékban marad, a *conglutinin* pedig kiesik. A *conglutinatio* és az *agglutinatio* sem folyik le egyformán. Vannak bacteriumok, melyeket a marhasó erősen agglutinál, de gyengén *conglutinál*.

*Sauli*<sup>4</sup> a *conglutinációt* alkalmas eljárásnak találta különböző növényi fehérjék elválasztására.

*Bail*<sup>5</sup> nem fogadja el *Streng* elméletét. Szerinte a *conglutinatio* nem más, mint *agglutinatio* és némi haemolysis. *Streng*<sup>6-7</sup> vele szemben megmarad a maga állítása mellett és erősen hangsúlyozza, hogy az összes *agglutininek* eltávolítása után is végezhető még *conglutinatio*.

*Spät*<sup>8</sup> *Streng*-gel ellentétben csak azt tekinti beigazolt-nak, hogy a marhasavó különböző *agglutinineket* tartalmaz és nem fogadja el *Streng* magyarázatát.

*Bordet* és *Streng* kísérleteit *Barikine*<sup>9</sup> vizsgálta felül és ő is úgy véli, hogy kísérleteiben kétségtelenül megállapíthatta, hogy az *agglutinin* és *conglutinin* különböző anyagok. *Barikine* a *conglutinint* következőképpen jellemzi: 56° C-on fél órán át változatlanul megmarad, destillált víz nem pusztítja el és az *agglutininektől* eltérően csupán előzetesen amboceptorral és complementtel telített mikrobákkal, vörös vértetekkel egyesül. Dialysissal az *agglutinintól* elkülöníthető; ha az inaktivált marhasavó *agglutináló* hatását teljesen ki is merítettük, *conglutininje* változatlanul megmarad.

A *Karvonen*-féle reakcióban friss lósavó normalis amboceptora és haemolysisre elégtelen gyenge complementje, továbbá tengeri malacz vörös vértestei, majd marhasavó amboceptora és végül *conglutininje* alkotják a *conglutinációs* syste-

mát, a mely indicatorul szolgál. A minta *Streng*-nek az az eljárása volt, hogy conglutinatio segélyével ismert bacteriumok által a megfelelő immunserumokat lehet meghatározni.

A *Karvonen*-féle reactio lényege a következő: ha friss marhasavót tengeri malacz vörös vértesteivel összekeverünk, kis idő múlva ezek összecsapzódnak, a kémlőcső fenekére szállanak, majd szívós lepénynyé tömörülnek. Ezt a marhasavó conglutininjé okozza, mely csak akkor hat, ha a vörös vértesteket előzetesen amboceptor sensibilizálta és complement van jelen. A marhasavóban mindezek az anyagok megvannak. Szebben és világosabban sikerül azonban a kísérlet, ha inactivált marhasavót és friss lósavót használunk, a mely utóbbiban malacz vértesteinek megfelelő normalis amboceptor és complement is van.

*Karvonen*<sup>10</sup> hosszas kísérletezés után tapasztalatilag állapította meg a reagensek optimalis adagait: 0.1 cm<sup>3</sup> friss lósavót vett, melyet 1%-os konyhasós vízzel 1 cm<sup>3</sup>-re hígított. Ehhez marhaszív alkoholos kivonatát adta 0.03 cm<sup>3</sup> mennyiségben, melyet azért választott, mert más antigenek önmagukban is nagyon akadályozták a conglutinatio létrejöttét. Ehhez a keverékhez 0.05—0.06 cm<sup>3</sup> inactivált vizsgáló vérsavót cseppentett. Ezután az egészet többszöri öszszeszerázás közben 1½—2 óra hosszat szobahőmérsékleten állni hagyta, hogy a lósavó complementjének lekötésére időt engedjen. Majd mosott tengerimalacz-vértestekből készített 25%-os emulsiót vett 0.07 cm<sup>3</sup>-nyi adagban és ezt a keverékhez adta. ¼—½ órát várt, mialatt többször felrázta a kémlőcső tartalmát. Ez idő alatt a malaczvértetek lóamboceptorral sensibilizálódtak, sőt lócomplementtel is telítődtek, ha ugyan az antigen és az emberi savó nem kötötte le az utóbbit. Végül hozzácseppentett 0.03 cm<sup>3</sup> inactivált marhasavót („colloide de boeuf“-öt = conglutinint) és lassú rázogatas közben figyelte a reactiót. Ha a complement a vértestekhez kötődhetett, megindult a conglutinatio: a tengerimalacz vértestei kezdtek összetapadni; előbb igen apró szürkés, alig látható kis szemcséket, majd durvább, vöröses csomókat alkottak. Ez után még nagyobb csomók képződtek, a melyek lassanként a kémlőcső fenekére szálltak és összetapadtak úgy, hogy csak nehezen szétrázható lepény keletkezett. Az eredetileg vértestektől zavaros folyadék feltisztult. Ebben az esetben a vizsgált vérsavóban nem volt olyan anyag, a mely az antigenel együtt a complementet leköthette volna: a reactio eredménye *negatív*.

Ha a *patients* syphillises, akkor a complement leköthető és a folyadék továbbra is zavaros (vértestemulsió) marad. Ekkor a reactio *positív*. A marhasó sterilisen, inactiváltan jégsekényben félévig is eláll. A lósavót lehetőleg aznap kell beszerezni.

Hogy a reactio eredményeit felhasználhassuk, mindig ellenőrző kísérleteket is kell végezni. Erről a következő táblázat nyújt áttekintést.

Természetes, hogy ha több vérsavót vizsgálunk egyszerre, biztosan syphillises eset (3. és 4. cső) és biztosan egészséges egyén vérsavóját (5. és 6. cső), az antigen controllját (7. cső) és a conglutinatio systema controllját (8. cső) csak egyszer kell a reactiók között szerepeltetni; azonban minden egyes vizsgált egyén seruma külön-külön ellenőrizendő (2. cső), hogy antigen nélkül is nem bírja-e önmagában meggátolni a conglutinatio? Az ilyen autotrop esetek nem adnak értékesíthető eredményt.

*Karvonen* reactióját a *Wassermann*-félével hasonlította össze. Hogy ez annál pontosabb legyen, mind a két reactióban ugyanazt az alkoholos marhaszív kivonatot használta. *Karvonen* eljárásának előnyét hozta fel, hogy nem túlfinom, nem ad *positív* reactiót nem syphillises egyén vérsavójával, mint a *Wassermann*-féle reactio némely módosítása. A *Karvonen*-féle reactio 111 biztosan nem syphillises esetben a *Wassermann*-féle kémléssel egybehangzóan *negatív* volt. Ellenben 66 esetben kapott *positív* eredményt, a melyben a *Wassermann*-féle eljárás nem mutatott ki syphillist. Ezek közül 47 *biztosan syphillises* volt. Frissen fertőződött, erősen gyógykezelt syphillises vérvél a *Wassermann*-féle reactio,

1. cső	2. cső	3. cső	4. cső	5. cső	6. cső	7. cső	8. cső
Minden csőbe 0.1 cm <sup>3</sup> friss lósavót cseppentünk, 1%-os konyhasós vízzel 1 cm <sup>3</sup> -re töltjük fel.							
×	×	×	×	×	×	×	×
0.03 antigen	0.03 sósvíz	0.03 antigen	0.03 sósvíz	0.03 antigen	0.03 sósvíz	0.03 antigen	0.03 sósvíz
×	×	×	×	×	×	×	×
0.05 vizsgáló inactivált savó	0.05 vizsgáló inactivált savó	0.05 biztosan syphillises inactivált savó	0.05 biztosan syphillises inactivált savó	0.05 biztosan egészséges inactivált savó	0.05 biztosan egészséges inactivált savó	0.05 sósvíz	0.05 sósvíz
Minden csövet felrázunk, többször megrázva 1½—2 órát állni hagyunk							
×	×	×	×	×	×	×	×
Minden csőbe 0.07 cm <sup>3</sup> 25%-os mosott malaczvértest-emulsiót cseppentünk							
½ órán keresztül minden csövet többször megrázogatunk							
×	×	×	×	×	×	×	×
Minden csőbe 0.03 cm <sup>3</sup> inactivált marhasavót cseppentünk							
½ órán át minden csövet gyengén rázogatom							

mint ismeretes, gyakran *negatív* válik; a *Karvonen*-féle többnyire *positív* marad. Régi, gondosan kezelt lues eseteiben a *Wassermann*-féle vizsgálati módszer szerint már nincs complementkötés, a *Karvonen*-féle reactio még gyakran *positív*. Harmadlagos syphillises eseteiben a *Karvonen*-féle kémlés mindig *positív* eredményű. Lues latens eseteiben is gyakrabban *positív* a conglutinatio próba, mint a *Wassermann*-féle reactio. Lues latens eseteiben és luesre nagyon gyanus egyénnel végzett vizsgálatai 26%-ban *positív Wassermann*-féle reactiót és 61%-ban *positív Karvonen*-féle reactiót eredményeztek. Tehát a conglutinatio reactio alapján gyógyíthatunk olyan eseteket, a melyeket a *Wassermann*-féle kémlés alapján már gyógyultnak tekintenénk.

*Karvonen* összehasonlításaira vonatkozóan meg kell jegyeznünk, hogy az ő *Wassermann*-féle eredményeit túlságosan rosszaknak tartjuk. Ennek esetleg az antigenül használt markaszív kivonat vagy más kísérleti hiba lehet az oka, mert tagadhatatlan, hogy a *Wassermann*-féle vizsgálat sokkal jobb eredményeket szokott adni.

*Karvonen* vizsgálatait *Jakobaeus*<sup>11</sup> is kipróbálta. Ő mastix- és keményítő-emulsióval is kísérletezett, de eredménytelenül. A vértestek conglutinatioja által elért eredményei jól megegyeztek a *Wassermann*-féle reactióval megállapított adatokkal, de mert a friss lósavó beszerzése bajos és mert a *Karvonen*-féle reactio eredményeinek megítélése is sokszor kétes, a gyakorlat számára nem ajánlja a conglutinatio reactiót. *Hecht*<sup>12</sup> úgy találja, hogy a két eljárás eredményei megegyezők. Sclerosis és lues latens eseteiben többször talált *positív Karvonen*-féle, mint *Wassermann*-féle reactiót. Ezt ő úgy magyarázza, hogy az emberi savó a lóserum complementjét könnyebben leköti. *Hecht*<sup>12</sup> is a reactio eredményének nehéz megítélhetőségét és az *autotrop* esetek nagy számát említi mint hátrányokat. Szerinte a reactio a praxis számára a felsorolt okokból nem alkalmas. *Streng*<sup>13</sup> 1000 esetből szerzett tapasztalatait ismerteti. Az esetek 90—95%-ában a két reactio egyező eredményt adott. Minthogy néha a *Karvonen*-féle reactio olyan esetben is *positív* volt, melyben a *Wassermann*-féle eljárás nem mutatott ki syphillist, azt ajánlja, hogy mind a két vizsgálati módszert alkalmazzuk. A conglutinatio céljáról a *diphtheria*-bacillust ajánlja, de lehet typhus- vagy paratyphusbacillust is használni.

*Karvonen* eredeti technikája szerint járt el *Siebert* és *Mironescu*<sup>14</sup>. Összesen 100 serumot vizsgáltak. 15 normalis egyén úgy a *Wassermann*-féle, mint a *Karvonen*-féle reactióban *negatív* módon viselkedett. 85 lueses egyént vizsgáltak,



Egy éve van golyvája s utóbbi időben a szemei is kidagadnak. Gyakran szédül, hangja három hónap óta rikácsoló lett.

Felvételkor mindkét oldalt egy-egy gyermekkökölyi golyvája van. Az egész testére kiterjedő kiskóki tremort gyakran egyes izomcsoportok rángásai kísérik. Kiskóki exophthalmus. Éjjelenként izzad és nyugtalanul alszik. Pulsusszám percenként 154. Gégelelet: mindkétoldalt a valódi hangszalag mozgásában kissé korlátozott.

Műtét január 17.-én. Mindkétoldali strumectomia a szokott módon. Mindkétoldali arteria thy. sup. a beteg korához képest a rendesnél tágabb. A thy. inferior jobboldalt körülbelül csak 1 mm. átmérőjű, baloldalt teljesen hiányzik. A thyreoidea ima a rendesnél kissé vastagabb. Ezt is leköjtük.

A beteg a műtét után egy héttel távozik, de három héttel későbbre berendeljük. Exophthalmusa ekkor már feltűnően kisebb. Éjjel nyugodtan alszik, az izzadás megszűnt. A tremor kisebbfokú, rángások ritkán, de még jelentkeznek. Pulsu számpercenként 110. Subjective igen jól érzi magát.

Július 4.-én újból megjelenik. A tremor teljesen eltűnt. Hangja kevésbé rikácsoló. A műtét óta 4 kilogrammot hízott. Menstruációja most jelentkezett először és normalis lefolyású volt.

1912 márczius 1.-ére, tehát több mint két évre a műtét után, a beteget berendeltük. Külseje igen jó, meghízott és megerősödött. Tremor nincsen, a rángások elmúltak. Nem izzad, éjjelenként nyugodtan alszik. Hangja normalis, nem rikácsoló. Pulsusszám percenként 100. Teljesen egészségesnek érzi magát, jelenleg kereskedelmi és gyorsírási tanfolyamot végez.

IV. P. J. 35 éves asztalos. Felvételt 1910 január 12.-én. *Ketty* tanár klinikájáról küldték.

Négy év óta van golyvája. Két éve állapota rohamosan rosszabbodik, csonttá-bőrre fogott és nagy mértékben izgatott. Négy hó óta állandóan hasmenése van.

Felvételkor a nyak mindkét oldalán egy-egy újszülöttfejni, könnyen mozgatható, a nyelési mozgásokat jól követő, erősen pulzáló golyvája van. Nagy mértékben lefogyott. Az aorta, a szívcsúc, valamint a carotisok élénk lüktetése jól látható. Pulsusszám percenként 115–120. Kiskóki exophthalmus. Tremor.

Műtét január 17.-én. A szokott módon leköjtük mindkét oldalt az art. thy. superiort, inferiort és imát. A Basedow-strumából annyit távolítottunk el, hogy körülbelül egy rendes pajzsmirigynek megfelelő mirigyrész marad vissza.

A műtét után pulsusa rendkívül debilis, a beteget légszomj gyötri. Délutánra valamivel jobban van, másnap egészen jól érzi magát, csak pulsusa marad állandóan szapora és arhythmias. Állapota egyre javul. Hízik, hasmenései megszűnnek, éjjel nyugodtan alszik.

Február 10.-én az exophthalmus kisebb lett, a tremor teljesen megszűnt. Azelőtti „hőségrohamai” nem jelentkeznek.

Márczius 10.-én megjelenik a klinikán. Szívműködése jó, erőteljes. Szívdobogása a műtét óta nem volt. Erőbeli állapota gyarapodott.

1912 márczius 28.-án, tehát több mint két évvel a műtét után kérésünkre felkeres bennünket. Pulsusa jó, erőteljes, a pulsu percenként 88. Exophthalmusa teljesen eltűnt, nem izzad, nem izgatott, hasmenései nincsenek. Subjective teljesen egészségesnek érzi magát, egyik óvárosi asztalosműhelyben egész napon át dolgozik.

V. R. R. 19 éves leány. Felvételt 1910 február 31.-én. *Jendrassik* tanár klinikájáról küldték.

Két év óta van egyre növekvő golyvája. Egy év óta nagyon betegnek érzi magát, könnyebb munkára is képtelen.

Felvételkor a pajzsmirigy helyén jobboldalt ökölyi, baloldalt nagy almanagságú golyvát találunk. Élénk tremorja van, úgyszintén exophthalmusa is. Izzad, állandóan hasmenésben szenved. Pulsus száma percenként 120. A szív fölött úgy a systolés, mint a diastolés hangokat fűvő zöreje kíséri.

Műtét február 26.-án. A szokott módon, az arteriák leköjtése után strumectomiát végzünk. Feltűnő a szövetek szokatlan nagy vérzékenysége.

Közvetlenül a műtét után a beteg jól érzi magát. Tekintettel a vérvesztésre — bár anaemiás tünetek nincsenek — *Katzenstein*-féle cseppentő beöntést rendelünk el. Estére a beteg nyugtalan lesz, sokat hánykolódik, éjjel alig alszik. 3 óra 35 perczkor hirtelen elkékül, hideg verejték lepi el, stertorosus légzés, alig tapintható pulsus. A garatuj kitörése után néhány erőteljesebbet légzik. Az alkalmazott kámfur-olaj eredmény nélküli és a beteg 5–6 perc lefolyása alatt meghal.

A boncolás lelete szerint a szív, a tüdők épek, de feltűnően nagy volt a beteg thymusa (9,5 cm. × 7,5 cm. × 1 cm.).

VI. D. B. 25 éves hivatalnoknő. Felvételt 1911 június 27.-én. Önként jött a klinikára.

Öt év előtt kezdett vastagodni a nyaka, egy év óta gyakran van szívdobogása. Ez idő alatt körülbelül 9 kgr.-ot fogyott.

Felvételkor mindkét oldalt almanagságú golyvája van. Felette fűvő zörejek hallhatók. A szívhangok kissé tompák, pulsuszám percenként 100–110. A reflexek igen élénkek, a tremor közepes fokú Rotatorius nystagmus, nagyfokú izzadás.

Műtét július 4.-én. Egyelőre csak jobboldalt végzünk strumectomiát. A kiirtott strumarezs kisököllyű.

A beteg jól érzi magát, a sebgyógyulás zavartalan és az illető 8 nap múltán eltávozik a klinikáról.

1912 február 28.-án, tehát 8 hónappal a műtét után kérésünkre megjelenik és előadja, hogy a műtét óta 10 kilogrammot hízott. Három hóval ezelőtt férjhez ment, mióta férjénél van, havibaja még nem volt. Teljesen jól érzi magát, szívdobogása nincsen, az izzadás és a remegés teljesen megszűnt. Exophthalmusa eltűnt, a nystagmus is. Pulsusszám jelenleg 90.

VII. K. M. 28 éves leány. Felvételt 1911 július 22.-én. Önként jött a klinikára.

Kilencz éve beteg. Typusos Basedow-kóros panaszai mellett főpanasza az, hogy három hét óta — mikor is székelés közben erőlködve szemgolyói előreestek — köhögéskor, tüsszentéskor mindkét szeme előesik az üregéből, úgy hogy kezével kell helyre nyomnia azokat.

Felvételkor a lesoványodott betegnek körülbelül almanagságú strumája van. Exophthalmusa nagyfokú, a szemhéjak erős záráskor sem fedik a bulbust. A *Graefe*- és *Moebius*-féle tünetek jelen vannak. A tremor kifejezett, bőre nedves tapintatú, állandóan izzad. Pulsusszám percenként 130.

Műtét november 6.-án. Csupán az art. thy. sup.-t köjtük le mindkét oldalt. Az arteriák lumene a szokottnál körülbelül háromszorta tágabb. A sebgyógyulás zavartalan.

A műtét napjának délutánján erős köhögés fogta el, miközben bal szeme ismét előre esett.

December 5. Állapota csak keveset javult, azért az art. thy. inferiorokat is leköjtük.

December 23. Exophthalmusa annyira visszafelődött, hogy szemhéjcsukáskor a bulbust teljesen fődve van. A struma feltűnően megkisebbedett, alig észrevehető. Közérzése jó, csak éjjel izzad. A tremor megszűnt, szívdobogása nincs. A pulsuszám jelenleg 80–90.

1912 február 28.-án, tehát közel négy hónappal a műtét után a beteg megjelenik. Előadja, hogy bár most is köhög, szemgolyói többé nem esnek elő. Külseje igen jó, subjective munkabírónak érzi magát.

1912 július 20.-án ismét felkeres bennünket. Elmondja, hogy május 28.-án — miközben a fejét mosta, a mosdótábla hajolt — ismét kicsuklott a szeme. Az exophthalmus változatlan. Kiskóki conjunctivalis hurutja van. Az érverés jelenleg 120.

Mint hogy az exophthalmus igen régi és nem kisebbedik, most *Dollinger* tanár az orbiták külső csontos falának és a periorbitának az eltávolítását ajánlja. (Lásd a XII. és XIII. számú esetet.)

VIII. Zs. A. 17 éves leány. Felvételt 1911 október 4.-én. *Báró Korányi Sándor* tanár klinikájáról küldték.

Egy év előtt vette észre, hogy nyaka megduzzad. Azóta gyengül és sápad. Két hó óta a strumája rohamosan nő, azóta gyakran van szívdobogása.

Felvételkor nyakának közepén másfél férfiököllyű golyvája van. A beteg egész testében reszket. Napjában kétszer van széke, szivtáján gyakran érez szúrásokat. Exophthalmusa nincs. Pulsusszám 120.

Műtét október 20.-án Itt is csak az art. thy. superiort köjtük le mindkét oldalt. Az arteriák lumene a szokottnál jóval tágabb. A sebgyógyulás zavartalan.

Október 30.-án. A tremor teljesen megszűnt, szívdobogása, szivtájai szúrásai nincsenek. Éjjel még izzad és néha nagy báyadtságot érez.

November 10. Hízik. Idegessége eltűnt, báyadtsága teljesen megszűnt. Strumája kisebb lett.

November 22.-én. A mai napig, tehát egy hó alatt, közel 10 kilogrammot hízott. Hasmenése teljesen megszűnt. A pajzsmirigy állapota localisan feltűnően javult, megkisebbedett. (A nyak kerülete a műtét előtt 41 cm. volt, most 37 cm.)

1912 február 29.-én, tehát négy hónappal a műtét után levelet ír. Teljesen egészségesnek érzi magát. Havibaja, mely azelőtt mindig rendetlen volt, most rendes időben jelentkezik.

IX. H. J. 31 éves, géplakatos neje. Felvételt 1911 november 7.-én. Önként jött a klinikára.

Három éve van strumája, ugyanannyi idő óta exophthalmusa is. Évenként többször, hetekig tartó hasmenés kínozza.

Felvételkor körülbelül férfiököllyű strumája van. Nagyfokú exophthalmus. A tremor kifejezett, az intentiós mozgások alkalmával fokozódik. Izzad, nyugtalanul alszik, gyakran van szívdobogása. A pulsuszám percenként 126.

Műtét november 10.-én. Itt is csak az art. thy. superiort köjtük le mindkét oldalt.

November 22.-én. A tremor teljesen eltűnt. Éjjel még néha izzad. A műtét utáni napon egy ízben volt szívdobogása, azóta ez nem jelentkezett.

December 10.-én. Subjective teljesen egészségesnek érzi magát. Exophthalmusa csökkent, az izzadás teljesen megszűnt. Szívdobogása nincs. A nyak körfogata — a struma fölött — 2 cm.-rel kisebbedett. A pulsuszám 80–90 között ingadozik.

1912 márczius 1.-én, tehát négy hónappal a műtét után, levélben tudatja, hogy jól van, ház körüli munkáját zavartalanul végzi. Szemei kevésbé állnak ki, golyvája kisebbedett.

A következő két esetben — tekintettel arra, hogy csak az utóbbi időben operáltuk — végleges eredményről még nem számolhatunk be, csupán a teljesség kedvéért közöljük.

X. Özv. W. H.-né, 47 éves, tanár özvegye, felvétetett 1912 június 8.-án. A beteget *Hunyadi Béla* dr. (Küküllővár) küldte a klinikára.

Nyolcz éve van golyvája, egy éve, hogy nagyon betegnek érzi magát. Felvételtkor az erősen lesorványodott beteg nyakának mindkét felén egy-egy lúdtójsányi golyva ül. Exophthalmusa közepes fokú, a Graefe- és Moebius-féle tünetek jelen vannak. Állandóan izzad, éjjel nyugtalan, alig alszik. Három hó óta fulladozik. Pulsusszám 116.

Műtét 1912 július 2.-án. Az arteriák lekötése után a szokott módon eltávolítunk a strumából mindkét oldalt annyit, hogy körülbelül egy normalis pajzsmirigynek megfelelő rész marad csak vissza.

Július 8.-án teljesen begyógyult sebbel távozik. Műtét óta sokat javult az állapota. Közérzése jó, a remegés, az izzadás, a szívdobogás megszűnt. A pulusszám jelenleg 90. Exophthalmusa alig változott időnként jelentkező fog a klinikán.

XI. K. J.-né 28 éves, pénzbeszedő neje. Felvétetett 1912 július 1.-én. Önként jött a klinikára.

Négy éve van golyvája, két év óta exophthalmusa is. Néhány hónapja hasmenés kínozza.

Felvételtkor nyakának mindkét oldalán egy-egy tyúktójsányi golyvája van. Exophthalmusa nagyfokú, a tremor kifejezett. Ideges, nyugtalan, erősen izzad. Gyakran hány, széklete bő, vizes. A nyelés, a lélekzés korlátozott. Pulsusszám 128.

Műtét július 8.-án. A jobboldali art. thy. sup. és inferior lekötése után eltávolítjuk a Basedow-struma jobb felét.

Műtét után a beteg jól van.

Július 15.-én. A betegnek szívdobogása nincsen, a nyelés, a lélekzés szabad. Nem izzad, idegessége elmúlt. Egész napon át kézimunkázik, éjjel jól alszik. Hasmenése a negyedik napon elmaradt és azóta nem is volt. Étvágya jó, nem hány. Az exophthalmus nem változott.

Július 20.-án. A tremor teljesen megszűnt, az exophthalmus változatlan, subjective teljesen munkabírónak érzi magát. Eltávozik a klinikáról, de időnként jelentkezni fog.

\* \* \*

Két beteg csupán az igen nagyfokú exophthalmus ellen irányult a műtét, mivel az oly nagy fokot ért el, hogy a jelentkező szaruhártyafekély már a szem elpusztulásával fenyegetett. *Dollinger* tanár módszere szerint az orbita laterális falát eltávolítva,\* s utána a szemrést blepharorrhaphiával egy időre elzárva, sikerült a cornealis fekélyeket gyógyulásra bírni s a szemet megmenteni.

Körtörténetükből álljon itt a következő:

XII. R. E. 62 éves, czipész. Felvétetett 1910 szeptember 1.-én.

Hét hónappal ezelőtt észrevette, hogy szemhéjai a rendszerint duzzadtabbak, majd röviddel utána, hogy szegélyei kidüllednek. Bajával *Grósz Emil* tanár klinikáját kereste fel, a honnan klinikánkra helyeztetett át.

Felvételtkor a pajzsmirigyen változás nem észlelhető. Kétoldali exophthalmus; a szemnek egyszerű behunyására körülbelül 4 mm.-nyi rés marad a két szemhéj között, erőltetett becukáskor is marad még 2 mm.-nyi rés. Mindkét szem nagyfokú chemosis, a conjunctivaszákban genyes csafatok uszkálnak. A bal szem corneáján ulcusok vannak, a jobb szem szaruhártyája az alsó harmadban szurkált. A szemfenék ép. Kisfokú tremor. Fejében és szemeiben állandóan hasogató fájdalmat érez, a mely utóbbi időben már nagy adag morphiúra sem szűnik meg. A pulusszám percenként 90.

A beteg a Basedow-kór tünetei közül éppen csakis az exophthalmus volt jelen és ezért a leg gondosabban átvizsgáltuk az orr összes melléküregeit, de azokban semmi kóros elváltozást sem találtunk. Ekkor lueses eredetű szemüregbeli hyperplastikus periostitisre gondoltunk, azonban a szemüregnek később történt kitarása megmutatta, hogy ezen feltevésünk is alaptalan, és minthogy így semmiképpen sem állott hatalmunkban a beteg szemeket a legnagyobb mértékben veszélyeztető exophthalmust csökkenteni, a beteget *Dollinger* tanár a következő okoskodás alapján operálta meg: A beteg szemei az exophthalmus folytán a szaruhártya másodlagos megbetegedése következtében készülnek tönkremenni és ezért az exophthalmust le kell fokozni. Ezt a célt akkor is elérjük, ha az exophthalmust, a mely jelenleg a szemüreg minden oldalról való csontos elhatároltságánál fogva csakis előre irányulhat, ketté osztjuk, vagyis megadjuk a módját, hogy a szemüreg tartalma oldalt is kidülledhessen, a minek folytán az elülső exophthalmus, a mely a szaruhártyát leginkább veszélyezteti, csökkenteni fog és a szaruhártya meggyógyulhat.

Ezen terv alapján 1910 október hó 20.-án mindkét szemét a következőképpen operálta meg:

Az S-alakú lágyrészmetszést, 2 $\frac{1}{2}$  cm.-rel az orbita közepe felett kezdődően és attól egyenlő távolságban maradván, ki-, le- és hátrafelé vízszintes irányban felső részén, a melyet innen hátrafelé még mintegy 1 $\frac{1}{2}$  centiméternyire szabadá, megkímélve általában a nervus facialis azon rostjait, a melyek a járomcsontot keresztezik és a musculus orbicularishoz és palpebralishez vonulnak. A metszés felső fele a csont-hártyáig hatol és azt átmetszi, míg az alsó fele csupán a fascia zygomatico-temporalist metszi át, a musculus temporalis ínas pályáját azonban nem. A halántékizomnak útba eső rostjait átvágva és visszatolva,

\* Részletesen lásd az Orvosi Hetilap 1911. évi 29. számát.

a szemüreg külső falából vésővel egy csontéket távolít el, a periorbitát az ennek megfelelő területen kiirtja, a halántékizomnak visszatolt rostjait nem varrja össze, hanem tátongani hagyja és a bőrsébet egyesíti.

A mint a szemüreg oldalt ekként megnyitotta, az elülső exophthalmus azonnal csökkent, mert a szemüreg tartalma az oldalt ejtett résen erősen kiemelkedett. A gyógyulás zavartalan volt, a fej- és szemájás a műtét után csökkent és nemsokára teljesen elmúlt. Ezután a beteget visszahelyeztük *Grósz Emil* tanár klinikájára, a hol blepharorrhaphiát végeztek, mire a szaruhártyafekély csakhamar meggyógyult.

A beteget 1911 márczius hó 30.-án, tehát öt hónappal a műtét után láttuk újra.

Ekkor már csak kisebb fokú exophthalmus állott fenn, a chemosis elmúlt, a szaruhártyafekély helyét sima heg foglalja el. A fejfájás és a szemfájás nem tért többé vissza.

XIII. Sz. Z.-né, 40 éves, csizmadia neje. Felvétetett 1911 szeptember 14.-én. *Grósz Emil* tanár klinikájáról helyezték át.

Kilencz hónappal ezelőtt vette észre először, hogy nyaka vastagodni kezd és szemei kidüllednek. Nem sokkal ezután gyakran volt szívdobogása. Négy hónappal azelőtt mindkét szeme kivörösödött, azóta szemeiben állandóan fájdalmat érez. Három hét óta bal szemével semmit sem lát. Az I. számú szemklinikát kereste fel, a honnan klinikánkra küldték át.

Mikor betegünk hozzánk került, bal szeme a nagyfokú exophthalmus folytán már teljesen tönkrement. Általános testi állapota is annyira rossz volt, hogy nem mertünk strumectomiát végezni, csupán a jobb szemét igyekeztünk megmenteni. A műtétet itt tehát csak a jobb orbitán végeztük, a fenn leírt módon. (Lásd a XII. számú körtörténetet.) Másnap *Imre* dr. I. számú szemklinikai tanársegéd blepharorrhaphiával zárta a szemet. A gyógyulás erre megindult, a lobos tünetek általában visszafejldtek de a szemrés kinyitása után csakhamar ismét visszatértek. *Imre* dr. tanársegéd újra blepharorrhaphiát végez, majd néhány nap mulva eltávolítva a varratot, bőrvizes mosásokkal és atropinbecsöppentésekkel igyekeztünk a szemet gyógyulásra bírni. Minthogy ez csak lassan haladt, *Imre* dr. hermetikus szemvédőt adott. Ezenkívül folytattuk az atropinbecsöppentést is. A bulbaris conjunctiva duzzanata és belőveltsége lassanként megszűnt, a cornea alsó harmadában levő fekély feltisztult.

További kezelésre ekkor *Grósz Emil* tanár klinikájára helyeztük vissza, a hol a szemtünetek lassanként csaknem teljesen megszűntek, a cornealis fekély szűrke heggel gyógyult.

Általános állapota azonban eközben is egyre romlott, azért a szem gyógyulása után *Jendrassik* tanár klinikájára helyeztetett át. Onnan nemsokára távozott és hogy bajának súlyosságát — miszerint nagyobb beavatkozást már nem bírta ki — helyesen ítéltük meg, igazolta az, hogy néhány hónap mulva a 40 éves nőbeteg haláláról értesültünk.

Mindkét eset alapján olyan igen nagyfokú Basedow-kóros exophthalmus ellen, a melyben az erős protrusióhoz kötőhártyagyuladás és chemosis csatlakozik, még mielőtt a szaruhártya beszűrődne, a szemüregbeli nyomás alábbszállítására *Dollinger* tanár a szemüreg külső csontos falának és a periorbitának eltávolítását ajánlja és reméli, hogyha ezen, aránylag csekély beavatkozást idejében végrehajtják, sikerülni fog az ilyen esetekben a szemeket a szaruhártya kifekélyesedésétől és perforációjától megmenteni és a betegek veszélyeztetett látását megtartani.

Mint láttuk — egy kivétellel (lásd az V. számú körtörténetet) — a műtét után valamennyi betegünkön gyorsan igen lényeges javulás állt be. A hasmenés, az izzadás, az általános ideges tünetek elmúltak, a nyugtalan álmatlanság, jó alvás váltotta fel. A tremor elmúlt, az exophthalmus lassabban tűnt el, de szintén megszűnt, kivéve K. M.-en, kin szintén javult ugyan, de 9 éve lévén exophthalmusa, az orbitális szövetek most már túltengtek és ennél fogva a XII. és XIII. számú esetben leírt műtét volna itt is ajánlatos.

A betegek gyorsan kezdtek hízni és szegény emberek lévén, csakhamar visszatértek munkakörükhöz, folytatva azt most is, megcáfolva ezzel a gyakran hallott ellenvetést, hogy a beteg csak addig érzi jól magát, míg a kórházban van.

Egy betegem sem kísérletet tett meg szemhéjféle gyógyszeres vagy klimás gyógyeljárás, a beállott gyógyulás tehát tisztán a sebészi beavatkozásnak a következménye. Nincs is ma más gyógyítási mód, melylyel a Basedow-kóros beteg erejét, munkaképességét ilyen rövid idő alatt ennyire lehet emelni, és azért ma — az arra alkalmas esetekben — a sebészeti gyógykezelést minden egyéb más gyógykezelés fölé helyezhetjük.

Köszönetet mondok végül főnökömnek, *Dollinger* tanár ő méltóságának, hogy az anyagot rendelkezésemre bocsátani és a kellő útbaigazításokat megadni szíves volt.



**Közlemény a königsbergi kir. egyetemi orr- és gégegyógyászati poliklinikáról. (Igazgató: Gerber P. dr., egyetemi tanár.)**

### A tonsillektomiáról.

Irta: *Réthy Aurél* dr., königsbergi egyetemi tanársegéd, műtőorvos.

A tonsillektomia indiciójának kérdése még mindig oly terület, hol egyöntetű megállapodás még nem jött létre. A szerzők egy része radicalis álláspontot foglal el; ezek minden esetben tonsillektomiát végeznek, még akkor is, ha csak egyszerű hypertrophia van jelen s chronikus gyuladással, recidiváló, localis avagy általános tünetekre vezető tonsillitisnek nyoma sincsen. Mások a legnagyobb óvatosságot ajánlják. Ezek kryptogen, belső tonsillaris secretiót gyanítanak, mely a szervezet correlációjára lenne nagy befolyással. Egyesek a mandulákat mint rendkívül fontos védő berendezést fogják fel és csak tonsillotomiát, esetleg partialis morcellement-t tartanak megengedhetőnek, még akkor is, ha a chronikus gyuladás jellegző tünetei, avagy esetleges általános következményes jelenségek mutatkoznak. A mi álláspontunk a közép-úton van.

#### Tonsillektomiát végzünk:

1. Mindazon esetekben, mikor *chronikus tonsillitis* van jelen, mely akár önmagában okoz kellemetlen subjectiv és objectiv jelenségeket, akár a szomszédságnak, avagy az egész organismusnak megbetegedésére vezet. Ezen időszínten gyuladt mandulák száma tekintélyes; mégis eme tényt még a specialisták sem veszik kellőleg tekintetbe. Mai nap tudjuk, hogy ily mandulák nem ritkán okozói nephritisnek, appendicitisnek, orchitisnek, acut és chronikus recidiváló ízületi gyuladással. Egy 26 éves budapesti collegámon sajnosan tapasztaltam chronikus, exacerbáló tonsillitis kapcsán sepsises endocarditis fejlődését, mely halálra vezetett. Utóbbi időben mint következményes bántalom a poliomyelitis figyeltetett meg.

2. Radicalisan távolítjuk el a tonsillákat, ha azok igen gyakran *acut gyuladás* székhelyei, vagy

3. ha gyakrabban mutatkoznak *peritonsillaris tályogok*.

4. A tonsillektomiát ajánljuk továbbá *makacs, elhúzódó angina Vincenti* esetén. Két ily esetben végeztem a műtétet; az egyik recidiváló volt; szokásos therapiás ténykedésünk eredménytelen volt. Tonsillektomia után kifogástalan, reactionmentes gyógyulást láttam. A súlyos subjectiv és objectiv jelenségek megszűntek; míg a membranosus lepedéken tömésmentes menyiségű spirochaetát és fusiformis bacillust találtam, addig a műtési seb lepedékén egyetlenegy sem konstatáltam.

5. *Primaer sclerosis* eseteiben, ha a spirochaeta-lelet positiv.

6. A mandula *makroskopos* elváltozást okozó *tuberculosis* eseteiben.

7. A tonsilla *malignus daganata* esetén.

A *tonsillotomia* indikált az egyszerű hypertrophiás alaknál. A mi a hypertrophiás tonsilla tonsillotomia útján való eltávolítását illeti, egyes szerzők úgy vélik, hogy ezáltal a szervezet egy fontos védekezési szervétől fosztjuk meg. Ez a félelem azonban alaptalan. Igaz ugyan, hogy a szervezet a külső ártalmak, különösen bacteriumok ellen védőeszközt igyekszik felállítani; s ez csakugyan nagyfontosságú jelenség. Így kell a lázat is felfognunk, mintegy defensiv jelenséget. A magas hőmérsékkel az organismus a kórokozókat akarja megsemmisíteni; de a szervezet nem ritkán túlló a czélon: a magas hőmérsékkel nemcsak a kórokozónak árt, hanem önmagát is megöli. Szükség esetén tehát a lázat antipyreticumokkal szabályoznunk kell, de nem szabad teljesen elnyomnunk. Hasonló a helyzet túltengett mandulák esetén is. A tonsillák úgy histologice, mint klinice védőszerv gyanánt tűnnek fel. *Histologice* megfelelnek a nyirokmirigyeknek, melyek a nyirokrendszerbe iktatva, a szennyes anyagok felfogására szolgálnak. *Klinice* gyakran látjuk, hogy az orrban végzett műtét után 24—48 óra múlva heveny mandulalob jelentkezik.

Hogy ez a nyirokutak útján támad s nem a lefolyó váladék avagy az elégtelen nyelési actus (*Navratil D.*<sup>1</sup>) által feltételezett, *Lénárt*<sup>2</sup> bizonyító kísérletei mutatják, melyek az orr nyálkahártyájának nyirokutak útján a tonsillával, mint nyirokmirigyvel való direct összefüggését teszik plausibilissé. Ezzel szemben azonban be kell vallanunk, hogy az orrműtétet relative ritkán követi tonsillitis, bár az orrban tökéletes sterilitással aligha dolgozhatunk. De másrészt sok nyirokmirigyet találunk, mely a mandulákat defensiv működésükben támogatja, illetve helyettesíti. Fel kell említenem, hogy a tonsillák felületén a fehér vérsejtek állandó kivándorlása van jelen (*Stöhr*) s bárha ez utóbbiak többnyire lymphocyták s így a phagocytosis kevésbé jön számba, mégis e jelenség nagy valószínűséggel defensiv functio gyanánt fogható fel. A tonsillák eltávolítása után tudtommal az organismus tevékenységének harmoniáját illetőleg kiesési tünetek sohasem észleltettek, sem felnőtten, sem gyermekben. Nagyon valószínű tehát, hogy a tonsillákban belső secretio, vagy mondjuk a correlációra fontos belső secretio nem történik. A mandulák tisztán defensiv berendezést képviselnek sajátos nyirokmirigyek alakjában. Ha azonban a tonsilla túlságosan hypertrophizál, kellemetlen consecutiv jelenségek mutatkozhatnak (légszí zavarok, secundaer hurutok, utóbbiak előidézve a lefolyó váladék által, vagy ennek a túlnagy mandulák által okozott pangása folytán, továbbá telt szájú beszéd, esetleg akadályozott táplálkozás stb.). Ez esetben tehát a partialis eltávolítás, azaz a tonsillotomia indikált, de tekintve a szerv defensiv szerepét, a radicalis kiirtás, azaz a tonsillektomia elvetendő, épp úgy, mint egyszerű rhinitis hyperplastica eseteiben a régebben annyira gyakorolt turbinektomia. Azok, kik ily esetekben is tonsillektomiát végeznek, a gyakori recidivákkal argumentálnak. Én úgy vélem, hogy a recidivák oka épp a megújuló infectio okozta proliferatiós ingerben keresendő. S itt a tonsilla csonkja nagy ellentállást fejt ki. Kiemelik, hogy 3—4%-ban a hypertrophiás mandulák tuberculosisbacillusokat rejtenek magukban. De e 3—4% miatt 100%-ot irtunk ki? Minthogy azonban a tuberculosisbacillusok bevándorlása a legtöbb esetben valószínűleg az orr nyálkahártyáján át történik, nem számíthatunk-e majdnem biztossággal arra, hogy a többi nyakmirigy is fertőzve van, melyek, épp úgy mint a tonsillák, a folyamat tovaterjedésének igyekeznek gátat vetni, a mely küzdelemben e mirigyek egy része tönkremegy. De ha a tonsillát radicalisan eltávolítjuk, egy újabb infectio nem fertőzi-e a többi nyirokmirigyet? Hisz látjuk, hogy a gümőkórban megbetegedett nyirokmirigyek leggondosabb eltávolítása után is recidivák állnak be az újabb infectio eredményeként még akkor is, ha a *mandulák radicalisan eltávolítottak*. Valóban előfordulhat, hogy a mandulák alkotják a tuberculosis belépése helyét, de ez mégis kivételes eset.

Másként áll a dolog a mandulák chronikus gyuladással processusaiban. Itt a mandulák mint a pathogen bacteriumok exquisit hordozói szerepelnek; ezek csak a kedvező alkalomra várnak, hogy a szervezet kisebb-nagyobb megbetegedését idézzék elő. Ezt a védőbástyát tehát épp azok tartják hatalmukban, melyek ellenében védekezésül szolgálnak. Ez okból ily esetben a radicalis kiirtás van helyén.

A *morcellement*-t egészen feleslegesnek tartom. A műtét alatt nem tudjuk biztossággal konstatálni, mily mélyre terjed a folyamat. Az eljárást több ülésben végezni, mégis csak felesleges kínszásnak tűnik fel.

A *conservativ methodusok*, a mély lacunák felhasítása, kikaparás, massage többnyire csak ideig-óráig tartó javulásra vezetnek. A *galvanocaustikás* kezelés sem nyújt kedvező eredményt; sőt súlyos következmények, tályogképződés stb. figyeltettek meg.

Az indicióhoz képest tehát vagy *tonsillotomiát*, vagy *tonsillektomiát* végzünk.

Eljárásom a *tonsillektomia* alkalmával a következő: Műtét

<sup>1</sup> *Navratil Dezső*: A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya 1911.

<sup>2</sup> *Lénárt*: Archiv für Pharyngologie, XXI. kötet, 463. oldal.

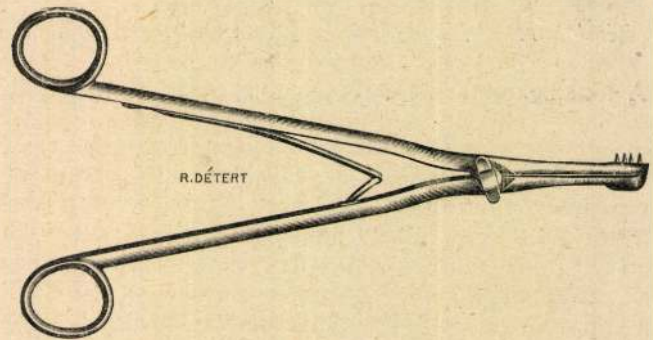
előtt a betegek a szokásos száj- és fogmosást végzik. A legfontosabb követelménynek tartom az anaesthesiát, még pedig a jó anaesthesiát. Ez a műtét sikeres végzésére nagy befolyással van. Elsőben is a tonsillát és közvetlen szomszédságát 15—20%-os cocainoldattal enyhén bedörzsölöm. Néhány percz mulva a már felületesen érzéstelen területen elvégzem a tulajdonképpeni érzéstelenítést. Anaestheticumként 1%-os novocainoldatot használok, mely, mint ismeretes, ideális érzéstelenítő szer, a mennyiben kitűnően hat és relative kevésbé mérgező. Más régiókon végzett műtétek alkalmával 30—40—50 grammot is applikáltam az 1%-os oldatból a nélkül, hogy a legkisebb kellemetlen tünetet észleltem volna. Az injectiókhoz kiválóan alkalmas az Alexander-féle fecskendő, mely három gyűrűje miatt kényelmes fogást biztosít. A tű megfelelő hosszú és a végén meggömbített. Feleslegesnek tartom magába a mandulaszövetbe fecskendezni, mert ez cél- és haszon nélküli. Ezért a tű meggömbített végét a mandulától részsut kifelé szúrom be. A retrotonsillaris szövetbe szintén felesleges anaestheticumot adni. Én az injectiót fenn, a mandula csúcsa felett kezdem el s 1—1.5 cm.-nyi közökkel, 0.5—1 cm<sup>3</sup> 1%-os oldatot applikálok. Az oldatot a tű beszúrása közben injiciálok. Ezt az eljárást követem a tonsilla mentén köröskörül, úgy, hogy összesen mintegy 8—10 cm<sup>3</sup> oldatot használok el. 10 cm<sup>3</sup> 1%-os novocain-oldathoz előnyös 6—8 csepp tonogent adni. Ily módon járva el, a tonsilla körül infiltrációs gyűrűt kapok, mely 8—10 percz alatt tökéletes érzéstelenséget hoz létre. Ezen módszert követve, betegeim soha a legcsekélyebb fájdalmat sem érezték a műtét alatt. Az érzéstelenséghez szükséges időt (8—10 percz) kivárva, a műtét végzéséhez fogok. *Mandula-fogó alkalmazása nélkül*, a nyelvet spatulával lenyomva, a mandula felső polusát szabaddá teszem. Ideálisnak bizonyult e célra a Freer által a submucosus septumresectióhoz ajánlott félholdalakú nyálkahártyakés. Ezen actus szabatos kivitele rendkívül fontos. Eme műtétről kevésbé járatos operateurrel eleintén könnyen megtörténik, hogy helytelenül magába a tonsilla szövetébe metsz bele. Hogy ez felületes vizsgálat alkalmával könnyen megtörténhetik, mutatja néhány megfigyelt esetem; a mandula csúcsán, de még magában a tonsillaris szövetben ülő mély bevágás (lásd az 1. ábrát) úgy imponált, mint a felső polus, annál



1. ábra.

is inkább, mert a bevágás fölötti mandularészlet nyálkahártyával volt fedve. De látszólag egészen kicsiny tonsilla esetén is, ha alapos vizsgálat alá vesszük, gyakran észleljük, hogy magasan fölterjed a tonsillaris szövet az uvula felé; ily esetekben a kiemelkedő kis mandula fölött bársonyos területet látunk, mely eléggé jól megkülönböztethető a környezettől. Ha helytelenül nem a mandulaszövet felső polusa mentén végezzük a metszést, akkor a műtét sima lefolyása nagyon kétséges, mert nem a tonsillaris fascia alá, hanem a fölé jutottunk. A Freer-féle késsel a csúcsot egy előre, majd egy hátrafelé haladó metszéssel szabaddá tesszük. A „Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie“ 1912. évf. V. füzetében megjelent közleményemben még szükségesnek jeleztem a mandulának az elülső és hátulsó szájpadívvá való összenövését késsel oldani. Úgy tapasztaltam azonban, hogy ez teljesen felesleges, annál is inkább, mert további eljárásom ezt is simán és szövetsértés nélkül oldja. A tonsilla felső polusának szabaddá tétele után következik a mandula enucleatioja; míg az enucleatiót megelőző ténykedés némi időt igénybe vesz, maga az enucleatio pillanat műve. E célra

a *Detert Rudolf* czéggel (Berlin NW 6, Karlstrasse 9) készítettem kettős elevatoriumot, mely a gyors munkát biztonsággal párosítja; tompán dolgozik és mégsem szakít, nagy erőt fejt ki s mégsem durva. A műszer, mint a 2. ábra mutatja, erős



2. ábra.

fogót képvisel, melynek két fele tompaszögben találkozik; a száruk nem keresztezik egymást, hanem a tompaszög csúcsán érintkeznek; a száruk zárásakor a két fejfél távozik egymástól, még pedig majdnem párhuzamosan. Maga a fej téglalap-alakú, melynek sarkai legömbölyítettek s a melynek vastagsága felülről lefelé kevesbedik, úgy hogy harántmetszeten háromszögalakúnak látszik. A medialis lapon több felfelé görbített tövis van elhelyezve. A tonsilla csúcsának kibraeparállása után a fejrészt a sebvonalba helyezem, mutatoujjammal a lateralis szárra lefelé irányuló nyomást gyakorolok, s a szárat zárom; ennek következtében a két fejfél egymástól távozik; a lateralis fél a lateralis garatfalra támaszkodik, a másik a tonsillára gyakorol nyomást. Ily módon a tonsilla felső részlete leválik; ezután a nyomást megszüntetem, mire a fogó automatásan egy „kratzni-rugó“ által nyílik. Újabb nyomást gyakorolok; a szárat zárom, mire a tonsilla legnagyobb része leválik. Mintegy háromszori zárásra a fascia teljesen levált ágyából; a tonsilla tehát teljesen enucleálva van, csupán az elülső és hátulsó szájpadívvá függ össze a széleken egy vékony nyálkahártyalemez útján. A téglalap-alakú fogófej tehát a teljesen leválasztott tonsilla és a lateralis garatfal között mintegy kosárban ül. A leválasztást nagyon elősegítik a medialis fejfélben ülő s fölfelé görbített tövisek, melyek a fasciába kapaszkodnak s minthogy nagyobb számban vannak jelen, nem szakítják be azt. Ha a fogót lefelé nyomjuk, a tövisek is simán csúsznak le s így újabb támadási pontot nyerne. E mellett szükség esetén a fogó eltávolítása a tengely körüli megcsavarással könnyen sikerül. A tonsilla teljes enucleatioja után a fogót eltávolítva, a két szélén és alul még gyengén rögzített mandulát mandulafogóba szorítom. A fogón át egy erős kacsszorítót applikálok, a tonsillát erősen kihúzom, mire a kacs csupán a nyálkahártyát éri. Ezzel a tonsillektomia be van fejezve. Kacsszorító gyanánt legjobbnak találtam az *Eves*-félélt.

A műtétet számos esetben hajtottam végre, de soha a legcsekélyebb utóvérzést sem kaptam. Az ok természetesen abban rejlik, hogy a leválasztás nem a szokásos éles raspatoriumokkal történik, melyek a subfascialis szövetet is megsértik. A dupla elevatorium nem térhet ki az útból, mely a fascia és a subfascialis szövet határán vezet. Tisztán kacscsal a műtétet végrehajtani tapasztalataim szerint alig jelent többet mély tonsillotomiánál.

Műtét után előnyös a műtét területét anaesthesinél, cycloformmal avagy propaesinnel insufflálni. A gyógyulás simán történik.

A műtétet a német publicatióban még egyoldalt ajánlottam egy ülésben végezni; meggyőződve azonban a műtét teljes veszélytelenségéről, de másrészt tekintetbe véve a műtét gyorsaságát — 15—30 másodpercz alatt elvégezhető —, indicatio esetén mindig mindkét oldalt operálok egy ülésben.

## Gyermekgyógyászat, higiéné és gyermekvédelem.

Előadta az I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressuson

Deutsch Ernő dr., igazgató-főorvos.

(Vége.)

De magára a tanmenet irányítására, a taneszközök megválasztására is döntő hatást gyakoroljon az orvos. A természettudományi alapon álló „non scholae, sed vitae discimus” elv ért az orvos hivatott elsősorban küzdeni. A sok haszontalan, csupán feledésnek szánt, de az agyat károsan megterhelő adathalmaz, a túlsok házi feladat kiküszöbölése, az iskolai kirándulásokkal fűszerezett szemléltető oktatás előtérbe helyezésének leghivatottabb szószólója az orvos. A tankönyvek s füzetek kellő nyomtatása, a palatábla mellőzése, a tanterem (padok méretei s elhelyezése, világosság kellő mennyisége s minősége) s a mellékhelyiségek (árnyékszékek, fürdő stb.) megfelelő berendezése, a tanulók rationalis elhelyezése (ültetés, a látó- s hallószervek állapotát tartva irányítól) nem a tanító önkényére, hanem az orvos belátására bizassék.

A rendes tanmenet megszakítása fertőző megbetegedések felismerése esetén az epidemiák tovaterjedésének megakasztása szempontjából óriási horderejű. Az iskolai büntetés módzatainak megállapítását, a testi fenyítés kiküszöbölését, nem csupán paedagogiai, de elsősorban orvosi feladatnak tartom. A „mens sana in corpore sano” elv megvalósítása szintén orvosi feladat, az agy foglalkoztatása mellett a szervezet többi része se valljon kárt s azért a szellemi munka mellett a torna, a sport és az úszás is találjon kellő méltánylást. Ne téveszsük szem elől, hogy helytelen azon nézet, hogy a szellemi munka után az izommunka pihenést jelent; a fáradtság kölcsönös s a tanulás után a torna nem jelent pihenést. A tornaanyag elosztása a kor, a nem s a gyermek egészségi állapota szerint orvos utasítása szerint eszközöltessék; túlterhelés a testi munka terén is kóros jelenségek kútforrása lehet. A kellő nagyságú tornatermek s terrek berendezését is nekünk kell szorgalmaznunk.

E helyen akarok megemlékezni a pubertás szakáról, a mikor a testi s szellemi munka kellő adagolása a jövő fejlődésre döntő hatással van. Felemlítem a coeducatio kérdését, melyet orvosi szempontból csak helyeselhetek.

A tornázás mellett a sport észszerű gyakorlása már a fegyelmelés szempontjából is felette fontos. Hogy a higiénének az úszás oktatása s az iskolai fürdők mily nagy szolgálatot tesznek, felesleges hangsúlyozni. A tornával s a sporttal kapcsolatban emlékszem meg az orvos utasítása szerint mechanikai és thermiás behatások útján keresztülvitt edzésről.

Az iskola épületének elhelyezésére és berendezésére vonatkozólag a köztudatba ment át azon nézet, hogy az erre vonatkozó megállapodások megvannak, ezeket ma már csak némáson kell átvinni; e felfogás helytelen. Az orvosnak az építészszel s a tantestülettel karöltve kell gondoskodnia, hogy mindig a fenforgó helyzet tekintetbevételével építtessék az iskola. Saját tapasztalásomból merítem azon kijelentést, hogy ha a sematizálástól eltérnek, nem eshetik meg, a mi nemrég Budapesten megtörtént, hogy egy iskolát építettek, a nélkül, hogy a telek- s talajviszonyokat tekintetbe vették volna, úgy hogy utólag derült ki, hogy a pinczében levő helyiségek a talajvíz miatt fürdő céljaira alkalmatlanok s a játszótér, a tanulók nagy számát véve tekintetbe, nevetségesen kicsi, a környékben levő szénraktárak pedig a drágán épült iskola levegőjét rontják.

Hazánkban az iskolaorvos egyúttal az egészségtan tanára s mint ilyen a higiéné népszerűsítése s a népbetegségek elleni küzdelemnek hathatós előharczósa; nálunk csupán azon elvet hibázatom, hogy az iskolaorvosi intézmény nagyrészt a középiskolában van rendszeresítve, holott a népiskola gyermekei szorulnak véleményem szerint leginkább orvosi felügyeletre.

Hogy mily szép eredményeket lehet iskolák keretében

orvosi ténykedéssel elérni, azt a budapesti izraelita hitközség fiúárvaházának nép- és polgári iskolájában 15 éves működésem folyamán tudtam bebizonyítani s „Árvaházakról” című dolgozatomban írtam meg. Hogy pedig az iskolaorvos hiánya mit jelent, azt Budapesten mint iskolaszéki tag tapasztaltam egy kizárólag proletárgyermekek által látogatott iskolában, hol a tanulók óriási hányada szorul egyik vagy másik oknál fogva orvosi ellátásra.

Orvosi szempontból nagyfontosságú a gyermekek szünidei ellátása. A szünidei gyermektelepekre s fürdőkonviktusokba orvosi láttelelet alapján helyeztessenek el a tanulók, egészségi állapotuk és nem tanulásuk eredménye szerint. A telepek építménye vagy az egyes családok lakása, a hol a gyermekek el vannak helyezve, orvosi felügyelet tárgya legyen, nemkülönben a gyermekek táplálása s az edzésüket célzó eljárások. Az eredmények regisztrálása — a testsúly gyarapodása, a vérkép elváltozása stb. — az orvosi működés keretébe tartoznak. Az erdei üdülőtelepek s iskolák látogatására alkalmasak kijelölése nem a jótékonyosság, hanem az orvosi működés feladata legyen.

Mi orvosok vagyunk leginkább hivatva, hogy a köztudatba vigyük át azon felfogást, hogy minden gyermekre, de különösen az idegesen és gümőkórosan terheltekre és betegeknek nézve mily nagyfontosságú, hogy az oktatást az iskola-teremből a szabadba vigyük ki; utalok a Budapesten e téren tett eredményes kísérletekre, a lyoni „école sanatorium”-ra, az amerikai „fresh in rooms”-ra s a dávosi s arosai iskolai sanatoriumra, továbbá az internátusi alapon álló „Landerziehungsheim”-ekre.

A nehezen nevelhető és bűnöző gyermekek ellátásába egész új nézőpontok kerültek, a mióta a jogászok s paedagogusok kivül az orvos is foglalkozik e kérdésekkel. Mint az utolsó magyar országos elmeorvosi értekezleten elhangzott felszólalásomban kifejtettem, orvos létemre két árvaházban (250 növendék), egy siketnéma intézetben (100 gyermek) s egy patronage-egyesületben (évente átlag 150 rendőrségi eset) tett tapasztalataim alapján magam is átestem azon fejlődésmeneten, melynek folyamán megtanultam, hogy a legtöbb rossz tanulónak e tulajdonságát valamely kóros állapot okozza, hogy vannak gyermekek, kik ösztönüket követve, hagyják el az őket minden tekintetben jól ellátó intézetet („fugues”, a későbbi csavargás első jele) s hogy vannak bűnöző gyermekek, kik családi gondozásban nem javulnak meg, ellenben intézeti ellátás révén belőlük a társadalom hasznos tagjai válhatnak. Összefoglalva, megtanultam, hogy a normalistól a psychopathiáig a változatoknak száma végtelen s ezeknek szem előtt tartása a nehezen nevelhető s bűnösök megítélésére döntő.

A jogászok, kik a gyermekvédelem e részét maguknak vélték kisajátíthatni, kezdik belátni, hogy a gyermekbiróság, a patronagéténykedés, a kényszernevelés, a javítóintézetek tágabb értelemben vett gyógypaedagogia nélkül értéktelenek; kellő előképzettséggel bíró orvos állapítsa meg a körjelzést, a jelen állapotot, ezek összevetésével a körjelzést s irányítsa a kezelést, illetőleg a nevelést.

Az anamnesis kiterjed az összes antecendentiaakra, a családi terheltség és degeneratio minden részletére: az elődök alkoholismusa, ideg- és elmebántalmak, mérgezések (ólom), gümőkór, anyagcserebántalmak, az anya szervezetének kimerülése (sok szülés), a szülők testi és lelki állapota a fogantatás pillanatában, a terhesség lefolyása, a csecsemő táplálása, fejlődésmenete (súly, fogzás, járás), a gyermekor betegségeire (fertőző bántalmak), rossz szokások (ágybavizelés, körmörágás), az iskolai előmenetelre stb. stb.

A jelen állapot feltünteti a test és a lélek status praesensét, kiterjedve a test minden részletére, különösen a degeneratio jeleire (egyesek fennállása nem mérvadó) és bizonyos primitív, majd komplikáltabb psychoanalytises módszer szerint a gyermek szellemi fejlettségére. A „milieu” megfigyelése is e keretbe tartozik: a szülők szigorúsága, túllengedékenysége, a nevelés hiánya vagy túlbúrjázása, rossz társaság, lakásnyomor, ipari foglalkozás, egyenlenség a szülők között stb. stb.

(Ziehen: Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin, Karger, 1908.)

Ezek egybevetésével oly szakvéleménnyel szolgálhatunk, mely a büntethetőség korhatárának individualizálása s a büntetés minőségének megállapítása szempontjából a bíró ténykedését irányíthatja s a nevelés (választás családi elhelyezés s internálás között, a kényszernevelés fokozatainak megszabása stb.) kellő mederbe tereli.

A therapiát illetően a paedagogia s az orvos szempontjából gyógyítható tünetek különválasztandók a constitutionális gyógyíthatatlanoktól. Az említettem irányelveket tartottam mindig a felsorolt intézetekben kifejtett ténykedésem alatt szem előtt s ily módon nem egy gyermeket sikerült a társadalomnak megmenteni.

Természetes, hogy a családi vagy intézeti gondozásban levők úgy gyermek-, mint elmeorvosi szempontból állandó felügyelet alatt álljanak s a hivatásválasztáskor az orvos döntő befolyást gyakoroljon.

A hallószervnek socialhygienés ellátása nagy horderejű. Sok vidéken a csecsemő ú. n. „tisztulásának“ előnyös alakját látják az újszülött fül-folyásában s kezelésével mitsem törődnek, bár az újszülötteken végzett bonczolások bebizonyították, hogy az esetek 75—80%-ában a tuba kórosan elváltozott s *Simonds, Ponfick* s *Hartmann* kimutatta, hogy a csecsemők középfülgyulladásával kapcsolatban az emésztő- s húgyivarszervek elváltozásai elég gyakoriak. Tagadhatatlan, hogy *Gomperz* alapvető munkálatáig még az orvosok is keveset törődtek, sőt bizonyos fokig kivihetetlennek tartották az újszülöttek s csecsemők füleinek vizsgálatát; a bécsi iskolának köszönhetjük, hogy az orvosi köztudatba átment a kiseddek hallószerve vizsgálatának s kezelésének hordereje se meggyén haladva a nagyothallásnak, süketiségnek s süketnémaságnak nem egy esetben veheti elejét a lelkiismeretes orvos. Nagyfotosságú ezért, hogy a csecsemők ellenőrzésével s kezelésével foglalkozó socialhygienés intézmények orvosai szóval s írásban hirdessék e bántalmak horderejét (koponyacsontok, agyhártya, agy megbetegedései, hallás-zavarok) s oktassák a fül-folyás házi kezelésének módjait (száraz tamponkezelés és fecskendés), melyeket az orvos s az ápolószemélyzet időnként ellenőrizzen. Én a csecsemő-rendelőintézetemben szép eredménnyel végzem a száraz kezeléssel kombinált hydrogen-superoxyd-becepegtetést. A mondottak következménye, hogy az orvosok ezirányú kiképzésére mennél nagyobb súlyt kell fektetni.

A későbbi gyermekkorban heveny és idősült fertőző bántalmakkal kapcsolatban jelentkező fülbántalmak kellő kezelése, az esetleges műtétek javulatának felállítása s keresztülvitele az illető gyermekek jövőjére nézve döntő hatással van. Szükségesnek tartom, hogy a gyakorló orvos is ura legyen a vizsgálati eljárásoknak s a műtétek közül legalább a paracentesisnek, szem előtt tartva, hogy a hallószerv részéről a súlyos szövődmények rendszeren oly esetekben fordulnak elő, hol a spontán genyáttörést bevérték. Az iskolaorvos határozza meg, hogy a fülbetegek illetően nehezen hallók közül ki részesülhet a normalis gyermekekkel együtt oktatásban (elhelyezés a tanító közelében!), ki kerüljön nehezen hallók számára szervezett osztályokba (e helyen említem fel *Brühl* tapasztalatát, mely szerint nehezen hallókat az iskolában nem egyszer gyengeelméjűnek tartottak), s végre, kik valók süketnéma-iskolákba, illetőleg intézetekbe.

A süketnéma iskolai vagy intézeti gondozásának kezdetén és folyamán az orvos és a paedagogus vállvetve munkálkodják. A vezetésem alatt álló országos izraelita süketnéma-intézetben egy és egy fél évtized alatt tett tapasztalataimból szűrődött le azon igazság, hogy süketnéma-intézetekben sok oly elem van elhelyezve, mely szellemi defectusainál fogva más gyógypaedagogiai ellátást igényel a saját, valamint az intézetben lévő társainak érdekében. A süketnéma hallásmaradékainak megállapítása, az orr, garat s fülek bántalmának kezelése hatalmas, a paedagogus ténykedését kiegészítő tényező.

Az orr és garat kóros elváltozásai kezelésének is nagy socialhygienés fontossága van; csupán a bántalmak két cso-

portját akarom emlékeztükbe hívni: az orr görvélyes elváltozásait mint a scrophulosis összképének egy részjelenségét, mely a localis kezelésen kívül általános roboráló ellátásra (gyermektelep, kellő diéta s medicamentosus therapia) javul, illetően az idők folyamán gyógyul, s a garatmandulák duzzanatát (vegetationes adenoideae), mely sok esetben a testi és a szellemi fejlődést akasztja meg és egyes kóros folyamatok létrejöttét segíti elő (recidiváló náthák, középfülgyulladások, ágybavizelés stb.), eltávolításuk pedig gyakran meglepő eredménnyel jár; az egy ideig uralkodott operatív túlbuzgalmat azonban ez nem igazolja, az individualizálás elengedhetetlen e téren is. Az iskolaorvosnak e tünetcsoportokat jól kell ismernie s kellőképp értékelnie.

A látószervnek socialhygienés felügyeletére az egész gyermekkoron át égető szükség van. A blennorrhoeás váladékkal telt hüvelyen a szülés közben áthaladó magzat szeméi a gonococcus által nagy mértékben vannak veszélyeztetve, a mit legnagyobb mértékben bizonyítanak a vakság okait feltűntető statisztikák. A meglevő betegség súlyosságát még fokozzák a tudatlanság és babona szolgáltatja ú. n. gyógyító eljárások (pl. az anyatejnek befejeése a szembe). *Credé* higpokolköldat beceppentése által értékes prophylaxisos eszközzel ajándékozta meg az emberiséget, mely eljárás köz-kincscsé tétele érdekében az orvosközönségnek mindent meg kell tennie. Az ophthalmoblennorrhoea kezelésével nemcsak a specialistának, hanem a gyakorló orvosnak, de különösen a csecsemők felügyeletés kezelésével foglalkozó szakembernek is tisztában kell lennie.

A kötőhártya különböző hurutjai felette fertőzők, különösen a szem épségét nagy mértékben veszélyeztető trachoma emelendő ki.

A scrophulosis folyamán gyakori tünet a szemek megbetegedése, a minek következményeként nem egyszer mutatkozik a szaruhártyának a látást veszélyeztető elhomályosodása. A szemorvosi szakkezelésen kívül az általános roboráló ellátásra is nagy súlyt kell fektetnünk, mely ügy szolgáltatásban számos socialhygienés intézmény áll (szünidei gyermektelepek, fürdőkonviktusok, tengerparti sanatoriumok). E berendezések számának szaporítása s a kezelési idő lehető meghosszabbítása égető orvosi feladat.

A heveny fertőző megbetegedések folyamán a szemek részéről gyuladós folyamatok (morbilli, variola) és benulások (diphtheria) felette gyakoriak. *Jenner* és *Behring* eljárásai érdekében az orvosok legmesszebbmenő tudományos s népszerű propagandát kötelesek folytatni, mert csodálatos, de való, hogy még az orvosokat is sok esetben meg kell nyerni e körmelegelő s embermentő eljárások részére.

Az idősült fertőző megbetegedések közül a syphilis veszélyezteteti leginkább a látószerveket (syphilis hereditaria tarda, *Hutchinson*-trias). A nemi betegségek ellen felvett kellő felvilágosítás alapján álló küzdelem, a lues kezelésének egyszerűsítése (salvarsan), a bujakóros gyermekek intézeti ellátása (új német irányzat!) orvosok által szorgalmazandó tényezők.

Az iskolaorvos ténykedésének talán legfontosabb mozzanata a látás rendelkezésének felderítése és azok javítása. Az iskolaterem kellő világítása, a padok megfelelő szerkezete, a könyvek nyomtatásának szakszerű ellenőrzése, szükség esetén pápaszem rendelése, a tanulóknak látásképességük szerint ültetése, esetleg rosszul látók részére berendezett kisegítő osztályok szervezése mindmennyi orvosi feladat.

A szem sérülései is felette gyakoriak a gyermekkorban, ezek kezelése, a sérült szem esetleges eltávolítása, a sympathicus-gyulladás kezelése nagyfotosságú. A hivatásválasztás szempontjából fontos a színvakság megállapítása. Az ú. n. írás- vagy szóvakság felismerése is nagy horderejű a gyermekek tanulóképességének megítélése szempontjából.

A vakok részére szervezett intézetek szigorú orvosi ellenőrzés alatt álljanak, mindig számításba véve, hogy vannak agydefectusok, melyek vaksággal járnak s hogy gyermekek nem tartoznak a többi vak közé.

Röviden meg kell emlékezni a süket és vak és süketnéma vak gyermekekről, kiknek taníthatósága mellett *Keller*

Helén csodaszámba menő kiművelése tanuskodik. Social-hygiénés szempontból fontos, hogy az esetek javarésze luesre vezethető vissza (*Brühl*) s így a prophylaxis szempontjából a syphiliticus csecsemők alapos gyógyítása e téren is szép eredménnyel kecsegtet. Mivel ez állapotok is gyakran szövődnek a gyengeelméjűség kisebb-nagyobb fokával, ily intézetek is orvosi ellenőrzés alatt álljanak, nehogy a szellemet eléggé megerőltető oktatás a hiányosan fejlett agyat megtámadja.

A beszéd rendellenességeinek gyógyítása *Gutzmann* alapvető munkálatai („Die soziale Bedeutung der Sprachstörungen“, Jena, 1904) óta közkezen forog. Az orvos szerepét e fontos munkakörben talán hazámban ismerték fel legelőször; maga *Gutzmann* írja: „Man kann wohl sagen, dass die Art und Weise, wie dieser Teil der Fürsorge in Ungarn geregelt ist, alle Anerkennung verdient“.

Az iskoláskoron innen az orvos kellő útmutatásokkal láthatja el szüleit az irányban, hogy mely úton-módon befolyásolhatja előnyösen a hebegést, dadogást, selypítést stb. Az iskolaorvosok tudatában lévén azon ténynek, hogy a beszédzavarok a tanító s tanulóársak részéről nem egyszer mutatózó igazságtalan elbánás folytán a lelki állapotra mily depressív hatással lehetnek s átérezve a helyes beszéd nagy socialis értékét, külön szaktanfolyamokra utasítsák a gyermekeket, irányítsák e kurzusokat (légző- és hanggyakorlatok), másrészt a paedagogusok ez irányú szakkiképzéséhez is kötelesek kellő alakban hozzájárulni.

Az orvos differentialediagnostikai úton különíti el a peripheriás dysarthriákat a corticalisoktól (paralysis pseudobulbaris infantilis) s alapos vizsgálat folyamán az orrgaratúr bántalmait (adenoid vegetatiók) kezelve, nem egyszer egy csapással gyógyítja a gyermeket s környezetét oly kínzó beszédzavart.

A hivatás gyakorlásában a beszédzavarok nagy mértékben gátolják az illetőt, itt a gyors s alapos segítség nagy socialis horderővel bír.

Orvostól (*Dieffenbach*) eredt a dysarthriák sebészi kezelésének eszméje, orvosi tudásnak köszönhető, hogy ez eljárás mihamar divatját multá.

A gyermek fogazatának ellenőrzése sokáig teljesen el volt hanyagolva, pedig az orvosi lelkiismeretnek már rég meg kellett volna nyilatkoznia, midőn tudjuk, hogy az angolkór, a lues, az adenoid vegetatiók stb. az állkapocs alakját s vele együtt a fogak helyzetét s ellentállóképességét mily nagy mértékben veszélyeztetik s mindenekelőtt mily mértékben egyengetik a fogszű létrejöttét s evvel ismét kapcsolatban fájdalmak s táplálkozási zavarok kútforrása, bacteriumok tárháza, a gümőkór kiinduló pontja s így nemcsak az egyént, hanem bacteriumok melegágya lévén, vele együtt környezetét is veszélyezteti.

A mondottakból kiviláglik, hogy mily hatalmas socialis horderővel bír, ha szóval s írásban népszerűsítjük a szájápolásának szükséges voltát, ha rendszeresítjük az iskolásgyermekek fogazatának ellenőrzését, ha a szájápolásra szükséges szereket s a beteg fogak kezelését iskolai klinikák révén ingyen bocsájtjuk a gyermekek rendelkezésére.

A nyomorékok socialis ellátása az ókorban a Taygetos volt, a középkorban a koldus s udvari bolond hivatása közt ingadoztak e szerencsétlenek, az újkorban a garasoskodó s szenteskedő charitas foglalkozott velők, míg végre az orvosok sebészi s testegyenészi tudása ellátásukat realis alapokra helyezte.

Az angolkór, a gümőkór és az idegbántalmak prophylaxisa természetesen egyúttal a nyomorékok számának apasztásában is döntő szerepet játszik.

A veleszületett defectusokat (pl. a végtagokat) a modern orthopaedia prothesisekkel pótolja, az angolkóros csontoktávér vagy vértelen úton egyenesíti ki, a csont- és ízületi gümőkört lehetőleg conservativ úton kezeli (tengerparti sanatoriumok), a deformáló ízületi gyuladást forró levegővel s fibrolýsinnel látja el, a gyógyulást pedig röntgenographice ellenőrzi, az idegbántalmak folytán keletkezett bénulásokat ellen minémiségük szerint arthrodesist, intransplantatiót vagy redressement-t al-

kalmaz stb. Ez eljárások poliklinikai vagy intézeti kezelés keretében alkalmaztatnak, a hol a gyermekek iskolai s hivatásbeli továbbképzése is orvosi felügyelet alatt történjék; az orvos ellenőrzi a gyermekek szellemi képességeit és elméleti defectus eseteiben az iskoláztatásra is döntő befolyást gyakoroljon.

Hogyha egy közsegélyre szoruló koldus helyébe egy munkabíró embert állítunk, ez mindenesetre az orvos legkiválóbb socialis ténykedése s ezért a gyakorló orvost is tanfolyamok révén be kell vezetni a modern medicomechanika módszereibe.

A hivatásválasztás nehézségein könyvalakban megjelent tanácsadókkal akartak segíteni; ez az eljárás oly benyomást tesz reám, mintha egy népszerű orvostudományi mű nyomán akarna valaki gyógyítani, vagy egy törvénygyűjtemény útján igazságot szolgáltatni. Ha valahol, e téren szükséges az individualizálás, szem előtt tartva az egyén hajlamát és rátermettségét.

Sajnos, a legkülönbözőbb társadalmi előítéletek befolyásolják a hivatásválasztást, a szülők feltétlen joguknak tartják a gyermek megkérdezése nélkül a jelölést, az ipart és a kereskedelmet lenézik s csupán az úgynevezett diplomás pályákért rajonganak, az apa szeretné, hogy gyermeke a hivatásban is utódja legyen stb., és senki sem kérdezi az orvost, hogy a gyermek testi s szellemi fejlettsége képesíti-e őt jövőendő hivatásának betöltésére.

Minden iskolaév végén azon nagy horderejű feladat előtt állok, hogy a pesti izraelita hitközség árvaházából kikerülő ifjak jövődjéről gondoskodjam. Eljárásom, mely minden tekintetben bevált, a következő: Minden növendék felvételekor törzslapot állítok ki, melyen feljegyzem a status praesens, az intézetben tartózkodása alatt lepergett betegségeit, továbbá az intézet igazgatói a tanmenetet regisztrálják, úgy hogy a négy elemi és polgári bevégezése után, a pályaválasztás előtt teljes kép áll előttem, melyet az ifjú kívánságával egybevetve, jövődje felett méltányosan határozhatok. Ez eljárást meg kellene honosítani az iskolákban s tanácsadó irodákkal kapcsolatba hozni.

A házi-orvosi intézmény decadentiája e téren is sajnálatos gyümölcsöket érlelt; a régi házi-orvos, a család odaadó barátja, éber szemmel örködött a gyermek fejlődése felett s midőn a pályaválasztás döntő pillanata előtt állott, kellő irányítással kiszámíthatatlan szolgálatokat tett a családnak; ez az áldásos ténykedés a modern specialismus túlbujánzása által teljesen háttérbe szorult.

Aphoristikusan odavetve, néhány adattal kívánok szolgálni, melyek bizonyítják, hogy első sorban az orvos gyakoroljon befolyást a pálya megválasztásakor. Skoliosis nem hordhat nagy terheket, nemkülönben tüdő- vagy szívbeteg; kinek pectus carinatum van, ne legyen cipész; sok állás káros olyanokra nézve, kik genu valgumban vagy pes planusban szenvednek; a kinek légzőszervei gyöngék vagy gümőkórra hajlamosak, azok ne folytassanak oly munkát, mely porképződéssel jár, ugyane foglalkozások a szem megbetegedéseire hajlamosok által is kerülendők; az idegesek túlfeszített szellemi munkától tartandók távol; az epilepsiás ne lépjen oly pályára, melyen roham esetén kárt tehet magában; a fül bántalmaiban szenvedő nagy robajjal járó hivatásokat kerüljön; a szem törési rendellenessége bizonyos éleslátással járó hivatásokat zár ki; rút külszínű borbajosok ne folytassanak oly foglalkozást, melynek révén a nagy nyilvánossággal állandó összeköttetésben állanak stb.

Az orvosképzés egyik hiánya, hogy a hivatásválasztásra vonatkozó adatok egybefoglalva nem közöltetnek az egyetemi polgárral, úgy hogy az e téren szükséges tudást csupán gyakorlata folyamán szerzi meg; e téren is szükséges volna az egyetemi oktatás reformja.

Socialhygiénés szempontból a tulajdonképpen beteg gyermek ellátását nem kell tárgyalnom, mert ez a socialpathologia keretébe tartozik. Csak utalni kívánok azon elszomorító valóra, hogy a gyermekkórházak s rendelőintézetek szükségességének tudata még az orvosok közt sem közkinccs, hisz még

alig vagyunk túl azon időszakon, midőn disciplinánkat a tudós világ specialis szempontból elismerte. Hibázatom, hogy a kórházi ágyak számának csekély volta folytán a lábadozók kellő ellentállóképesség nélkül kerülnek vissza családjuk körébe, a helyett, hogy megerősödve bocsájtanák őket haza, vagy legalább oly intézetek létesítenének, hol a reconvalescensek kellő ellátást találnának. Nagyon helytelen, hogy a szünidei gyermektelepek, fürdőkonviktusok, erdei üdülőhelyek és sanatoriumok nem állanak közvetlen összeköttetésben a gyermekkórházakkal. Saját tapasztalatomból tudom, mily nagy horderejű, ha azon gyermekeket, kiket télen át az „ingyentej” jótéteményében részesítettem, nyáron telepre helyezek el és így a kezelésben bizonyos folytonosság van, mely a gyermek jövődjére óriási kihatással bír.

Reményem, hogy fejtegetéseim folyamán sikerült meggyőzőnöm önöket a felől, hogy a gyermekvédelem, a hygiene és a gyermekgyógyászat csupán karöltve működve tud eredményes munkát a jövő társadalom érdekében kifejteni!

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**W. Wolff: Taschenbuch der Magen- und Darmkrankheiten.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Az egészben csak mintegy másfélszáz kis lapra terjedő könyv azt a célt szolgálja, hogy megismertesse a gyakorló orvost azokkal a diagnostikai és therapeutikai módokkal, a melyeket a gyomor- és bélbajok körében a nem specialista is könnyű szerrel használhat. A szerző főorvosa a berlini Augusta-kórháznak, a hol *Ewald* tanár működik s a hol ezért kiterjedt munkásság folyik a gyomor- és bélbetegségek tanulmányozása terén. Másrészt a nevezett betegségek köréből ott tartatni szokott tanfolyamokon bő tapasztalatokat szerezhett a szerző abban a tekintetben, hogy a gyakorló orvosnak tulajdonképpen mire van szüksége a nevezett disciplinát illetőleg. Ez a tapasztalás nagyon meglátszik a kis munkán, a mely azért bizonyára nagyon sokaknak fog nagyon jó szolgálatokat tenni. *Ewald* előszava, a melyben a lényeges részeket illetőleg teljesen egyetértőnek vallja magát a könyv tartalmával, s a melyben a könyvet megbízható tanácsadónak mondja, mindenestre jó ajánlólevél. Ára kötve 4 K 80 f.

**Ostwald: Der energetische Imperativ.** Leipzig, 1912. Akadem. Verlagsgesellschaft. 544 lap. Ára 10 m.

*Ostwald* e munkájában egy csomó különféle tartalmú értekezést foglal össze, életrajzokat, oktatásügyi dolgokat, philosophiát, nemzetközi szervezést és a békeügyet tárgyalókat. Valamennyit az *energetikai imperativus* foglalja össze, melyet ő maga állított föl és a melynek az az értelme, hogy semmi energiát sem szabad elpazarolni, minden energiát értékesíteni kell. Lapunk olvasóit két szempontból érdekli a könyv: *Ostwald* ugyanis egyrészt korunk legelső természetbölcselője, másrészt a ki az oktatás, a felső oktatás és kutatás iránt érdeklődik, nem találhat munkát, a mely csak közelébe is érne a szerző e munkájának, továbbá *Die Forderung des Tages* és *Grosse Männer* című köteteinek. A *kutató biológiájáról* előtte alig gondolkozott valaki, pedig ezek a dolgok, valamint a „genietenyésztésről” leírt gondolatok nagy gyakorlati fontosságúak. A könyvben szemrehányás is foglaltatik, hogy ez utóbbi tárgyról a *Pester Lloyd*-ba írott cikke nálunk viszhang nélkül maradt. A tartalom részletes előadásától eltértek; többet ér, ha kiki elolvassa az eredetit.

Kollarits Jenő dr.

### Új könyvek:

*B. Mayerhofer*: Lehrbuch der Zahnkrankheiten. Jena, G. Fischer. 9 m. — *K. Sudhoff*: Aus der Frühgeschichte der Syphilis. Leipzig, J. A. Barth. 17 m. — *J. Borntraeger*: Der Geburtenrückgang in Deutschland. Würzburg, C. Kabitzsch. 4 m. — *H. Wildbolz*: Die Tuberkulose der Harnorgane. Halle, C. Marhold. 150 m. — *Sehrt*: Die klinische Frühdiagnose des Krebses. Würzburg, C. Kabitzsch. 085 m. — *Doutrelepoint*: Ueber Behandlung der Hauttuberkulose. Halle, C. Marhold.

120 m. — *W. Friboes*: Beitrag zur Klinik und Histopathologie der gutartigen Hautepitheliome. Berlin, S. Karger. 8 m. — *Th. und F. Veiel*: Die Therapie des Ekzems. Halle, C. Marhold. 120 m. — *F. W. Hopmann*: Zur Symptomatologie und Aetiologie der perniziösen Anämie und der bösartigen Geschwülste. Köln, P. Heubner. 150 m. — *Th. Heller*: Grundriss der Heilpädagogik. 2. Auflage. Leipzig, W. Engelmann. 17 m. — *O. Holbeck*: Die Schussverletzungen des Schädels im Kriege. Berlin, A. Hirschwald. 12 m. — *R. Spira*: Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehörorgans. Würzburg, C. Kabitzsch. 085 m. — *E. Bischoff*: Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Wien, Urban und Schwarzenberg. 10 m. — *J. Wolf*: Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit. Jena, G. Fischer. 750 m. — *Chavanaz et Guyot*: Maladies chirurgicales du pancreas, de la rate et du mesentere. Paris, Bailliére et fils, 10 fr. — *J. Wyllie*: Meningitis, sinus thrombosis and abscess of the brain. London, H. K. Lewis. 6 s. 6 d. — *Ch. A. Ballance*: Cerebral decompression in ordinary practice. London, Macmillan and co. 2 s. 6 d. — *J. Stuart Dickey*: Applied anatomy of the lungs and pleural membranes, with special reference to the apical region of the chest. Belfast, A. Mayne and Boyd. 50.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

A központi idegrendszer syphilisének direct kezeléséről értekezik *Homer F. Swift* és *A. W. M. Ellis*. A trepanoma pallidum s virusa elsősorban nem a vér, hanem a haemopoëtikus szervek útján, főleg azonban a nyirokutakon át terjed el a szervezetben. A virus praedilectió helye a központi idegrendszer tág lymphahüvelye, subarachnoidalis ürege. Innen terjed a perivascularis s a perineuralis terek felé. Korai lueses meningoarteriitisben a spirochaeták legnagyobb számmal az adventitiában vannak jelen, csak ritkán az intimában. A perivascularis meglepedés és elszaporodás szintén a spirochaetáknak a nyirokutakon át történő bevándorlása mellett szól. A lues elleni gyógyszereknek a vér útján adagolása e szerint nem helyes. Könnyen diffundáló anyag, mint a jodkalium, sem választatik ki a spinalis folyadékba. Egyéb agy- és gerinczvelő-megbetegedésben is, mint epidemiás meningitis cerebros spinalisban (*Flexner*), influenzás eredetű (*Wollstein*) és pneumococcusos meningitis cerebros spinalisban (*Lamar*) ezért leghelyesebbnek a specifikus therapiai anyagnak a subarachnoidalis térbe való direct juttatását tartják s ajánlják.

Ez áll a luesre s a postlueses megbetegedésekre nézve is. A gyógyult luesesnek vérseruma curativ hatású. A kénesóval, de még inkább a salvarsannal kezelt beteg vérseruma, cantharishólyag tartalma, sőt a salvarsannal kezelt lueses anya teje is gyógyítja a luest. A szerzők megkísérelték a salvarsannal kezelt lueses betegek vérsavóját directe a subarachnoidalis térbe juttatni tabes s agysyphilis eseteiben. *Noguchi* módszere szerint tenyésztve a spirochaeta pallidát, azt tapasztalták, hogy a salvarsannal való injectio után 1 órával nyert vér savójának van legnagyobb akadályozó hatása a spirochaeták növéseire. A salvarsannak vagy neosalvarsannak intravenás injectiója után 1 órával nyert vérben a különválasztott serumot a következő napon physiologiai konyhasóval 40%-ra felhígítva, 1/2 órára 56°-ra hevítik. Lumbal punctio segítségével 15 cm<sup>3</sup> spinalis folyadékot kibocsátva, 30 cm<sup>3</sup> hígított, testmeleg serumot fecskendeznek a subarachnoidalis térbe. Körülbelül 1 óra hosszat az ágy láb-része emelendő. Rendszerint hőemelkedés s tabeses betegen lancináló fájdalmak jelentkeznek az injectio nyomán. Nem tabeses betegeken kífokú főfájáson kívül egyéb tünet nem jelentkezik. A következő napon tünetmentes az oltott. 2—3 hetes időközben megismétlődő az injectio.

Előzőleg kénesóval s ismételt intravenás salvarsan-injectióval kezelt négy tabeses betegen alkalmazva ez eljárást, a spinalis folyadék sejt tartalma a normalisra esett le, a globulintartalma gyorsabban csökkent, mint ezen kezelés előtt s két beteg spinalis folyadékának Wassermann-reactiója negativvá vált. Egyes esetekben csak intraspinalis injectiókkal kezeltettek a betegek hasonló jó eredménnyel. Normalis savóval kezeltéken alig volt valami hatás, míg ugyanezekben, ha salvarsannal kezelt ember savóját alkalmazták, prompt hatás volt észlelhető.

Ha salvarsant vagy neosalvarsant 1 : 100 — 1 : 10.000 hígításban alkalmaztak majom savójával együtt intraspinalisan : majmon kevésbé kielégítő eredményeket láttak. (New York Medical Journal, 1912. XCVI. k. 2. sz.)

Galambos dr.

### Sebészet.

**A zsírszövet transzplantációjáról** tartott előadást Klapp a berlini sebésztársaságban.

Többféle kísérletet végeztek abban az irányban, hogy hogyan lehetne anyagihiányokat zsírszövettel pótolni. A többek között Czerny is megpróbálta fibroadenoma mammae esetében az ugyanazon egyénen jelenvolt lipomának a mamma defectusába való átültetését. Czerny előtt már Neuber is végzett zsírszövetátültetést, leginkább kozmetikai célból. A zsírátültetés azonban eleinte nem sok eredménnyel járt; Neuber maga is azt tapasztalta, hogy oly zsírszövetrészek, melyek babnál vagy mandulánál nagyobbak voltak, nem tapadtak meg, hanem bizonyos idő múlva kilöködtek. Valószínűleg az asepsisben kereshetjük az okát az akkori rossz eredményeknek. Jelenleg a szövetátültetések tanának fejlesztésével természetesen e téren is javultak az eredmények. A szerző már két ökölnyi zsírszövetet tudott igen jó eredménnyel átültetni, de mások is, mint Czerny, Lexer, 10—12 cm. hosszú lebenyről tesznek említést, melyek megmaradtak. Alkalmazták mindaddig asepsises szövetdefectus és csontüreg eseteiben. Tuffier pleuritiszes kéreg eltávolítása után visszamaradt üreg kitöltésére használta fel a zsírtranszplantációt. Mások (Lexer) duraplastika esetén alkalmazták, de ízület-interpositiók alkalmával is felhasználták (Hoffa, Schantz). A szemészek jó hasznát látták enucleatio bulbi után prothesiskészítésre. Sőt újabbán már az asepsises eseteken kívül a nem asepsisesekben is alkalmazták, fistulák eseteiben, melyek osteomyelitiszes necrotomiák után maradtak vissza.

A homoeoplastikus transzplantációt csak akkor végezzük, ha az autoplastikus lebenyhez a beteg jelentékeny megkárosításával juthatnánk.

Rehn a lipoma transzplantációjára vonatkozólag megjegyzi, hogy igaz, hogy ennek sejtjei több életenergiával rendelkeznek, mint egyéb sejtek, gyorsabban nőnek, fejlődnek, mint egyéb szövetek sejtjei, másrésztől azonban csak kisebb lipomarészletek gyógyulnak meg, nagyobbak kilöködnek.

A szerző több esetében a trochanter major tájáról vett zsírlebenyt, mely hónapok múlva ugyan kistokó zsugorodást mutatott, azonban jól megtapadt. Hollaender emberi zsírt feloldott, sterilizált s ezt részben gyomoroperáltaknak injectio alakjában vaió táplálása, részben más zsírral összehozva kozmetika céljából alkalmazta. Bier a zsírtranszplantációt különösen a járom- és homlokcsont gümőkórja után keletkezett hegek esetén alkalmazta, a midőn a bőrt felpraeparálva, oda zsírlebenyt helyezett. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912., 33. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

### Gyermekorvostan.

**A kísérletes scorbutról** ír Holst és Frölich. Tengeri malacokat egyoldalúlag tápláltak különböző gabonamagvakal: búzával, rozsossal, zabbal, rizsszel stb., ezek lisztjével, illetve az ezekből készült kenyérral. A kísérleti állatok 30—40 napon belül elpusztultak. A makroszkopos elváltozások a következők voltak: Kifejezett vérzések állottak be a lágyrészekben. Két praedilectiós helyet fedeztek fel a térdizület és a borda és porc körüli szövetekben. Találtak vérzéseket a májban, a vesében, a gyomor-béltractus nyálkahártyáján. Sőt száraz burgonyával való táplálás esetén a duodenum perforáló fekélyét is észlelték. Feltűnő volt, hogy a bőrön csak nagy ritkán láttak vérzéseket. Észlelték továbbá, hogy a fogak — különösen a molaris fogak — meglazulnak. Az állkapocs törekeny lesz. Sőt egyéb csontok törekenységét is tapasztalták. A foghús belöveltsége és fellazultsága nem minden egyes esetben volt jelen. Mikroszkopos vizsgálatkor néha az idegek

Waller-féle degenerációját, az izmok — különösen a szív-izomzat — zsíros elfajulását találták. A vér bakteriologiai vizsgálata negatív eredményt adott. Különösen fontos volt a csontok mikroszkopos lelete. A periosteum és a porc atrophiját, a kompakt és a spongiosus csontszövet resorptióját, a lymphoid csontvelőnek sejtzegény reticularis és fibrillaris kötőszöveti átalakulását és a porc és velő közt beálló vérzéseket találtak. Mint különösen érdekeset e helyen említik, hogy kukoriczával való táplálás mellett is kifejezett scorbutot találtak, a mi fontos lehet a pellagra kóroktana szempontjából. Minthogy a kísérleti állatok 30—40 százalékos súlyvesztés után pusztultak el, vizsgálataikat kiterjesztették azon irányban is, vajjon nem az inanitio hozza-e létre a scorbut tüneteit. Vizsgálataik e kérdésre nemmel feleltek.

A szerzők kiterjeszkednek ama kérdésre is, vajjon a zöld vegetabiliák megakadályozzák-e a scorbut kifejlődését. E célból a már említett egyoldalú táplálék mellett egy-egy kísérleti állatnak naponta igen csekély, 15—30 gr. zöld főzeléket: káposztát, salátát, sóskát, sárgarépát, esetleg almát, banánt stb. adtak. Az esetek legtöbbszörében már e kevés nyers főzelékkel is meg tudták akadályozni a scorbut kifejlődését, illetve a már kifejlődött scorbut tüneteit visszafejlesztették. Leghatásosabbnak a nyers fehér káposzta bizonyult. Lényegesen csökken a vegetabiliák antiscorbutos hatása főtt állapotban. Már fél órán keresztül való főzés teljesen tönkreteszi az antiscorbutos hatást. Hasonlóképpen elvesztik a hatásukat, ha nyers állapotban kiszáradnak. Kísérleteztek a káposzta frissen préselt nedvével is, a mely hevítés vagy hosszabb állás után szintén elvesztette az antiscorbutos hatását.

Az antiscorbut-anyagokra vonatkozólag a szerzők azt hiszik, hogy oly anyagok ezek, amelyek hevítésre vagy állásra igen könnyen bomlanak. Viszont abból következtetve, hogy a savanyú citrom-, málna- vagy sóskanedv hosszabb időn keresztül, sőt főzés után is megtartja a hatását, úgy vélik, hogy savi közegben kevésbé bomlanak. És csakugyan a fehér káposzta savanyú, alkoholos kivonatával sikerült is antiscorbutos hatást elérni. Hatásukat általában katalysatorhatásnak vélik, az intermediaer anyagcserében volna szerepük. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1912, 72. köt.)

Reisz dr.

**A tengeri malacz kísérleti scorbutjának kóroktanával** foglalkozik Fürst Valentin. Vizsgálataival kimutatta, hogy nemcsak a gabona-magvak, hanem a hüvelyes növények magvaival való egyoldalú táplálás mellett is kifejlődhetik scorbut, bár későbbben és kisebb mértékben. Ha scorbutot okozó tápanyagot antiscorbutos hatásúakkal kevert, az a hatás jutott uralomra, a melyből több volt. Érdekes, hogy több, különben ártalmas mag kicsírázott állapotban antiscorbutos hatást fejt ki. Az inanitióra vonatkozólag csatlakozik Holst és Frölich véleményéhez. Vizsgálataival még igazolta azt is, hogy az antiscorbutos hatás nincs összefüggésben a táplálék fehérje-, szénhidrát-, zsír- és sótartalmával. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1912, 72. köt.)

Reisz dr.

### Bőrkórtan.

**A hajhullás leggyakoribb alakjának okáról és gyógyításáról** tartott előadást E. Kromayer (Berlin). Tekintve a pityriasis capitisnek a felnőtt emberek között való rendkívül nagy elterjedését (50%), lehetetlen azt csakis bizonyos belső vagy külső bajokra (anaemia, bélzavar, szélszerűtlen hajápolás stb.) visszavezetni, hanem szükséges, hogy inkább általánosabb alapot keressünk. Az is valószínű, hogy mivelhogy a hajzat mint külső védőszerv jelentőségét egyre veszíti, az nemzedékről nemzedékre egyre satnyul s gyengül. Ily módon azután a terjedő és fokozódó civilisatióval mind több és több ártalom pusztíthatja. A hajzatnak s még inkább a fejbőrnek levegőre és napfényre van szüksége. Ettől azonban a divat, a ruházatkodás és a zárt helyen való tartózkodás egyre jobban elzárja. A fölgyülemelő verejték és faggyu azután alkalmas fészke az élősködő mikroorganizmusoknak. Ezek fölszaporodva izgatják, sőt megbetegítik a bőrt s létrehozzák

a pityriasis nevű állapotot. A pityriasis capitis megelőzésére legjobb a gondos és czélszerű hajápolás, illetőleg a tisztaság. Legalkalmasabb erre a helyesen végzett champonozás. Ha a pityriasis capitis már kifejlődött, akkor a különböző hajszerekre kerülhet a sor (pl. borax, salicyl, resorcin, captol, chinin stb.), a melyeket leginkább hajszesz vagy hajvíz alakjában alkalmazunk. A legfontosabb és leghasznosabb azonban kétségkívül a kén. Ez kenőcs vagy pomádé alakjában néha kissé kellemetlen s ezért szeszformában is rendelkezhető. (Pl. Rp. Sulf. praec. 20, Spirit. vini 70, Glycerini 10.) A szeszt használat előtt föl kell rázni s esténként a fejbőrre dörögni. Reggel lemosás. Hosszú (női) hajzat esetén választékot kell készíteni s a szert ecsettel vagy kis kefével a bőrre vinni. Seborrhoea oleosa esetén a fejbőr kénes puderral is kezelhető (pl. sulf. praec., amyl. oryzae aa 500). (Therapie der Gegenwart, 1912, 10. f.) *Guszmann.*

### Venereás betegségek.

**Általános gonorrhoeás peritonitis** címmel *Albrecht* a müncheni II. női klinikáról 3 esetet közöl, melyeket fiatal nőknél és 1 esetet, melyet fiatal emberen észlelt. Mind a négy esetben a műtéti autopsia és az ekkor nyert genynek mikroszkopi és tenyésztéssel végzett vizsgálata igazolta a diagnosist.

A három nőn, a kik 18, 20 és 19 évesek voltak, a peritonitisre utaló tünetek pár nappal az utolsó hószám után mutatkoztak és a diagnosis a klinikán kívül peritonitis ex appendicitide volt. A műté kor bőven ürült a geny a szabad hasüregből, a belek serosája élénk gyulladásban volt, szintűgy a cseplesz. A féregnyulványt egészségesnek találták, ellenben a méhkürtök dagadtak, de szabadon mozgathatók, mindkettőnek szabad hasúri végéből bőven ürült a geny. Ennek mikroszkopos vizsgálata a gonococcust mutatta tisztán, éppen úgy a lobos bélserosa vakaréka; a körjelzést a tenyésztés is igazolta. A geny felszívása és letörlése után a hassebet zárták. Másnapra a láz és a peritonealis tünetek csökkentek és a gyógyulás zavartalanul folyt le.

A negyedik eset a sebészi klinikán került műtetre. Az egyetemi hallgatót 14 nappal első gonorrhoeája után „appendicitis cum peritonitide progrediente” körjelzéssel vették fel. A laparotomia alkalmával a féregnyulványt egészségesnek találták, a hasürben bőven volt geny, melyben gonococcus tiszta tenyésztésben volt kimutatható. Ezek alapján *Albrecht* bebizonyítottan látja, hogy a gonococcus *egymagában* ugyanúgy, mint a gonorrhoea többi szövődményét (pelveoperitonitis, arthritis, endocarditis, pericarditis, tendovaginitis és sepsis gonorrhoeica), ritka esetben az *általános genyes has-hártyagyuladást* is előidézheti. (Nálunk *Balázs* közölt esetet, melyben a vas deferens átfúródásából származott a bonczolóasztalon igazolt genyes gonorrhoeás peritonitis. *Ref.*) (Münch. med. Wochenschrift, 1912, 41. szám) *Picker.*

### Húgyszervi betegségek.

**A pyelonephritis eseteiben alkalmazott ureterkatheterismusnak és vesemedenceöblítéseknek** *Ch. Périneau* szerint a következő hatásuk van: a) fertőzésellenesen hatnak; b) különösen olyankor, ha egyúttal ureterstrictura is áll fenn, a fertőzött vizelet kiürítése által mechanikai hatást fejtenek ki és c) olyan esetekben, mikor a retentiót az ureter sima izomsejtjeinek paralysses atoniája okozta, főképp az ureterkatheterismus lényegesen elősegíti a normalis állapot helyreállítását.

Ezen gyógykezelésben a következő 4 ellenjavallatot kell szüntelenül szem előtt tartanunk: 1. a heveny és rohamokat, melyek ezen therápia következtében súlyosbodhatnak, 2. a beteg súlyos cachexiás állapotát, 3. azt az esetet, a mikor a betegség már hosszabb idő óta áll fenn s ezáltal bizonyára olyan maradandó elváltozások létesültek, melyekre az öblítések már hatástalanok lesznek és 4. a mikor határozottan

pyonephritissel van dolgunk, mert ez feltétlenül műtétes beavatkozást igényel.

A veseöblítésekkel nagyon különböző eredményeket érhetünk el a szerint, hogy milyen alakot öltött már a pyelonephritis s milyen az aetiológiája. A szerző eleddig a legszébb eredményeket egyszerű ascendens pyelonephritis eseteiben érte el s pedig olyan betegeken, kiken a felsőbb húgyutak eleddig még épek voltak; ezenkívül még terhességi, illetőleg gyermekági pyelitis eseteiben is rendszeren igen kedvezőek a gyógyeredmények. (Journal d'urologie, 1912, I., 5. füzet.) *Drucker.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Az epekőbetegség** belorvostani kezelésének alapelveit a következőkben foglalja össze *Mayer*. Az epepangás ellen a legjobb a salicylsav, mert hígabban folyóvá teszi az epét; 0.5 gramm adag adandó 1—2 centigramm extractum belladonnaevel naponta 2—4-szer meleg vízben. Kólika és magas láz esetén calomel adandó 6 centigrammos adagban, az első 3—5 adag óránként, a többi 2 óránként; a napi adag legfeljebb 0.5 gramm legyen. Nagyon jó szolgálatot tesz a meleg víz, ha a szájon át bevitel nem lehetséges klysmá alakjában. A choledochoduodenum-sphincter ellazítása czéljából gyakran kell adni kevés ételt; a táplálék pépes és könnyen emészthető legyen, alacsony hőmérsékű étel kerülendő. Fontos a rendes székelés, az erős hashajtó szerek azonban kerülendők, mert elősegítik a kólikák jelentkezését. Izzalom- vagy lobtünetek jelenléte esetén, valamint rohamok után is szigorú ágynyugalom szükséges. Fontos a rendszeres mélylégzés is. A karlsbadi kúra nem hat közvetlenül az epekővekre, a megbetegedett nyálkahártyára azonban kedvező befolyást gyakorol. (The lancet, 1912, június 1.)

**A thigenolt** nagyon jó eredménnyel használják *Bardeleben* klinikáján gynaekologiai esetekben, a mint *Trebing* értesít erről. Ugyanolyan kedvező hatása van, mint az ichthyolnak, a nélkül, hogy ez utóbbinak kedvezőtlen mellékhatásaiban osztoznék. Használható bacillus alakjában (Rp. Thigenoli „Roche” 5.0, Ol. cacao 20.0. M. f. bacilli No. V. S. Reggel és este székürítés után fél páczika vezetendő be) vagy mint suppositorium (Rp. Thigenoli „Roche” 0.3; Pantoponi „Roche” 0.02, Ext. belladonnae 0.01; Ol. cacao 2.0. M. f. suppositorium. D. tal. suppos. Nr. X. Naponként 1—2 darab alkalmazandó). Öblítésre jó a 20%-os thigenolglycerin, a melyből 2—4 evőkanálnyi veendő 1 liter vízre. Ujabban egy újfajta tampont: a tampol „Roche”-t is ajánlják. Ennek gelatinás csúcsa van, a mely a gyógyszert (például a thigenolt) tartalmazza, mögötte következik az aseptikus, nem absorbeáló gyapot komprimált állapotban, vékony gelatinatokkal körülvéve, a mely — meleg vízbe mártás után — a vagina váladékában nagyon könnyen oldódik. A tampont alsó végén selyemfonál van. Használatkor a tampont mintegy 10 másodpercre meleg vízbe mártjuk és beszírozás nélkül csúcsával előre a hüvelyboltozatig toljuk. A tamponnak ez az új alakja a szerző szerint nagyon jól bevált; kár, hogy ezidőszerint még nagyon drága. (Die Therapie der Gegenwart, 1912, 10. füzet.)

**A syrgol** argentum colloidalis oxdatum összeköttetése albumosékkal. *Wolffberg* jó eredménnyel használja 1—3%-os oldatban a kötőhártya- és a könnyömlő blennorrhoeája, valamint heveny és idősült conjunctivitis. esetében (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 1912, 29. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1912, 44. szám. *Mohr Mihály*: A pupillareactióról. *Weisz Ferencz*: Az újabb gonorrhoea-therapiáról.

**Klinikai füzetek**, 1912, 10. füzet. *Fabinyi Rudolf*: Szemcrisisek tabes dorsalisnál. *Uthy László*: Az atticus-genyedések műtéti gyógyításáról.

**Orvosok lapja**, 1912, 45. szám. *Verebély Tibor*: Az izületek sérülései.



**Budapesti orvosi újság, 1912. 45. szám. Goldzieher Miksa:** A tuberculosis kórbonczana. „Urologia“ melléklet, 4. szám. **Alexander Béla:** A vándorvise x-sugarakkal való vizsgálásáról. **Stossman Rudolf:** Újabb irányelvek a vesemedenczegyuladás diagnosztikájában és therapiájában.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** **Tallatschek Ferencz** dr.-t mezőhegyesi ménesintézet-i orvossá, **Róth Pál** dr.-t a nagyikindai közpórházhoz főorvossá, **László Károly** dr.-t Pestmegye, **Patáki Ármin** dr.-t Fejérmegye tiszteletbeli főorvosává, **Balázs Endre** dr.-t vaskóhi járásorvossá, **Gálfi József** dr.-t Félégyházára járásorvossá, **Bezdásy Gyula** dr.-t és **Polónyi Jenő** dr.-t vasúti orvossá nevezték ki.

**Választás.** **Schiemert Gusztáv** dr.-t Szászvolkány község orvossá választották.

**A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika** segélyét októberben 116 esetben vették igénybe; a műtétek száma 93 volt.

**A budapesti egyetem orvosi karán** az elsőéves orvostanhallgatók száma a jelen félévben 822, 25-tel több mint tavai; az orvostanhallgatók száma 2824 (a bécsi egyetemnek a múlt nyári félévben 2183 hallgatója volt).

**A budapesti önkéntes mentőegyesület** szeptemberben 1453 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1010 szállítást végzett, 196-szor mint mozgóórság szerepelt és 33-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki; a szeptember havi működési főösszeg tehát 2692.

**Meghalt.** **Alexander Zsigmond** dr. pöstyéni fűrdőorvos 82 éves korában október 28.-án. — **Paul Segond**, a sebészet rendes tanára a párisi orvosi fakultáson, 61 éves korában.

**Lister emléké**t három módon fogják megörökíteni, a mint azt a London polgármesterének elnöklése mellett október 23.-án tartott értekezleten elhatározták. Először is a Westminster-templomban emléket állítanak neki, azután London egyik nyilvános terén felállítják a szobrot és végül nemzetközi Lister-alapítványt létesítenek a sebészet fejlődésének előmozdítására.

**A Budapesten tartott XVI. nemzetközi orvosi congressus** munkálataiból a IV. (bakteriologia), XV. (laryngologia) és XVI. (otologia) sectiók második füzetét elfogyott. Külföldről számosan kérik a congressus munkálatainak teljes példányát. Hogy ezen óhajoknak a lehetőség határáig megfelelhessünk, azon tiszteletteljes kéréssel fordulunk a nevezett sectiók tisztelt tagjaihoz, a kiknek a munkálatok birtokukban vannak, hogy azokat a XVII. nemzetközi orvosi congressus magyar bizottságának átengedni méltóztassanak. A bizottság a sectiók kötetének előfizetési díját (a 10 korona) készségesen megtéríti. A XVII. nemzetközi orvosi congressus magyar bizottsága: VIII., Mária-utca 39. szám.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** **A scorbuto**t fertőző betegségnek tartja **Hussa**. Mostarban 43 esetet észlelt, a melyek csaknem kizárólag lovaskatonákra vonatkoznak; a betegség istállóról istállóra terjedt, még pedig márciusban. Lázzal 17 eset járt; a betegség átlag 35 napig tartott. A mi a gyógyítást illeti: a savak, friss főzelékek teljesen hatástalanok voltak; leghatásosabbnak az addigi környezetből való eltávolítás bizonyult. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1912, 33. és 34. szám.) — **A heveny perityphlitis** diagnosisában bizonyos jelentőséget tulajdonít **Unger** az auscultatio eredményének. Kezdődő perityphlitisben ugyanis szerinte a Mc Burney-pont táján időnként rövid, élénk fémgang hallható, a mely talán onnan ered, hogy a felfúvódott vakbélbe az ileumból időnként kevés folyadékony beltartalom jut. (Zentralblatt für Chirurgie, 1912, 40. szám.) — **A férfi-gonorrhoea gyógyítására** meglehetősen radikális eljárást hoz javaslatba **Müller**. Szerinte troicar segélyével vékony (2½ mm. átmérőjű) puha katheretert kellene a symphysis felett a hólyagba vezetni; a kathereten át azután óránként 2—3-szor 200—300 cm<sup>3</sup> olyan folyadékot kellene a hólyagba vinni, a mely öli a gonococcusokat; e folyadékot a természetes úton ürítené ki a beteg. Ily módon naponként 6—10 liter gonococcus-ölő oldat haladna át a húgycsővön. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 118. kötet, 5. és 6. füzet.) — **Az anya kora a születendő gyermek nemére** **Ahlfeld** szerint befolyással van, a mint azt szülészeti tankönyvében leírta. Újabb statisztikai összeállításai alapján azonban visszavonja ezt az állítását (Monatsschrift für Geburtshilfe, 1912 szept.) — **A köszvény gyógyításáról** a 13. francia belorvostani congressuson tartott előadásában **Guelpa** károsnak mondotta az eddig használt bőséges, lacto-vegetariarius diéta, a mennyiben azt tapasztalta, hogy szigorú húsdiaetára szorítva a köszvényes beteget, illetve éheztetve (a mi nagyjából megfelel a húsdiaetának, a mennyiben az éhezés a saját állományát használja fel), heveny köszvényroham áll be, a mely után a tophusok megkisebbednek s általában fokozódó javulás áll be, ha a beteg tovább folytatja a húsdiaetát illetve koplalást. (Ref. La semaine médicale, 1912, 44. szám.) — **Occult gyomor- és bélvérzés** vizsgálatakor tudvalevőleg el kell tiltani a húsevést, mert a húsból levő vérfesték zavarja a vizsgálat eredményét. Minthogy azonban sok betegre nagyon kellemetlen a húsnak megvonása: **Boas** eljárást dolgozott ki, a melylyel a hús vérfestéktartalmától megszabadítható; az eljárás a superoxydoknak a vérfestékre gyakorolt bontó hatásán alapszik. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 44. sz.)

**Személyi hírek külföldről.** **L. Hermann**, az élettan tanára a könygsbergi egyetemen, nyugalmába megy. — A tübingeni egyetemre a belorvostan rendkívüli tanárának s a belorvostani poliklinika vezetőjének **O. Nägeli** zürichi magántanárt hívták meg, a ki a meghívást el is fogadta. — Krakóban **E. Godlewsky** dr.-t, a fejlődéstan és általános biologia rendkívüli tanárát, rendes tanárrá léptették elő. — Modenában **O. Pes** dr.-t, a ki eddig Cagliariában működött, a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki. — Az aberdeeni egyetem nőorvostani tanszékére **R. G. Mc Kerron** dr.-t nevezték ki.

**Hírek külföldről.** Október 23.-án nyílt meg a tudomány ápolását célzó Vilmos császár-társaság részéről alapított első intézet, mely a chemiának, physikai chemiának és elektro-chemiának van szentelve. A megnyitó beszédet **Ehrlich** tanár, a társaság egyik senatora tartotta; a megnyitó ülésen jelen volt a császár is. A társaság ezidőszent 14 millió márka vagyonnal és azonfelül évi 175,000 márka tagdíjjal rendelkezik. A legközelebb szervezendő intézet a kísérleti therapiának lesz szánva; a vezetésére **Wassermann** tanár van kiszemelve. — Berlinben okt. 26.-án nyílt meg az új fogászati klinika. — A svéd orvosegyet a **Retzius**-aranyérmét **J. N. Langley**-nek, a cambridge-i egyetemen az élettan tanárának ítélte oda, az idegrendszer élettanára vonatkozó vizsgálatairól.

Lapunk mai számához **Athenstaedt & Redeker, Hemelingen Bremen** mellett, vegyészeti gyár „Athensa“ című prospektusa van mellékelve.

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

**A Liget- és Park- Orvosi laboratoriuma**  
— **SANATORIUM**  
mindennemű vegyi, gőrcsővi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatót küldünk. VI., Nagy János-u. 47. — Telefon 106—00.

**DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA**  
belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

**Orvosi laboratorium:** **Dr. SZILISÁNDOR**, v. egy. tanárségéd, VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

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

**ORVOSI LABORATORIUM** **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT**  
Telefon 26—96.  
VI., Andrássy-út 38.  
**Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vörvizsgálat (Wassermann) stb.

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**  
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.  
**Röntgen-laboratorium.** Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár

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

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

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

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

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospektus.

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



Védjegy.

**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és gummláruk 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: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVIII. rendes tudományos ülés 1912 október 19.-én.) 838. l.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1912 október 19.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Fáykiss Ferencz.  
(Folytatás.)

## Hypophysis-cysta műtete.

**Pólya Jenő:** A. R. 21 éves zenészt folyó évi május 11.-én mutatta be *Fejér Gyula* az Orvosegyesületben hypophysis-daganat diagnossal. A jellegzetes körtünetek, melyek őt ezen diagnossra vezették, a következők voltak: infantilismus, mindkét látóideg sorvadása, mely a bal szem teljes megvakulását okozta, a sella turcicának a Röntgen-vizsgálat által kimutatott nagymérvű kitágulása. A beteg f. évi június 3.-án jelentkezett felvételre Szt. István-kórházi osztályomon és ott június hó 7.-én meg is operáltam. Aethernarcosis. Garat-tamponade Bellocq-csövel. Metszés az orr bal oldalán, ennek felső végéhez egy a két szemöldököt összekötő harántmetszést csatlunk. Átvészn az orrcsontokat és az állcsont homlok-nyujtványait a metszésnek megfelelően, és átmetszvé a septum cutaneumot és az orrsövényt, az egész orrot *Bruns* szerint a jobb oldalra hajlítjuk. Reszekáljuk a septumot, mindkét alsó és középső kagylót, s akkor jól hozzáférünk a sinus sphenoidalishoz, melynek elülső falát, septumot, majd hátulsó és felső falát is eltávolítjuk. Ekkor előttünk fekszik a pulzáló hypophysis, melyből punctióra 3 cm<sup>3</sup> csokoládé-barna folyadék ürül, hasonlatos ahhoz, a minőt a struma-cystákban szoktunk találni. A hypophysist késsel felmetszszük, ekkor folyadék már nem ürül, de kanállal és törölvel szürkés törmelékét szedünk ki belőle. A cysta üregét, úgyszintén az orrüreget is jodiformos csikkal tamponáljuk, azután az orrot helyére visszavarrjuk. Teljesen síma, láztalan gyógyulás. Már a műtét követő napon felkel, a seb primára egyesült, a hegvonavékony, jelenleg már csak közvetlen közelből látható, úgy hogy a kozmetikai eredmény teljesen jó.

A látás, mely a jobb szemén a műtét előtt  $\frac{5}{30}$  volt (Csapodi XI-et olvas), a műtét után közvetlenül megjavult. Július 6.-án a *Fejér* által megejtett vizsgálat szerint  $\frac{5}{20}$  volt és a Csapodi V.-öt tudta olvasni. Később azonban a látás újra romlani kezdett. A szept. 8.-án megejtett vizsgálat  $\frac{5}{50}$  látást (Csapodi XI-et olvas), a legutolsó vizsgálat október 13.-án pedig  $\frac{5}{70}$  látást (Csapodi XIII-at olvas) mutatott ki. A látótér a műtét után minden színre nézve jelentékenyen kitágult és a zöld színre nézve is, melyet a műtét előtt egyáltalán nem látott, megállapítható volt.

Jelenleg a látótér tágabb, mint a minő a műtét előtt volt, kivéve a piros színét, melyre nézve szűkült. A zöld szín iránti fókékonyság megmaradt. A bal szem, melyen a műtét előtt fényérzés sem volt, jelenleg is teljesen vak. A szemtükri lelet (atrophia n. opt. I. utr.) szintén változatlan.

A hypophysis-daganatot és folyadékot *Entz* magántanárnak adtuk át vizsgálatra, ki a következő leletet adta:

A vizsgálatra átadott hypophysis-darabka a hypophysis mirigy részéből való és teljesen ép szövetet mutat, néhány apró, colloid anyaggal telt tömlővel; így ama folyadék is, melyet vizsgálatra kaptam, ilyen cysta tartalma lehet, a kicsi szövetdarabkán azonban a cysta falát egyáltalán nem lehetett megtalálni. Véleményem szerint tehát a hypophysis-daganat tulajdonképpen a hypophysis tömlős elfajulása a tartalom híg colloidos degenerációjával.

**Fejér Gyula:** A fiatalember a műtét előtt bal szemére már teljesen vak volt, jobb szemén  $\frac{5}{3}$ ? visussal bírt, a Csapodi XI. sorozatát olvasta, a szemtükör a kétoldali látóidegsorvadás képét mutatta és a látótér a fehér, piros és kék színre nagy mértékben szűkült volt hemiopiás jelleggel; zöld színre a látótér nem tudtam felvenni, mert a zöld szín iránt relatív szinotoma volt jelen. A műtét után 5 héttel — 1912 július 8.-án — örvendetes javulás mutatkozott, a visus emelkedett ( $\frac{5}{30}$ ? közelben Csapodi V. sorozatát tudta olvasni), a látótér kitágult és a zöld szín iránti érzék is visszatért. Az eredménynyel a fiú is, mi is nagyon meg voltunk elégedve, mert egy pillanatra sem gondoltuk, hogy a kifejezett atrophia n. optici eltűnik. Ezen állapot 2 hónapig tar-

tott, majd a visus újra csökkent és az október 13.-án megejtett vizsgálatkor kitűnt, hogy a visus  $\frac{5}{70}$ ?-re csökkent, a közelben Csapodi XIII. sorozatát nehezen olvassa, a látótér a fehérre, a zöldre, de különösen a pirosra szűkültek, de a prompt centralis színérzék megmaradt.

A javulást tehát — mely majdnem 2 hónapig tartott — újra rosszabbodás követte. Hogy mi volt az oka ennek, biztosan nem tudom, csak felteszem, hogy a cysta, melynek csak alsó fala lett eltávolítva, újra hegesen benőtt, talán megtelt és nyomja a jobboldali látóideget. Egy újabb endonasalis punctio, melynek nagyobb akadálya nincsen, mert az azt gátló csontok el vannak távolítva, a rostasejtek, az iköböl meg vannak nyitva és a sella turcica alapzata hiányzik, valószínűleg újabb javulást idézne elő. Másik lehetősége a rosszabbodásnak az atrophia előrehaladása, mely kissé javult akkor, midőn a cysta megnyitása által a nyomástól felszabadult.

A műtét indiciója szigorú elvek alapján, a látóképesség megmentése, a teljes vakság elhárítása czéljából történt; a műtét módszerének megválasztása, technikai kivetele úgy lett beállítva, hogy mindez sikerüljön, de úgy látszik a sebészi beavatkozásnak is vannak határai, vannak akadályai, melyeket legyőzni nem tudunk.

**Alexander Béla:** A Röntgen-vizsgálatot végezte a műtét előtt és után. Mindkét lelet teljesen azonos volt. Ebből azt lehet következtetni, hogy elsődleges dolog a hypophysis elfajulása, melynek következtében a csontszövet fejlődése megakadt az egész testben. Mikor az elfajulás bizonyos fokot elért, akkor kezdett sorvadni a látóideg. Mikor az operatio után a hypophysis nyomása a látóidegre csökkent, a látás javult és a mlkor ismét nőtt a daganat, ez nyomta a látóideget és a látás megint romlott.

**Polyák Lajos:** Az eset operálásának kivetele teljes elismerést érdemel kozmetikai tekintetben. De arról van szó, hogy az egész orrcsontot reszekálni kell, félrehajtani, az orrsövényt, a középső kagylókat eltávolítani, hogy a sinus sphenoidalishoz és a cystához hozzáférhesünk. Ez olyan belső torzulást okoz és olyan veszélyes, hogy ehhez csak akkor szabad hozzányulni, ha más utunk nincs.

**Hirsch** a mult évig 18 20 esetben végezte műtétét; a magam és *Donogány* jelenlétében ambuláner 35 perc alatt történt meg az operatio. Minthogy a mortalitás csak 20% (*Eiselsberg*-é 40%), a beavatkozás kisebb és egyszerűbb: *Hirsch* eljárása előny érdemel. A sebüreget nyitva kezeli. Az eljárás nem radicalis, mert a hypophysisnek csak elülső részét távolítja el.

A bemutatott esetben a látóidegsorvadás már megvolt, de nem volt befejezett, javulás állott be, de két hó mulva újra bekövetkezett a romlás, valószínűleg a megújult nyomás következtében.

Az eset második beavatkozásra kevésbé alkalmas.

**Pólya Jenő:** Nem hiszem, hogy *Fejér* feltevése, hogy t. i. a cysta újra megtelt, helyes. A colloid cysták megnyitása után össze szoktak zsugorodni, mint azt a pajzsmirigyen tett tapasztalatok mutatják. Ha a látás-romlás a cysta nyomása által volna feltételezve, a cystának még nagyobbak kellene lennie, mint a minő a műtét előtt volt, mert hisz a látás most rosszabb, mint akkor. Azt sem szabad elfelejteni, hogy a sella fenekének eltávolítása még olyan esetekben is dekomprimálja a látóideget, a melyekben a daganathoz hozzá sem nyúltak. Sokkal valószínűbb az a feltevés, hogy a látóideg sorvadása a decompressio daczára előrehaladt. A decompressio bizonyos mértékben megjavította a látást, de az idegnek az előhaladó hosszas nyomás folytán létrejött atrophiaját nem bírja tovaladásában meggátolni, úgyszintén az idegben levő és az ideg körülötte kötőszövet zsugorodásának sem bír gátat vetni és ezek idézik elő a látás újabb rosszabbodását. Tartsuk szem előtt, hogy legalább négy év óta fennálló folyamattal állunk szemben és már a műtét idején a teljes látóideg-sorvadás szemtükörképe volt jelen. Mindenesetre továbbra is megfigyelésünk alatt tartjuk a beteget.

Az *Alexander* által említett fejlődési visszamaradás és infantilismus nagy physiologiai érdekel bír, a mennyiben bizonyítja, hogy a hypophysis pusztulása, colloid degeneratio csakugyan a *Curtin* által experimentálisan előidézett hypopituitarismus tüneteire vezet.

Az orr periodosus félrehajtásával járó behatolást sokkal sebészebbnek tartom, mint az endonasalist, sokkal alkalmasabbnak arra, hogy jótermészetű tömött daganatokat eltávolítsunk. A bemutatott eset bizonyítja, hogy az orr félrehajtásából a betegre kozmetikai kár egyáltalán nem származhatik és így nincs okunk ezen eljárástól eltérni.

**Egyszerű és biztos eljárás a gümöbacillusnak egyéb sav- és alkoholálló bacillusoktól való megkülönböztetésére a „főzés-állóság” alapján.**

**Preis Károly:** Eddigélé nem ismertünk olyan festő-eljárást, melylyel a gümöbacillushoz hasonló sav- és alkoholálló bacteriumokat teljes biztossággal megkülönböztethettük a gümöbacillustól; pedig az előbbieket nemcsak a nemi szerveken és külső hallójáratban fordulnak elő, hanem, mint már régebben kimutattam, mindenütt a bőrön bizonyos follicularis bántalmakban, az orr nyálkahártyáján stb., sőt egy esetben agytályog genyében is találtam őket, tehát súlyos diagnostikai tévedésekre adhatnak okot.

Következő eljárásom, mely mindenkor feltétlenül megbízható, teljesen mellőzi az úgynevezett sav-alkoholállóságot és a gümöbacillusnak azon eddig ismeretlen tulajdonságán alapszik, hogy intenzíven megfestve legtovább áll ellent a forró víznek. A tárgylemezen vékonyan felkent réteget *minden előző fixálás nélkül* intenzíven festjük elég friss carbolfuchsinnal (láng fölött egy percig forralás nélkül). Utána *minden sav vagy alkohol alkalmazása nélkül* bedobjuk a készítményt forró vízbe és ott hagyjuk két percig. Ha már most nagyon hígított methylenkékoldattal való ellenfestés után pirosra festett pálczikákat találunk, teljes biztossággal tudhatjuk, hogy gümöbacillusról van szó.

A mindennapi gyakorlatban elegendő, ha a festett készítményre vizet öntünk és láng fölött hevítjük, míg apró buborékok képződnek; a vizet ekkor leöntjük és az eljárást néhányszor megismételjük, míg a készítmény teljesen elszíntelenítettnek látszik. Mindkét eljárás mellett a gümöbacillusok legtöbbje kitünően festve marad, a gümöbacillus tehát bizonyos fokig főzésálló is.

Erre a főzésállóságra tüzetesen megvizsgáltam a következő bacteriumfajokat. A genitáliákon előforduló ú. n. smegmabacillus-fajták forró vízben fél perc alatt elszíntelenednek. A Möller által felfedezett különböző bacteriumfajok, továbbá a Marpmann-féle bacillus, a Rabinowitsch Lydia-féle tejbacillus, a Korn-féle I. és II. sz. vajbacillus-fajok, melyek túlnyomó részükben sósav-alkoholállóak is, egy perc alatt, a Preisz tanár által felfedezett paratuberculosis-bacillus, valamint a Karlinski által ép orr nyálkahártyájából kitenyészített bacillus 2 perc alatt egytől-egyig elszíntelenednek.

A különböző állatfajok tuberculosisában talált bacillusok már 1—2 percnyi forralás után felerészükben elszíntelenedtek, de egyesek 5 perc mulva is még többé-kevésbé pirosak maradtak.

A mi már most a legfontosabb, marhatuberculosisban a bacillusok szintén sokkal kisebb ellenállást mutattak a forralással szemben, mint az emberi gümöbacillusok; egy perc alatt felerészükben elszíntelenedtek és 5 perc mulva már csakis vastagabb helyeken voltak nagyon gyengén festve. Látjuk tehát, hogy az összes bacteriumfajok között a tuberculosisfajok, utóbbiak között viszont az emberi gümöbacillus tudnak legtovább ellentállani a forró víznek.

A forralás által elszíntelenített gümöbacillusok újra megfestve, sav-alkoholállóságukat megtartják, de főzésállóságukat elvesztették és minthogy ez utóbbi egyáltalában elvész hő vagy bizonyos chemikaliák behatására vagy legalább is csökken, ezen festési eljárás használatakor minden fixálás szigorúan kerülendő. Az antiforralás is, mely tudvalevőleg nemcsak a gümöbacillusokat, hanem a többi saválló bacteriumot is fölladatlanul hagyja, szintén befolyásolja a főzésállóságát, úgy hogy az elkülönítésre már 1 percnyi forralás is elegendő.

**Ország Oszkár:** A mi a sósavas alkohollal való differenciálást illeti, megdőlnék tekintve azt a tant, hogy a Koch-féle bacillus csak saválló, mert vannak oly alakjai, melyeknek resistenciája csekélyebb, vagy hiányzik. Mint ilyenek ismeretesek a Much-féle granulált alakok. A nem saválló alakok is állatba oltva infectiót okozhatnak. Az előadó azon distinctióját, hogy ha a bacillus forraláskor elszíntelenedik, akkor bovin jellegű, ha nem, human természetű, nem fogadhatja el, mert lehetségesnek tartja, hogy a köpetben lévő human-bacteriumok elszíntelenedhetnek akkor, ha kisebb a resistenciájuk.

Egy betegén, kinek tuberculosisa egészen kifejezett, 8 év alatt a vizsgálok egész sora és a szóló maga is a legszorgosabb vizsgálattal nem tudott saválló bacteriumot kimutatni, de megtalálta a Much-féle granulátát a jellegzetes pálczika-alakban. Ugyanezen egyén köpetét carbolfuchsinnal megfestve, de nem kénsavval, hanem acetonalkohollal színtelenítve, typosos granulált Koch-féle bacteriumokat tudott kimutatni.

Vagyis a Koch-féle bacterium savállósága, illetve resistenciája igen különböző lehet; a szóló valószínűnek tartja, hogy a forralással szemben is különböző a bacteriumok viselkedése.

**Preis Károly:** A Much-granulatiókról nem beszéltem, de jól ismerem őket és mindenkit óva intek attól, hogy a granulatiókból diagnosist csináljon. Ha biztos a klinikai diagnosist és Much-granulatio is van, lehet gümőkórra következtetni. De ha a a klinikai tünetek nem utalnak gümőkóra, a Much-granulát alapján nem lehet tuberculosisra tenni a diagnosist.

A bovin-typusról óvatosan nyilatkoztam. Ha nagyobb fokban színtelenedik el a praeparatum, meg van engedve a gyanyu bovin-fertőzésre. De nem helyezek rá nagy súlyt, mert különös jelentősége nincsen.

## PÁLYÁZATOK.

3878/1912.

Az újvidéki járáshoz tartozó úrszentiváni orvosi körben betöltendő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Urszentiván és Kölpény községek, összesen 5520 lélekszámmal.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 korona, szabályszerű ötödéves korpótlékkal.  
2. Lakbér 600 korona.  
3. A halottkémlésért Urszentiván községtől 1432 ööl szántóföld haszonélvezete, mely után az adó a községet terheli s esetenként 40 fillér.

4. Urszentivánon szabályszerű díjak mellett (évenként mintegy 400 korona) tartozik a hússzemléket végezni.

5. A törvényhatóság által megállapított látogatási és működési díjak.

6. Egészségügyi teendők és járvány alkalmával természetbeni fuvar.

A megválasztandó körorvos tartozik a kézi gyógyszerért elnyerése iránt folyamodni.

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **november hó 20.-áig** nyújtsák be.

Ujvidék, 1912. évi október hó 15.-én.

Nikolits, főszolgabíró.

730/1912. sz.

A Bóka község mint székhelyvel bíró, évi 1600 korona orvosi készpénzfizetés, 600 korona lakbér, Bóka község részéről fizetett 200 korona hűsvizsgálói és 90 korona halottkémi tiszteletdíjjal és szabályrendeletszerű látogatási díjakkal javadalmazott **Bóka** (3500 lélek és uradalmak) és **Surján** (620 lélek) községekre kiterjedő, kézigyógytártartási jogosítvánnyal járó **körorvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkérem mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1912. évi december hó 10.-éig** a módosi főszolgabírói hivatalhoz benyújtsák.

Módos, 1912 november 4.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

2559/1912.

Az újvidéki járáshoz tartozó Tiszaistvánfalva nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, a község által megszavazott 800 korona személyi pótlék, 500 korona lakbér, valamint a szabályszerű rendeleti, látogatási és hűsvizsgálói díjak.

Felhívom a pályázókat, hogy a szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi november hó 25.-éig** benyújtsák.

Ujvidék, 1912. évi október hó 16.-án.

Nikolits, főszolgabíró.

Somogyvármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített felsősegedi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazon orvostudókat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883 évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz, **1912. évi november 25.-éig** annál inkább nyújtsák be, mivel a később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Felsőseged, és hozzátartoznak Alsőseged, Somogyszob és Balhás községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 korona ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. A 824 912. számú vármegyei szabályrendelet értelmében 600 korona évi lakbér.

4. A felsősegedi körben 380 korona évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelő helyiségében minden fizetőképés beteg után 1 korona, a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívüli beteglátogatási díjak a székhelytől 2 kilométernél távolabb eső községekben 2—5 km.-ig 3 korona, 5—10 km.-ig 4 korona, 10—15 km.-ig 5 korona, 15—20 km.-ig 6 korona, éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar, vagy kilométerenkint 40 fillér fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenkint 40 fillér fuvardíj és 20 fillér távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működésekért fizetőképés egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

Ezen hivatalos járandóságokon kívül, a mennyiben a megválasztandó körorvos a felsősegedi uradalmi cselédek gyógykezelését elvállalja, úgy e czímen évi 1200 korona fizetést fog az uradalmi pénztárból negyedévi részletekben kapni.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

Nagyatád, 1912 november 5.

Tallán Andor, főszolgabíró.

6997/1912.

Somogy vármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített csökölyi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s fölhívom mindazon orvostudorokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **1912. évi november hó 25.-éig** annál inkább nyujtsák be, mivel később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Csököly és hozzá tartoznak Gige, Mike, Kinyakovácsi és Kisbajom községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 kor. ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. A 824/912. sz. vármegyei szabályrendelet értelmében 600 kor. évi lakbér.

4. A csökölyi körben 450 kor. évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelőhelyiségében minden fizetőképességű beteg után 1 korona, a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívüli beteglátogatási díjak a székhelytől 2 kilométernél távolabb eső községekben 2-5 km.-ig 3 korona, 5-10 km.-ig 4 korona, 10-15 km.-ig 5 korona, 15-20 km.-ig 6 korona, éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar vagy kilométerenként 40 fill. fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenként 40 fillér fuvardíj és 20 fill. távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működésekért fizetőképességű egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

Ezen hivatalos járandóságokon kívül a körorvosnak a miki uradalom részéről 300 kor. fizetés és négy öl tűzifa, a csehberki pusztai gazdaság részéről pedig 396 kor. évi fizetés biztosítatik az uradalmi cselédek gyógykezeléséért.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

N a g y a t á d, 1912 november 5.

Tallian Andor, főszolgabíró.

6998/1912.

Somogy vármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített vízvári **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s fölhívom mindazon orvostudorokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **1912. évi november hó 25.-éig** annál inkább nyujtsák be, mivel később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Vízvár és hozzá tartoznak Bélavár, Heresznye és Háromfa községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 kor. ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. 824/812. sz. vármegyei szabályrendelet értelmében 600 korona évi lakbér.

4. A vízvári körben 420 kor. évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelőhelyiségében minden fizetőképességű beteg után 1 kor., a beteg lakásán 1 kor. 20 fill., hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívüli beteglátogatási díjak a székhelytől 2 km.-nél távolabb eső községekben 2-5 km.-ig 3 kor., 5-10 km.-ig 4 kor., 10-15 km.-ig 5 kor., 15-20 km.-ig 6 kor., éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar, vagy kilométerenként 40 fill. fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenként 40 fill. fuvardíj és 20 fill. távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működésekért fizetőképességű egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

A fenti hivatalos járandóságokon kívül, a mennyiben a megválasztandó körorvos a háromfai és zsitfapusztai uradalmi cselédek gyógykezelését is elvállalja, úgy e czímen évi 1200 korona fizetést fog kapni az uradalmi pénztárból.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

N a g y a t á d, 1912 november 5.

Tallian Andor, főszolgabíró.

1561/1912. sz.

Torda-Aranyos vármegye közpórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresített s évi 2000 korona fizetés és 500 korona lakáspénzzel javadalmazott **másodorvosi állásra**, esetleg az előléptetés folytán megüresedő s évi 1600 korona fizetés, lakás és ételmezéssel javadalmazott **segédorvosi állásra 1912. évi november 30.-i** lejáratral pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudorokat, kik ezen állás valamelyikét elnyerni akarják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **Belegh Miklós dr.** főispán úrhoz címezve, hozzám a jelzett határnapig nyujtsák be. A segédorvos a kötelező sebészgyakorlatot itt teljesítheti.

Torda, 1912. évi október hó 30.-án.

Borbély Samu dr., kórházigazgató, főorvos.

## HIRDETÉSEK.

:: ELSÓRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

a kontinens legjobb orvosi szaktekintőivel által kitűnő sikerrel használtatik.

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

E forrás kiváló tulajdonságai:

**Hugyhajtó hatása.**

**Kellemes 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-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

## Minden hurutot gyógyítanak

**Konstantinforrás**

Kapható az összes ásványvízkereskedésekben

és a Kútkelzőségénél Gleichenberg.

**Emmaforrás**



Legjobban ajánlhatom önműködő zárrakkal ellátott és a Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

**Dr Thilo-féle Chloroethyl**

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg.

Prospektusok rendelkezésre.

**MR. C. RAUPENSTRAUCH**

em. Apotheke, WIEN II. Castellezsg. 25.

# 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.

- Friedrich Vilmos:** Az ipari megbetegedés és üzemi baleset közötti határ megállapításának kérdéséhez. 841. lap.
- Ranschburg Pál:** „Mikrostat”, egyetemleges kézi kapcsoló-készülék a villamosság orvosi alkalmazásának czéljaira. 844. lap.
- Lengyel Árpád:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi orr- és gégeorvostani klinikáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Orrgaratúri lymphangioma. 846. lap.
- Veress Ferencz és Szabó József:** Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.) A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnózisában. 847. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Dr. F. Zinsser:** Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes. — *Lapszemle. Belorvostan. Ehrenberg:* A diffúz vérzés

- a lágyagyvelőburkokba. — *Sebészet. E. Příbram:* A typhusos cholecystitis, a typhusbacillushordozók és az ezen esetekben elért gyógyeredmények. — *W. B. Coley:* Golyó okozta magas gerincvelősérülésnek laminectomia után való teljes gyógyulása. — *Elmekörtan. W. v. Wyss:* A dementia praecox kifejlődése előtt vagy kezdetén elkövetett bűncselekmények. — *Gyermekorvostan. Rott:* A koraszülöttek táplálásának technikája. — *Fülörvostan. Recken:* Otitis média acutában szenvedő betegen keletkezett, kezdődő meningitis látszatát keltő intercranialis vérömleny. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ritschl:* Orrvérzés. — Postoperatív meteorismus. — *A. Hoffmann:* Szivgyengeség fertőzőbetegségekben. 850—851. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 852. lap. Vegyes hírek. 852. lap. Tudományos társulatok. 853—855. lap*

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Az ipari megbetegedés és üzemi baleset közötti határ megállapításának kérdéséhez.

Közlő: *Friedrich Vilmos* dr., egyetemi magántanár.

A kötelező munkásbiztosítás érvénybelépte óta az ipari megbetegedések kártalanításának ügye is élénken foglalkoztatja úgy az orvosokat, mint mindazokat, a kik a különböző országokban a munkásbiztosítás kérdésével foglalkoznak s az erre vonatkozó törvény végrehajtásában résztvesznek. Az ú. n. ipari megbetegedések kártalanításának kérdésében a helyes, indokolható elbírálás szempontjából az ipari megbetegedés fogalma a *foglalkozási megbetegedések* fogalmáig tágítandó, a mi egyrészt az ipari munkások érdekében, másrészt ezen eddigelé nem kellőképp méltott tudományág fejlesztése érdekében is felette szükséges.

Az utolsó két évtized orvosi irodalma igazolja, hogy a foglalkozási megbetegedések kérdése az utóbbi években alig tett néhány lépést a haladás útján, a minek sajnálatos oka az, hogy e fontos kérdést sem az orvosok, sem a klinikusok, sem a higienikusok nem méltatták kellőképpen. Ama tapasztalatok rendszerbe foglalásával ugyanis, hogy ugyanazon kóros folyamatok az egyes foglalkozást űzőkön sajátosan jelentkeznek s hogy újabb iparágak keletkezésével újabb ily typosus kórformákat észleltek, csakis e megbetegedések aetiologiájának tettek — látszólag — eleget, de vajmi kevés történt e megbetegedések pathognomostikájának, illetve a betegség idejekorán való felismerésének érdekében. Mindaz, a mit e tudományág előrehaladása céljából eddig tettek, kis jelentőségű, ha figyelembe vesszük azt a még fennálló fogyatékoságot, hogy a tudományos segédeszközök igénybevételével még mindig nem tudjuk kétséget kizáró módon megállapítani, vajjon a foglalkozásból eredő s annak tulajdonított megbetegedés oka kétségtelenül

vagy legalább is nagy valószínűséggel az, hogy a szervezetet vagy a szervezetet alkotó szövetekre — mint a betegséget kiváltó ok s a szervezetet megtámadó anyag — valamely fém, vegyi mérég, cseppfolyós, szilárd vagy gáznemű, az iparban felhasznált anyag, avagy a levegő vegyi összetételében, vagy nyomásában beállott változás, magas vagy alacsony hőmérséklet vagy villamosság hatott károsan? E nagy horderejű kérdés teljes tisztázása után is fenmaradna még az ezen megbetegedéseket kísérő tünetek és tünetcsoportok klinikus felismerésének biztos módját, valamint a bántalmak keletkezésének megakadályozását, a megbetegedések számának csökkenését és a jelentkező megbetegedés gyógyításának módját megtalálni. Eddigelé ez irányban kevés történt s a kutatások is kevés eredménnyel jártak.

Ime néhány példa:

Az iparban leggyakrabban és legtöbbet használt fém az *ólom*, a melyről még annak idején *Lavet* úgy nyilatkozott, hogy 111 iparágban használják; egészen bizonyos, hogy azóta a technika és az ipar fejlődése folytán még ennél is jóval több iparágban használják. E fémmel, valamint ennek vegyületeivel való foglalkozás folytán — a foglalkozás üzésével egy időben és ezt követőleg — e fémmel por vagy gőz alakjában a bőrön át, a légzőszervek vagy a tápcsatorna útján a szervezetbe jutása könnyebb vagy súlyosabb természetű elváltozásokat okozhat, a melyek az emésztőszerveket, a vérereket, az idegrendszert, a veséket illetik s a melyek megszűnnek, sőt végleg eltűnnek, ha a fémmel való foglalatokodástól a már megbetegedetteket azután távol tartjuk. E megbetegedés bármely formája egyes esetekben csak akkor jelentkezik, a mikor a megbetegedett egyén már éveken át foglalkozott ólmot feldolgozó vagy felhasználó üzemben; egyes esetekben pedig a tünetek már néhány napi foglalatokodás után hirtelen jelentkeznek s a megtámadottakat — foglalkozásuk természeténél fogva — munkaképtelenné tehetik. Ámde ugyanazon kóros tünetek, a melyeket ólommal foglalkozókon észlelünk, számos oly egyénen is megtalálhatók, a kik

sohasem dolgoztak ólommal vagy ennek valamely vegyületével. A colica saturnina, a kephalalgia, az epilepsia, a chloroanaemia, a cachexia, az anorhexia s a minden hashajtószerral daczoló obstipatio, az izom- s az izületi fájdalmak, az arteriosclerosis, a nephritis saturnina s még számos itt fel nem sorolt tünet vagy kóralak megjelenési módja és formája olyan, hogy az egyáltalán nem, vagy alig felismerhetően különbözik más okokból eredő kólikától, kephalalgiától, epilepsiától, chloroanaemiától, cachexiától, anorhexiától, obstipatiótól, arteriosclerostól, nephritistől; épp ily tünet a szédülés és álmatlanság is, a melyet a beteg s néha az orvos is az ólommal való foglalkozásnak tulajdonít, de a melynek fennállásáról és valóban fenforgásáról — objectív tünetek híján — még csak meggyőződést sem lehet szerezni.

Még nagyobb nehézséggel jár az egyes kórtünetek vagy megbetegedések okának megállapítása, ha ismeretlen az a körülmény, vajjon az illető foglalkozott-e oly anyaggal, a mely ily megbetegedéseket okozhat, vagy ha az illető dolgozott ugyan ólomot is felhasználó üzemben, de ennek nem abban a részében, a melyben e fémmel közvetlenül érintkezésbe jöhetett volna, hanem az üzemből egy más, teljesen elkülönített részében (pl. egészségügyi szempontból jól felszerelt accumulatorgyár különálló asztalosműhelyében, a melyben a munkások ólommal érintkezésbe nem jönnek), vagy ha a tünetek — a mi nem ritka eset — akkor jelentkeznek legnagyobb hevességgel, a mikor a beteg már hosszabb idő óta abbahagyta ártalmas foglalkozását; ez utóbbi esetben mint okozati kapocs szerepelhet az a feltevés, hogy a szervezetben vagy ennek valamely szervében — mint egy depotban — beraktározott ólom valamely, sokszor fel nem ismerhető oknál fogva a véráramba jutva felszabadult s így fejtette ki hatását.

Az utóbb említett esetek helyes elbírálása felettébb nehéz s biztossággal is csak az esetben volna lehetséges, ha oly tünet is fenforog, mely csakis ólom okozta megbetegedésben jelentkezik.

A Sternberg és Edden által az ólom megbetegedés igen korai s igen fontos tünete gyanánt újabban leirt haematoporphyrinuria, melyről Goetzl legújabban megjelent dolgozatában úgy vélekedik, hogy még idősült saturnismusnál is hiányzik, ha azt egyéb jelentékenyebb emésztési zavarok nem kísérték, a heveny ólomgörcsös rohamok — colica saturnina — 12%-ában hiányzik. Gyakorta lehetetlen annak eldöntése is, vajjon a 40 évnél idősebb munkáson vagy munkáson jelentkező, időnként ismétlődő szédülést csakugyan az ólommal való foglalkozás okozza-e s lehet-e ezt egyáltalán a foglalkozás rovására írni oly esetben, a mikor az ólom megbetegedés más jellegzetes tünete teljesen hiányzik. Sajnálatos tény, hogy a már évszázadoknál régebb idő óta ismert ólom megbetegedés egyes részleteiről és tüneteiről ma sem tudunk többet, mint a mikor e betegség ismeretes lön; ugyanis sem a vérszéklet sajátos elváltozása, sem a vér mikroszkopi képe, sem a Grawitz és iskolája által biztos jelnek tartott vérkép: nagyszámú granulált — mások által pontozottnak nevezett — erythrocyta a kórképben biztos útbaigazítást nem ad, hisz hosszantartó megbetegedések, cachexia s egyéb kóralakok eseteiben is észlelhető. Ismeretes, hogy manifest ólom megbetegedés eseteiben ritkán található ólom a vizeletben.

Hasonló áll a kénesőnek lassú, heteken, hónapokon át a szervezetbe való bekebelezése után jelentkező kénesőmérgezésre vonatkozóan is, főleg ha a fogínyen mutatózó jellegzetes feketés szegély, nyálfolys, szájlób, tremor hiányzik, mert az idősült kénesőmérgezés többi tünete: étvágytalanság, sápadt vagy fakó arczszin, lesoványodás, hasmenés, impotentia, gerinczvelői és peripheriás idegrendszerbeli elváltozás számos más megbetegedésben is előfordul s ezek megjelenési alakja alig vagy sehogysem különböztethető meg a kénesőmérgezést kísérő ily tünetektől.

Egyik legklasszikusabb ipari megbetegedés az úgynevezett phosphornekrosis; főleg jellegzetes ez a megbetegedés, ha a felső vagy alsó állkapocscsonton, esetleg mindkét helyen egyidejűleg vagy egymást követően támad. Számos gyufa-

gyár vizsgálata és nagyszámú phosphornekrosisban szenvedő gyufagyári munkás észlelése s megvizsgálása alapján azt tételtem fel, hogy ezt a bántalmat más hasonlóval nem igen lehet összetéveszteni. Legutóbb azonban 54 éves, phosphorral nem foglalkozó, sem avval közvetlenül nem érintkező, egyébként egészséges munkáson, kin a Wassermann-féle reactio s az actinomykosisra való vizsgálat eredménye negatív volt s a kinek kórelőzményében előző megbetegedés nem fordult elő, a phosphornekrosishoz teljesen hasonló, a felső és mindkét oldali alsó állkapocscsont egyidejűleg kiterjedő csontelhalást észleltem, a mely csontelhalást 8 hónapnál hosszabb idő után sem sikerült a leggondosabb, hozzáértő sebészi beavatkozással a terjedésében meggátolni. Az ismeretlen eredetű s ki nem deríthető ok miatt fennálló, láz nélküli, sűrű genyt termelő osteomyelitis folyamatot phosphor által okozottnak kellett volna tartanom, ha az illető valaha is phosphorral dolgozott vagy phosphorral érintkezésbe jutott volna, annál is inkább, mivel a phosphornekrosisa jellemző s az állalatti tájon elhelyezett sipolyjáratok is megvoltak.

Az iparban használatos fémek között az elterjedést illetően az ólom után az arsen következik, a melylyel s a melynek vegyületeivel szintén számos iparban foglalkoznak; a vegyi s festékipari munkások, a művirágkészítők, timárok, galvánozóok, üvegmunkások, gyapjamosok, bőrgyári s játékkészítő munkások jutnak arsen tartalmú anyagokkal érintkezésbe munkájuk végzése közben.

Az iparban annyiféleképpen használt arsen által okozott megbetegedés oly általános tünetekkel kezdődik, a melyek más, a táplálécsatornát illető megbetegedés tüneteivel teljesen egyezők lehetnek s azoktól — ha az aetiologiai momentumoktól eltekintünk — nem különböztethetők meg. Ezek a tünetek: étvágytalanság, felbőgés, hányásinger, hányás, profus hasmenés, lesoványodás, a szervezet elgyöngülése, a légszőnek és tüdőnek, a kötőhártyának különböző, de a chronikus arsenmérgezésre s az arsen folytán bekövetkezett megbetegedésre nem jellegzetes elváltozása; ha a beteg az arsennal való foglalkozást hosszabb időre abba nem hagyja, akkor a fentebb felsorolt tünetekhez idegrendszerbeli elváltozások társulnak, a melyek tünete: szédülés, fejfájás, kábultság, paraesthesia, izomsorvadás, izomhűdés, butulás formájában jelentkező agyvelőelváltozás stb. Ezeket a tüneteket kétséget kizáró módon az arsennek tulajdonítani annál is nehezebb, mivel e kóros tünetek fokozódását s előrehaladását rendszerint valamely közbeeső betegség, leggyakrabban tuberculosis vagy tüdőgyulladás folytán bekövetkező halál meggátolja. Ismerve a beteg foglalkozását, már biztosabban megállapíthatjuk, hogy a bőrön jelentkező, piros udvartól szegélyezett genyrtartalmú hólyagok, a körömágy megbetegedése, a szemöldök s a hajhullás az arsen okozta bőringer következménye.

Mindez a nitro- s amido-derivatumok okozta megbetegedésekre is vonatkozatható. E csoportba tartoznak azok a kóros elváltozások, a melyeket a benzol, toluol, nitro-benzol, chlorbenzol, dinitrobenzol, dinitrotoluol, a metadinitrotoluol, az anilin s az ezekből készült termékekkel való foglalkozás folytán létrejövő mérgezések okoznak, feltéve, hogy e felsorolt anyagok, melyeket főleg festék- és gummigyárakban, vegyigyárakban s robbanó anyagokat készítő üzemekben használnak, egyszerre nagyobb mennyiségben, vagy hosszú időn át kisebb adagokban jutnak a szervezetbe. Az általuk okozott idegrendszerbeli tünetek a legváltozatosabbak: fejfájás, szédülés, reszketés, égető érzés a nyelven és a nyelv gyökén, álmoság, félelmi érzés, a végtagok zsibbadása, hangyamászás-ézés, fülzúgás, beszédzavar, részegség érzete, delirium, ezenfelül a vér vegyi összetételének megváltozásából eredő tünetek, felmagasztalt szív működés, továbbá hányás, hányásinger, vérszegénység, cyanosis stb., mind megannyi oly tünet, a mely más betegségeket is kísér és a foglalkozástól függetlenül is jelentkezhet. E kóros állapotok a megtámadott munkást hosszabb vagy rövidebb időre munkaképtelenné teszik, végeredményben azonban e bántalom folytán — feltéve, hogy az ártalmas foglalkozással felhagy — rokkanttá nem válik. A mennyiben az előbbi foglalkozáshoz való újból visszatérés

e tüneteket ismét az előbbi vagy növekedett mértékben váltja ki, akkor kétségtelen, hogy a tünetek csakugyan e mérgező anyagokkal való foglalkozás okozta megbetegedéssel kapcsolatos jelenségek. Egyébként is a felsorolt vegyi mérgek okozta időszüti megbetegedések mint specifikus bántalmak a nagyobb üzemekben, a hol a kellő műszaki felszerelés, a kellő erélyvel végrehajtott hatóságai ellenőrzés, a munkások rendszeres orvosi vizsgálata megvan, alig vagy csak igen szörványosan fordulnak elő.

Sokkal jellemzőbben észlelhetők a felsorolt mérgek behatása folytán előálló tünetcsoportok az esetben, ha hirtelen vagy igen rövid időn belül aránylag nagy mennyiségű mérgező anyag jutott a szervezetbe; ilyenkor a mérgezett egyén összeesik, teste elhidegül, elkékül, az érzékösség csökken, ájulás következik be, az érzékössé puha; míg a kevésbé súlyos heveny tünetek a káros levegőből való eltávolítás, néhány órai pihenés után enyhülnek, addig a súlyosabb esetek rendszerint halálos kimenetelűek. Ily halálesetek, a melyekről a vonatkozó irodalomban gyakorta olvashatunk, akkor fordulnak elő, ha a mérgező — pl. anilin — a tartály összetörése, vagy más ok folytán a munkás bőrre freccsen s onnan felszívódik, vagy ha a munkás rosszul szellőztetett oly helyiségekben kénytelen hosszabb ideig dolgozni, a melyben a mérgező anyagok gőzei akár a gépek hibája, akár a hiányos felszerelés folytán a levegőbe jutottak; példát említenél: ha a munkás hosszabb ideig tisztogatja kellő elővigyázat elmulasztásával oly kazánbelsejét, a melyben ezt az anyagot tartották, elájul, s ha észrevétlenül a kazánban marad, rövid időn belül meghalhat. Ezen utóbb említett esetnek ipari mérgezés okozta üzemi baleset gyanánt való elbírálása még a kevésbé gyakorlott szakértőnek sem fog nehézséget okozni. Ezzel ellentétben az anilinnak a hólyagra vonatkoztatott ártalmi — hólyagizgalom, hólyagvérzés —, melyek rákszerű elváltozásokba mehetnek át, oly természetű folyamatok, a melyek más oknál fogva is a foglalkozástól függetlenül jelentkezhetnek volna.

A szénkéneg (CS<sub>2</sub>) okozta mérgezés esetén szintén ugyanezek a körülmények állanak fenn. Ezzel az anyaggal a gummi-, kaucsuk-, vegyi-, gáz-, olajgyárakban dolgozó munkások foglalkoznak s ezeken észlelhetjük a szénkénegmérgezés s ennek mindazon tüneteit, a melyekre *Laudenheimer* hívta fel a figyelmet. A mérgező anyag a lélekző-utakon vagy a bőrön át juthat a szervezetbe, ha például a munkás puszta kézzel vagy karral hosszabb időn át kezeli a víztiszta folyékony anyagot. A mérgezés első szakában a következő heveny tünetek jelentkeznek: izgalmi állapot, változó kedélyhangulat, nevetés, sírás, szédülés, fejfájás, látás-zavarok, hallucinációs jelenségek, szóval oly tünetek, a melyeket a heveny alkoholemérgezésben is észlelhetünk. A mérgező hosszabb ideig tartó behatása után a tünetek súlyosabbak: az arc elsápad, a légzés dyspnoészerű, az izmok fájdalmasak, görcsösen összehúzódnak, a járás bizonytalan, a végtagok reszketnek, a bőr érzékenysége csökkent. Egészenben oly kórkép keletkezik, a mely sokban hasonlít a hysteriához s így avval könnyen összekeverhető annál is inkább, mivel a káros munkától való elvonás és a suggestiv kezelés gyógyítólag hat, feltéve, hogy a kóros tüneteket nem szervi elváltozások okozzák. Súlyosabb szénkénegmérgezés után a reflexingerlékenység nagy mértékben csökkent, teljes érzékelenség áll be, hónapokig tartó psychosisis tünetek jelentkeznek, melyek néha nem is gyógyulnak, sőt a központi idegrendszer hűdése folytán a halál következhet be. Még nagyobb nehézséggel jár az időszüti mérgezés felismerése, ha annak következményei ideglob, neuritis, polyneuritis, izomhűdés, hátgerincsorvadáshoz hasonló s azzal majdnem egyező kórkép, az emlékezőtehetség csökkenése, maniára, dementiára emlékeztető jelenségek alakjában nyilatkoznak meg.

E súlyos következményű mérgezés azonban kikerülhető s előfordulása a minimumra csökkenthető, ha a specialis gyári műhelyrendeletek megalkotásán s pontos betartásán felül oly technikailag megszerkesztett gépeket alkalmaznak, a melyek megakadályozzák, hogy a szénkéneg legkisebb mennyisége is a munkahelyiség levegőjébe jusson, vagy pedig olyképpen,

hogy ha ezt az anyagot mással, talán drágábbal pótolják. Ennek igazolását látjuk nemcsak a német és francia ily gyárakban, hanem a budapesti gummigyárban is.

A szénkéneg által okozott időszüti mérgezés tünetei tehát — miképp azt fentebb vázoltam — olyanok, a melyek más bántalmakban is előfordulnak.

*Az előzmények, a foglalkozás és az ezenközben használt anyag milyenségének pontos és részletes ismerete nélkül tudományos alapon a megkülönböztető kórjelzést biztossággal vagy azzal határos valószínűséggel megállapítani nem lehet.* Az ily esetek nagy részében, ha a megbetegedés más körülményre nem vezethető vissza, feltételezhető, hogy az a vegyi mérgező anyag foglalkozás következménye. A bántalom üzemi eredetét tehát fel lehet tételezni, összefüggésbe is lehet hozni a foglalkozással, de e kapcsolatot minden kétséget kizáró módon megállapítani vagy bebizonyítani nem lehet. Ez a felfogás vezethette azt a német biztositási bírót egyik baleseti járadékperében, midőn ily kérdésben a járadékot igénylőre nézve hátrányos döntést hozott s a szénkéneg okozta időszüti mérgezés nem minősítette üzemi balesetnek. A szénkénegmérgezésnek üzemi eredete kétségtelenül megállapítható az esetben, ha annak tünetei az anyaggal való foglalkozás közben hirtelen állottak be s az idegrendszer súlyos megbetegedését eredményezték vagy halált okoztak; ily eset akkor fordulhat elő, ha a rendestől eltérően igen nagy mennyiségű mérgező anyag jutott az érzékössé szervezetbe, vagy ha a mérgező anyag a még munkabíró, de például szívbeli elváltozás folytán kóros szervezetbe jutott.

Az ipari munka közben s folytán keletkezett vegyi vagy egyéb anyagok okozta bőrbántalmak sokféle alakjára vonatkozóan is ugyanez a felfogás mértékadó, mivel e bántalmak külső alakja szintén nem különbözik azoktól a bőrbetegségektől, melyek oly egyéneken is tapasztalhatók, kik sohasem jutottak érintkezésbe az ily bántalmakat előidéző anyaggal. A foglalkozásból eredő, néha igen súlyos természetű, hónapokig s még tovább tartó, könnyen kiújuló bőrmegbetegedések száma felettébb nagy; legújabban *Herxheimer* 74 oly foglalkozást sorol fel, melyek következtében a munkások különböző, gyakran súlyos bőrbajokat szerezhetnek. Ezzel szemben tapasztalati tény, hogy egyes munkások, ha a foglalkozással járó veszedelmekre idejekorán figyelmeztetik őket s a kártékony behatástól megóvják, és ők maguk is a szükséges rendszabályokat pontosan betartják, egész életükön át mentek maradhatnak ily bántalmaktól.

Hasonló nehézségekkel igazodhatik el az orvos az állati, növényi, ásványi anyagok porrészecskéinek belélekezése folytán keletkezett pneumokoniosis sokféle alakjában. Ez a megbetegedés a megtámadott bizonyos idő mulva az addig üzött foglalkozásra képtelenné teszi, sőt van rá eset, hogy halálra is vezet, minthogy a bántalom nem gyógyítható.

Talán legnehezebb az orvos feladata a *tuberculosis* elbírálásakor, mivel a tuberculosis-esetek igen nagy számában a bántalom létrejöttét a foglalkozás elősegíti, javulását vagy gyógyulását pedig ugyancsak a foglalkozás minémisége hátrányosan befolyásolhatja.

Abban a dolgozatomban, a mely 1903-ban e lap hasábjain megjelent, kifejtettem, hogy „a tüdővész a munkások között sokkal gyakoribb, mint más foglalkozásbeliekénél; a foglalkozás minősége a tüdővészre praedispozíciót rejt magában. Ha a tüdőtuberculosis nem is foglalkozásbeli megbetegedés, mégis oly betegségnek tekintendő, a melyet a jó vagy rossz, hygienice helyesebben kifejezve az egészséges és kevésbé egészséges foglalkozás befolyásolni képes“. Ezt a tételt hosszú évek alatti megfigyeléseim mindjobban beigazolták, úgy hogy még határozottabban nyilatkozhatom az iránt, hogy ha valamely betegséget a foglalkozás kártékony vagy veszélyes volta befolyásolni tud, legelső sorban a tuberculosis az.

Ugyancsak nehéz feladat az üveggyárakban előforduló szemhályogok keletkezése módjának biztos elbírálása. Ez az elváltozás a hályog megéréséig, tehát hónapokra teljesen munkaképtelenné teheti a beteget s a műtét után is csökkentheti előbbi munkabírását. A tapasztalat szerint a szürke

hályog az üvegfüvőkon elég gyakran fordul elő, de egyébként az elváltozás érzékelhető formája, a kifejlődés tüneteiben mindenben teljesen azonosak a más foglalkozásúakon jelentkező szürke hályog tulajdonságaival; csupán egy körülményről emlékeznek meg a megfigyelést végző szemészek, hogy az üvegfüvők hályogja gyorsabban duzzad (talán azért, mivel nagy hőfoknál hosszú időn át dolgoznak) s e miatt gyakoribb a következményes „zöld hályog” keletkezése is. A foglalkozás tehát csak mint valószínű aetiologiai tapasztalat szerepel s azt a körülményt, vajjon a keletkezett szürke hályog csakugyan az üvegfüvők mesterségével oki kapcsolatban van s ennek következménye, vagy pedig más, de ismeretlen okból keletkezett-e, biztossággal vagy csak valószínűséggel is eddigelé nem sikerült eldönteni. Az üveg munkás és a más foglalkozásbeli egyén szürke hályogja között a baj lényegét illetőleg megkülönböztető körjelzést felállítani nem lehet. Jóllehet az angol törvény ezt a megbetegedést kártalanítandónak véli (az 1909. évben egy ily esetet sem kártalanítottak), mindazonáltal az üvegfüvőkon jelentkező hályogot üzemi balesetnek minősíteni nem lehet.

Az eddigieket még ki lehetne egészíteni azokkal a *bacterium-okoza* fertőzésekkel, a mikor a fertőzést s a bacteriumnak a szervezetbe való jutását a foglalkozás segíti elő, továbbá az élősdiak által okozott bántalmak számos fajával, mint a minők: az actinomykosis, a ragadós köröm-szájfájás, az aspergillosis, a lépfene (anthrax), az oedema malignum, a tetanus, a takonykór, az ebdüh, az echinococcus, a trichinosis, az anchylostomiasis.

(Folytatása következik.)

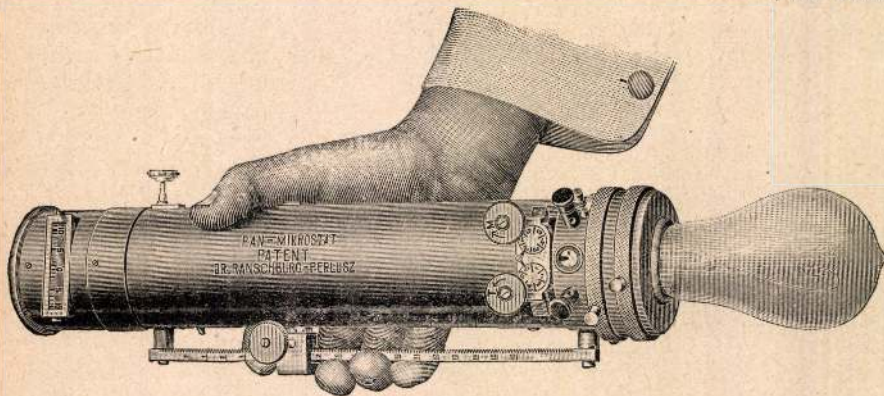
### „Mikrostat”, egyetemleges kézi kapcsolókészülék a villamosság orvosi alkalmazásának czéljaira.

Írta: *Ranschburg Pál* dr., egyetemi magántanár, a Charité-poliklinika főorvosa.

A transportabilis villanyozó készülékek sokféle tökéletlensége már körülbelül 6 évvel ezelőtt arra a törekvésre indított, hogy a központi világításra szolgáló bármely áramkörbe bekapcsolható, csakugyan könnyen hordozható, lehetőleg egyszerű, nem kényes, nem túlköltséges, a mellett sokoldalú és tökéletes készüléket próbálják megszerkeszteni.

E tervemben kitűnő munkatársra akadtam *Perlusz Dezső* elektrotechnikus személyében, a ki nélküli kitűzött célokat semmi esetre sem sikerült volna annyira megközelítenem, a mennyire az a következőkben leírandó készülék formájában csakugyan módomban volt.

E készülék, melyet „mikrostat”-nak neveztem el, sokoldalúságához képest aránytalanul csekély súlyával és terjedelmével (l. 1. ábrát), gyakorlatiasságával s megbízhatóságával felette áll az összes eddigi hordozható s nem egy tekintetben a stabil kapcsolókészülékeknek is.



1. ábra.

Fényképfelvétel után, mely a készülék formájáról s terjedelméről nyújt fogalmat.

A mikrostat, miként az összes kapcsolókészülékek, ad áramot *faradozásra, galvanizásra, sinusoidalis voltaizálásra, elektrolysisra, kataphoresisra, endoskopoizásra, kauterezésre, vibratióra* stb. Szerkezete azonban, noha csupa ismert fizikai elvre támaszkodik, ezek kombinálása szempontjából teljesen újszerű. Ennek egyik bizonyossága, hogy Magyarországon kívül a többi államban is (Németország, Ausztria, Svájc, Anglia, Franciaország) megadták nemcsak a mintavédelmet, de a kért szabadalmat is, jóllehet egyes államok a szabadalom lényegét az újdonságra nézve hivatalból vizsgálják.

Az eddigi készülékekkel szemben a készülék a következő előnyökkel rendelkezik:

A) Súlyja kb. 1800 gr., hossza 33 cm., szélessége 6.3 cm., magassága 8 cm., össz-súlya kapcsoló kábellel és szekrényvel (étui-vel), együtt kb. 2500 gr., tehát bárhová kényelmesen hordozható, bármely széken, asztalkán feállítható, a beteg ágyára is ráhelyezhető, vagyis a hordozható kézi készülék elnevezés teljes joggal alkalmazható reá.

B) *Bármely feszültségű áramkörbe bekapcsolható*, akár az ismert dugó-kontaktusokba, akár — ha ilyen nem volna kéznél — bármely szokásos lámpafoglalatba. A rendesnél (110 Voltnál) nagyobb feszültségű áramkörbe való kapcsolás esetén a 110 Voltos lámpa helyett megfelelő feszültségű szénszálas villanykörtét kell csak becsavarnunk a készülék lámpafoglalatába.

C) *Úgy egyen-, mint váltakozó áramkörbe bekapcsolható.* Csak egyenárammal adja azonban a készülék a galván-(állandó) áramot, mely helyett váltakozó áramnál sinusoidalis Volta-áramot szolgáltat. A farados áramot, az endoskopiához és kauterezéshez alkalmas áramot mindkét fajta áramnemnél egyformán szolgáltatja. Igen jól használható a mikrostatnál kapcsolatban bármelyike az újabban forgalomba jött villanyhajtású kézi vibrációs készülékeknek (pl. sanax, penetrator, rotofix stb.), midőn is a forgási sebesség s ezzel együtt a vibrálás minősége és hatálya pontosan szabályozható és variálható, de használható a mikrostat mint rheostattal felszerelt kapcsolókészülék mindenféle tudományos elektromágneses szerkezetű készülék (pl. laboratóriumomban a mnemometer) hajtására is.

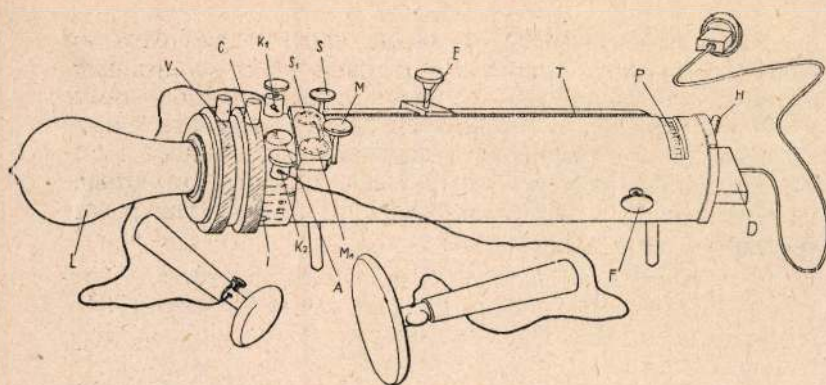
A készülék egész berendezése az orvosi gondolkodásnak legmesszebbmenő aprólékosságú figyelembevételével készült. Különös gond fordított a szórakozottságból eredhető tévedések megelőzésére, illetve esetleges következmények elhárítására, mint azt a mikrostat itt következő leírása mutatja:

A mikrostat 4 apró fémlábon álló nikkelezett rézhenger, melybe elül egy sötétre lakkozott szénszálas villanykörtét (L) kapcsolunk be ellenállásként, míg a henger hátulsó zárólapijából kiálló két dugó-szögre rátoljuk a fali connectorba beillesztett kapcsolókábel másik dugóját (D). A zárólapon találjuk az *áramkulcsot* (H) is, mely balfelé, 0-ra tolva megszakítja, tehát nem adja, jobbfelé tolva azonnal zárja, tehát szolgáltatja a készülékhez szükséges áramot.

A galvanizáshoz, elektrolysishez, endoskopoizáshoz, illetve tükrözéshez, úgyszintén a sinusoidalis voltaizáláshoz és kauterezéshez szükségelt árammennyiség szabályozását a készülék jobb oldala hosszában fogazott sínen (T) mozgatható *csúsztató contactus* (E) segítségével végezzük. A sínen 0—16-ig terjedő tapasztalati lépték látható, melyen a contactus gombjának csavarásával 0-tól felfelé haladva egyre erősebb (pl. galvanizásra 0—85 Volt feszültségű) áramot kapunk. A fokozás, illetve csökkentés azért jön létre, hogy a csúsztató — a sín mögött látható résen át — a nikkelezett henger belsejében elhelyezett sodronyellenállás különböző nagyságú részeit kapcsolja ki, illetőleg be az áramkörbe.

Az áram intenzitása a készülékbe beleépített 15 (kivánatra 30) MA-ig beosztott *Deprez d'Arsonval*-féle *galvanometeren* (P) olvasható le, mely csakis galvanizáskor, illetve galvanofaradozaskor kapcsolódik bele önműködően az áramkörbe.





2. ábra.

A készülék külső felszínének sémás ábrázolása.

Az árammérőtől balra találjuk a készülék belsejébe foglalt, így romlástól megóvott *áramszakító* (Neff-, illetve Wagner-féle) kalapács fekete szabályozó gombját (F). Ez szakítja meg ütemesen a készülékhez vezetett gyengített központi áramot faradozáskor. Eltérően az addigi készülékektől, a kalapács nem le-fel, hanem oldalt mozog, miáltal járása aránytalanul szabályosabb s a gomb segítségével a másodpercenkénti szakítások s így az áram-inductiók száma sokkal szélesebb határokon belül szaporítható vagy csökkenthető, semmint az eddig használatos eszközökön. Az összes többi berendezés szabályozása a készülék elülső végén történik.

Itt találjuk a lámpa foglalata mögött a vörös fíberanyagból készült *áramfordító korongot* (V) — gombján a V (variátor) jelzéssel —, melynek jobbra és balra mozgatásával az állandó áram iránya változtatható.

E mögött egy második korong, az *áramváltzó* (C) következik, gombján a C (combinator) jelzéssel. A korong belső — két szögcske között szabadon forgatható — szélén egy kis fémnyelv (I) látható, mely a korongtól befelé következő betűjelzések bármelyikére egy ujjmozdulattal beállítható. Az F jelzés adja a farados, a GF jelzés a galvano-farad, a G jelzés a galván (állandó), az E és Si jelzés a tükrözéshez, átvilágításhoz, endoskopozáshoz és sinusoidális faradozáshoz, a K jelzés a kauterezéshez szolgáló áramot a szerint, a mint a korong nyelve az illető betűn áll. Csak a kauterezéskor kell — tévedések megelőzése kedvéért — a korongon alul található fémgombot felnyomni, hogy a nyelvet a K jelzésre beállíthassuk. (Vissza E felé minden külön intézkedés nélkül csavarható a korong.)

A betűjelzéseket tartalmazó korongon találjuk a két *áramvezető kapsot* ( $K_1$ ,  $K_2$ ), melyekbe szükség szerint az elektrodokhoz, vagy az endoskopos lámpához, kauterhez, vibratorhoz stb. vezető kábelek szorítandók. A két kapsot között találjuk az *áramiránymutatót* (A), mely minden eddigi készüléktől eltérően önműködően, állandóan és absolute mutatja az áram irányát. Kis tájoló van ugyanis bekapcsolva az áramkörbe, mely befolyásolva az alatta levő (nem látható) elektromágnesben haladó áram irányától mutatja + jellel ellátott végével állandóan a tényleges pozitív kapsot, — jelzésű végével a tényleges negatív kapsot. A mint a contactusdugót fordítva teszszük be, vagy a mint a variator-koronggal az áram irányát megfordítjuk, megfordul a tájoló is, vagyis akárhogy is van beillesztve a dugó s bárhogy is áll a variator, a galvanozáskor állandóan szemünk előtt látjuk, melyik a pozitív, melyik a negatív elektrod.

A most leírt korong mögött kezdődik a nikkelezett fémhenger s mindjárt kezdetén találjuk az *indukált (farados) áramot szabályozó* két állítócsavar gombját ( $S_1$ ,  $M_1$ ). Az S betűs csavargomb a másodlagos tekercset, az M betűs a vasmagot mozgatja, melyek a primaer tekercscsel együtt a fémköpenyen belül az ellenállás belsejében vannak elszigetelten elhelyezve. A gombok alatt látható ( $S_1$  és  $M_1$ ) számlapokon 0—6-ig haladó lépték látható s e gombok csavarása a nyíl irányában az indukált áramot fokozatosan a legerősebb

áramig erősíti. Az áramerősség empirice a léptéken leolvasható.

*Endoskopia* esetén s általában világitáskor a készülék a legerősebb lámpák megvilágítására a csúszató gombja segítségével ugyanúgy beállítható, mint — mindig a 0-tól haladva felfelé — a legfinomabb s legkényesebb, pl. a húgycső megvilágítására szolgáló lámpákhoz.

*Kauterezés* céljaira a készülékhez csakis specialis *Volt-kauterjaink* használhatók, melyek minden tekintetben megfelelnek, a mint ezt Klár Mór dr. főorvos a Bródy Adél-kórházi osztályán tapasztalatilag kipróbálta, mi pedig számításaink és méréseink útján megállapíthattuk. *Joule* törvénye szerint a másodpercenként fejlesztett gramm caloria =  $C \cdot J^2 \cdot W \cdot t$ . E képletben C egy állandót (0.240), J az áramerősséget Ampèrekben, W az ellentállást, t az áramhatás idejét másodpercekben jelenti. Az eddigi égetőkkel, melyekben a W felette csekély (circa 0.02), minthogy vastag, rövid platindrótból készülnek, a *Joule*-féle képlet értelmében igen nagy J-re, azaz áramerősségre van szükség, hogy megfelelő izzásig jussanak. Az eddig használatos legfinomabb kauterek is 8—10 Ampère áramerőt kívánnak meg. Ellenben a mikrostat szolgáltatva árammal sok Volt,<sup>1</sup> de kevés Ampère áll rendelkezésünkre. Ha azonban a kauter belső ellenállásának fokozásával helyettesítjük a csökkent magas áramerőt, akkor a fenti képlet eredménye nem változik. Ugyanis a régi platínégető 0.02 Ohm ellenállását és 10 Ampère áramerősségét véve számítási alapul, ezzel szemben a mikrostatához használható kauter belső ellenállása 10 Ohm, míg a rajta keresztül haladó áram erőssége mintegy 0.5 Ampère, tehát a *Joule*-féle képlet szerint kiszámított caloria, vagyis a fejlesztett hőmennyiség még több, mint a régi kautereknél.

A nagyobb ellentállás elérésére szerfelett vékony és hosszú platinsodronyt használunk fel kauterként, melynek ellenállása a legfinomabbaknál is 10 Ohm körül van, vagyis 500-szorosa a használatos égőkének. A sodronyt porcellán burkolja, mely a sodrony hőfokát átveszi s a mely már a készülék által szolgáltatott áram teljességének igénybe vétele nélkül is gyönyörű fehér izzásig hevíthető.<sup>2</sup>

A csekély áramerővel s nagy ellenállással való kauterizálás tehát készülékünknek egyik, úgy gyakorlati, mint tudományos szempontból értékes s éppen a szakembereket meglepő újszerűsége. Megjegyzem, hogy a kauterek kevésbé kényesek s a mellett előállításuk s így áruk is jutányosabb lesz, mint az eddigi égetőké.

A mikrostat fémköpenye s csavarjai a belsejétől teljesen *elszigeteltek* s a készülék működés közben is mindenütt veszélytelenül megfogható. Földzárlatmentesnek a készülék által szolgáltatott áram épp oly kevésé mondható, mint valamennyi az áramot nem transformálás útján szolgáltató fali kapcsoló-tábla. Ezért is esetlegesen *nedves kőpadlón* végezendő testüri átvilágítások vagy műtétek esetén, miként a kapcsolótáblák használatakor, itt is célszerű a beteget kaucsuklap, linoleum vagy deszkalap alá helyezésével a talajtól izolálni, esetleg gummikeztyűvel dolgozni.

A mikrostat *karbantartásáról* és a *vele való bánásmódról* álljon még itt a következő gyakorlati útmutatás:

Ha a készüléket használni akarjuk, akkor: 1. az összekötő kábelt bedugjuk a fali- és a készülék zárólapján levő kapcsolóba; 2. a használandó eszköz (lámpa, kauter, elektrodok stb.) vezető zsinórait bekapcsoljuk a két áramvezető szorítócsavarba; 3. az áramváltzó nyelvét ráigazítjuk a kívánt áramfaj betűjelzésére s végül 4. az áramkulcsot 0-ról jobbfelé mozgatjuk, midőn is a lámpa kigyulása jelzi, hogy a készülék működik. Az áram szükséges erősségét a kívánt fokig a fenn leírt módon eszközöljük. Nehogy bármikor is a kulcs zárásával hirtelen túlerős áramot kapjunk, ajánlatos, hogy használaton kívül, s így használat előtt is, a csúszató

<sup>1</sup> Innen e különleges kauterek elnevezése: *voltkauter*.

<sup>2</sup> Együttes endoskopos és kauteres használat esetén a kauterezéshez szükségelt áramot külön előtét-ellenállásról veszszük le.

szabályozó gombja, továbbá az indukált áram szabályozó gombjai és az áramkulcs mindig 0-on álljanak.

A mikrosztatot a budapesti Marx és Mérei tudományos műszerek gyára czég (VII., Bulcsu-u. 7.) állítja elő.<sup>3</sup>

**Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi orr- és gégeorvostani klinikáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.)**

### Orrgaratúri lymphangioma.

Írta: Lengyel Árpád dr., klinikai gyakornok.

A nyirokerek daganatait, melyeket endothel-sejtekkel bélelt, nyiroknedvet tartalmazó ürök jellemeznek, nagyon sokszor szinte lehetetlen megkülönböztetni a meglévő erek egyszerű tágulatától, mert épp úgy daganat képét mutatja az erek tágulata, mint azok ujjaképződése.

A lymphangiomák legnagyobb része tulajdonképpen a nyirokutak tágulása következtében jönnek létre és azon szervnek, melyben előfordulnak, egyenletes megnagyobbodását hozzák létre, a mint látjuk azt pl. makroglossia esetében. E daganatok Ziegler szerint vagy pangásosak, vagy pedig veleszületettek és ez utóbbiak kiváltképpen az ébrényi életben meglévő magzatrészek tájkán fordulnak elő.

Azon daganat, melyet leírni szándékozom, a lymphangiomák ritkábban előforduló formájához tartozik, a mennyiben szokatlan helyen keletkezett s újdonszerű daganatnyirokerek által alkotott térfogatnagyságú, tehát a szó szoros értelmében vett nyirokdaganat. Az eset a következő:

N. G. 17 éves földmives-legény 1911 október hó 27.-én jelentkezett az egyetemi orr- és gége klinikán, a hol előadta, hogy 1910 évi március hó óta vette észre, hogy nem szelel a jobb orrfele, a miért ugyanazon év június havában az egyik sebészeti klinikát kereste fel, a hol megoperálták s onnan gyógyultán távozott. Több mint egy évig teljesen jól érezte magát, a midőn ismét eldugult a jobb orrfele és időnként hol az orrából, hol pedig a szájából véralvadékkal kevert váladék távozott.

Vizsgálatkor feltűnik a beteg zárt orrhangja. Az arc orrtáji részén kóros elváltozás nincsen. Rhinoskopia anteriorral hátul a középső orrjárat magasságában egy daganat kis segmentuma látszik, a mely orrfúvás kísérletekor az orr üre felé mozog és úgy tűnik fel, mintha eredését a középső kagyló alól venné. A rhinoskopia posteriorral, majd digitalisan végzett vizsgálatkor kitűnik, hogy az orrgaratúr jobb fele egyenetlen felszínű, szürkés-vörösbarna színű, kissé vérekegyen, puhább tapintatú, körülbelül kis almanagyságú daganattal kitöltött, a melynek kiindulási helyét megállapítani nem sikerült.

A megejtett Röntgen-vizsgálat az orr melléküregeit egyformán tisztának mutatta s így a melléküregből való eredet ki volt zárható.

A jobb orrür és garat 20%-os cocainnal való előzetes helyi érzéstelenítése után a daganatot az orrnyíláson át kíséreltem meg kacsba foglalni és miután ezen kísérlet sikertelen maradt, bal kezem mutatoujját az orrgaratúrba vite s a daganatot a megfelelő choana felé nyomva, a jobb kézzel az orrba vitt Heymann-féle éles orrfogóba illesztettem és több részletben a legnagyobb részét eltávolítottam, úgy hogy az orrlégzés helyreállott. Kontrollképpen a lágy szájpadot a Schmidt-féle szájpadrögzítővel előrehúztam s ekkor látszott a tükröképben, hogy a tumor a jobb tuba nyílása felett és megett körülbelül krajczárnyi területől eredt. A még ott levő utolsó részletet adenotommal távolítottam el.

A műtét alatti kis vérzés annak befejeztével csillapult, úgy hogy tamponálásra sem volt szükség. A beteg néhány

nap alatt tökéletesen meggyógyult. Meglepetést okozott a lemezszerűen több darabra tört daganat makroszkopos megtekintése, a mennyiben színére és összeállítására nézve teljesen a főtt húsrá (izomra) emlékeztetett és nem lehetett eldönteni, hogy nagyjában a daganatok mely fajához tartozik. Ugyancsak meglepetésszerű volt a kórszövettani vizsgálat eredménye. A vizsgálatot Entz magántanár volt szíves végezni és lelete a következő:

„A vizsgálatra beküldött daganatban ép szövetet sehol sem lehet felismerni s így a daganat kiindulási helyét vagy talaját illetőleg nem lehet nyilatkozni. A daganatnak igen laza szövésű rostos kötőszövetes stromája van, a mely vékonyfalú capillarissal elég dúsan van átszőve. E finom stroma kötegeiben hol több, hol kevesebb a kötőszöveti rost az erek körül, közöttük pedig mindenütt különböző nagyságú kerekded, ovális vagy rendetlen alakú üröket kapunk, a melyek egyetlen egy sejtréteggel vannak bélelve. A sejtbeállítás meg lehetőségen nagy köbalakú vagy szabálytalan sokszögű sejtekből áll, a melyek mintegy hámszerűen sorakoznak egymás mellé. A sejteknek aránylag nagy, chromatindús magja a sejt központjában fekszik, az elég széles protoplasma szürkésen festődik. E sejtek tehát leginkább duzzadt endothelsejteknek felelnek meg s így az említett üröket tág nyirokereknek vagy nyirokutaknak tarthatjuk. Néhol a sejtek leváltak és szabadon fekszenek az említett ürök belsejében. Egyébütt az ürök hol üresek, hol szemcsés törmelékkel vannak kitöltve, a mi nyiroknak felel meg. Az egész daganatot a tág nyirokürökről, a melyekből legnagyobbbrészt áll, lymphangiomának kell tartanunk.“

Minthogy az orrgaratúrban hasonló daganatképződést még egyáltalában nem írtak le, érdekelt kikutatni azt, hogy a beteg annak idején a sebészeti klinikán milyen baj miatt operálták meg és kiderült, hogy ugyanarról a helyről a honnan a leírt daganatot ellárolítottam, annak idején ugyancsak egy daganatot távolítottak el, a melyet nemcsak klinikailag néztek sarcomának, hanem az akkor megejtett kórszövettani vizsgálat is kis gömbsejtű sarcomának jelzett.

Arra nem igen tudunk példát, hogy rosszindulatú daganatok később jóindulatú daganatok alakjában kiújulnak, inkább ennek ellenkezőjét igazolhatja számos eset. Nem látszott tehát valószínűnek, hogy az előző histologiai diagnosis helyes volt. Entz tanár véleménye szerint akkor is minden bizonynyal lymphangioma volt az eltávolított daganat és a histologus tévedését is egész természetesnek tartja azon esetben, ha véletlenül oly daganatrészletet vizsgált, mely vagy az eltávolításkor összepréseltetett, vagy a vizsgálat menete alatt annyira összezsugorodott, hogy belőle a nyirokürök tartalma kiürült s a sejtek az összenyomás folytán mint egymás mellé sorakozott kis gömbsejtek tömege sarcomának imponálhattak, mint a hogy angiomák is sarcomának látszhatnak a vér kiürülése után.

Jelen esetből láthatjuk, hogy néha a histologiai vizsgálat helyessége oly külső körülményektől is függ, a melyekre egyáltalán nem gondolunk, pedig a művi beavatkozás mineműségét legtöbbször a szövettani vizsgálat eredményétől teszszük függővé.

Esetünkben már eleve jóindulatú tumorra tettük a diagnosis azon alapon, hogy elég mobilis volt, nem kapaszkodott össze a környezettel s a nyirokmirigyeket nem infiltrálta.

A felső légutakban a körülírt lymphangioma igen ritka. Mint unicumot írt le Hamm lymphangiomát az orrkagylón. Szájüri lymphangiomákat közölt Labit, id. Navratil és Weil. Specialis érdekességet kölcsönöz ezen esetnek az, hogy az orrgaratúrban hasonló daganatképződést még egyáltalában nem észleltek.

<sup>3</sup> A készülék ára dobozzal, kábellel, vezetőzsinórokkal, lámpával a legszükségesebb elektrodokkal együtt 290 korona.

**Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmeorvóosztályi klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly, dr., ny. r. tanár.)**

### A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnosisában.

Irta: *Veress Ferencz* dr., a bőrgyógyászat magántanára és *Szabó József* dr., ideggyógyászati I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Mi *Karvonen* eredeti eljárása szerint végeztük vizsgálatainkat. Minthogy a *Karvonen* által előirt mennyiségek túlságosan kicsinyeknek látszottak arra, hogy számos kémlőcsőbe pontosan, minden számbavehető kísérleti hiba nélkül lemérhessük, eleinte az előirt mennyiségen kívül annak háromszorosával is végeztünk reakciókat. Minden ilyen esetben egyidejűleg megcsináltuk a vizsgálatot az eredeti eljárásnál használt mennyiséggel is, a melyet századköbcentiméterekre beosztott pipettával lehetőleg pontosan kimértünk. A *Karvonen*-féle reakcióval párhuzamosan minden esetben *Wassermann*-féle reakciót is végeztünk.

Később meggyőződünk arról, hogy a háromszoros mennyiségekkel végzett reakciók az eredetivel teljesen egyenlően sikerültek, a miért is elhagytuk ezt az eljárást és csak az eredeti módszert alkalmaztuk. Miután pedig rájöttünk arra, hogy a pontosan kimért adagokkal vizsgált esetek és a szándékosan apró hibákkal végzett vizsgálatok sem különböztek egymástól, feltéve, hogy a kimérést az összes csövekben bizonyos egyforma rendszer szerint végeztük, a finom, beosztatlan pipettával való egyszerűbb kicsepegtetésre tértünk át. Táblázatainkban mindenütt csak az eredetileg *Karvonen* által előirt mennyiségekkel végzett reakciók eredményeit tüntettük fel. Megjegyzendő, hogy a reakcióhoz az előírás értelmében mi sem használtunk thermostatot, hanem csak szobahőmérsékleten dolgoztunk és 25%-os véremulsio helyett csak 10%-osat vettünk.

A *Wassermann*-reakciót paralysisben elhalt egyén szivéből készült alkoholos kivonattal végeztük, néhányszor pedig tengerimalacz-szívából készült alkoholos kivonattal. Mindkettőt párhuzamosan, összehasonlítva is alkalmaztuk, az eredmények azonban teljesen megegyeztek.

A *Karvonen*-féle reakcióban az *antigen* megválasztása nagy gondosságot követel. Nem minden alkoholos marhaszív-kivonat jó. Első antigenünk eleinte egészen jó volt, de később megromlott úgyannyira, hogy egy ideig semmiféle eredményt sem tudtunk elérni. Hosszas próbálgatás után reájöttünk, hogy a sikertelenség oka az antigenben rejlik. Új antigenet készítettünk, még pedig egyszerre kettőt. Első reakcióban mind a kettő jó volt, aztán az egyik elromlott, míg a másik mindig használható maradt. Ezt a körülményt azért hangsúlyozzuk, mert az irodalom átolvasásakor sehol sem találtunk ilyen észrevételt, holott az esetleges kedvezőtlen tapasztalatok oka rossz antigen használata is lehet.

Feltétlenül szükségesnek tartjuk minden reactio előtt közvetlenül a lósavó titrálását. Mi úgy magát a conglutinációs systemát illetően, mint az antigenet illetően külön-külön titrálunk. A lósavóból 0.05, 0.1, 0.15, 0.2, 0.25, 0.3 cm<sup>3</sup> mennyiséget vettünk a titráláshoz. Ajánlatos mindig csak friss lósavót használni, minthogy a régi lósavóval tiszta, s így világos eredményeket nem igen nyerhetünk. A reakciónál titerül azt a lósavó mennyiséget vettük, mely körülbelül 10 perc alatt teljes conglutinációt hoz létre antigen jelenlétében. Czélszerűnek bizonyult inkább valamivel erősebb titer alkalmazni, mert különben a reactio eredményének a megítélése nehézségeket okozhat. A controll és a reactio (antigenes) csövei csak így adnak szembeötlő különbségeket. Lehet, hogy ez némileg a reactio finomságának a rovására megy, de hiába végzünk érzékeny reakciót, ha aztán a leolvasás kétséges. Túlságosan nagy titerrel természetesen szintén óvakodnunk kell, mert akkor a nagymennyiségű lósavó-complement a reakciót értéktelenné teszi az által, hogy haemolysist okoz. A friss lósavóval rendszerint semmi baj

sincs. Ellenben az egy vagy több napos lóserum complementje annyira gyengül még a befagyasztás dacára is, hogy a rendnél többszörösen nagyobb mennyiséget kell venni; az ilyen nagy mennyiségű lósavó aztán néha nem conglutinál, hanem egyenesen haemolysist okoz. Sőt még friss lósavók között is akadt ilyen, a mely a conglutinatio eléréséhez szükséges mennyiségben már vértetoldást eredményezett. Ilyen lósavó természetesen használhatatlan.

A 10%-os malacsvéremulsio teljesen elegendően erős. Éppen úgy használható, mint a 25%-os.

A reactio leolvasására legalkalmasabbnak találtuk, hogy ha az eljárás végén való, körülbelül félórás enyhe rázogató után (túlságos rázás a haemolysist segíti elő) úgy két-három órát még nyugodtan állani hagyjuk a kémlőcsöveket, természetesen szobahőmérsékleten. A reactio leolvasható mindjárt a rázogató végén is, de ilyenkor még sok a félig conglutináló, bizonytalan eset. Két-három óra múlva a véremulsio megüledik. Ezért enyhén felrázzuk a kémlőcsöveket, még pedig a reakciót és a controllt egyszerre, egy kézbe véve, hogy egyformán rázódjanak fel. Enyhe rázás után a kisebb-fokú conglutinatio is jól felismerhető. Csekélyebb különbségeket úgy ítélünk meg, hogy a kémlőcsöveket egymás mellett fehér papírlap felett erősen megdöntjük és a vékony folyadék réteget felülről nézzük. A véremulsio különböző fokú szemcséződései ilyen módon, némi gyakorlat után, elég jól megkülönböztethetők. Nem helyes a leolvasást hosszú idő múlva, például masnap délelőtt végezni, mert ilyenkorra kisebb különbségek elenyészhetnek. A kis mennyiségben esetleg fenmaradó complement hosszú ideig tartó hatása folytán gyöngén positiv esetekben teljes conglutinatio állhat be. Sőt ezenkívül még haemolysis is keletkezhetik. Nyári melegben pedig megeshetik, hogy bacteriumok szaporodnak el a kémlőcsövekben ilyen hosszú idő alatt és bomlási folyamatot indítanak meg. A leolvasás tehát aznap történjék.

\* \* \*

A conglutinációs reakciót 177 syphilitis, syphilophobiás és egészséges egyénen, továbbá 3 másnemű betegségben végeztük; ezeken kívül 301 vizsgálatunk ideg- és elmebetegre vonatkozik. A *Karvonen*-féle reakcióval egyidejűleg mindannyiszor *Wassermann*-féle reakciót is végeztünk. Igen fontosnak tartottuk azt a körülményt, hogy a kétféle vizsgálatot egyszerre ejtsük meg, minthogy az emberi savó reagáló képessége állás alkalmával akként változhatik, hogy például friss savók gyöngye complementkötése néhány nap múlva esetleg eltűnik, a miért a különböző időben végzett reakciók eredményei nem hasonlíthatók össze. A vizsgálatok céljaira nemcsak frissen kibocsátott serumokat használtunk fel, hanem néha 5—6—8 napos vérsavókat is, melyeket részben a kibocsátás után mindjárt, részben azonban csak napok múlva inaktiváltunk. Ha az állás következtében egyik-másik vér reakciója módosulhatott is, az úgy a *Wassermann*-féle reakciót illetőleg, mint a *Karvonen*-féle reakciót illetőleg egyenlően érvényesülhetett.

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy nyilvánvaló syphilis eseteiben, a kezdet nehézségeit leszámítva, *meglepően egybevágtak* a kétféle reactio eredményei. Midőn már némi gyakorlatunk volt a *Karvonen*-féle reactio végzésében s midőn az egyes reagensek (antigen és complement) hibáit megítélnünk és kiküszöbölünk sikerült, a reakciót elég egyszerűnek és luesre specifikusnak kellett tartanunk. Az első két-három kísérletünk alkalmával mutatkozott bizonytalan eredmények okára akkor jöttünk reá, midőn első antigenünket elhagytuk s próbaképpen egy második marhaszív-kivonattal kezdtünk dolgozni. Ettől kezdve az eredmények mind jobbra váltak; azonban a *Karvonen*-féle reactio tulajdonképpen akkor kezdett állandóan nagyon világos eredményeket adni, a mikor a lósavó mennyiségét a kísérletben valamivel a titeren felül emeltük. Különösen akkor szükséges a titernél nagyobb mennyiséget venni, ha 24 órás lósavót használunk. A kezdetben gyakoribb autotropiák ezzel az eljárással mintha ritkábban mutatkoztak volna. Autotropoknak ne-

vezzük mindazokat a vérsavókat, melyek antigennel és antigen nélkül egyformán gátolják a conglutinációt. Ez a jelenlét aránylag gyakran, az összes vizsgálatok körülbelül 5%-ában fordul elő.

A vizsgált esetek két nagy csoportra oszlanak:

I. Az első tartalmazza a lues különböző stadiumába tartozó betegeket, gyógyult syphilitis egyéneket, syphilisphobiasokat, 3 másnemű beteget és 24 egészséges egyént;

II. a másik nagy csoportba pedig az elme- és ideggyógyászati klinika intézeti és magánbetegei tartoznak.

A mint a táblázatból kitűnik, a kétféle vizsgálat eredményei a következők:

### I. Luesre vonatkozó vizsgálatok.

Ebben a csoportban említjük meg azt a három beteget, valamint a 24 egészséges egyént, kiknek tulajdonképpen a syphilitishez semmi közük sincs és úgy a Wassermann-féle, mint a Karvonen-féle módszerrel egybehangzóan teljesen negatív eredményt adtak. A fenti 3 eset a következő: pityriasis rosea (Gibert), leucoplacia buccalis, neuritis optica egy-egy esete.

A syphilis különböző stadiumaiba tartozó esetek közül 12 olyan sclerosisos beteg vérsavóját vizsgáltuk meg, a kik még nem jutottak a betegség második időszakába. Ezek közül a Wassermann-féle reactio 9 esetben pozitív, 3 esetben gyengén pozitív eredményt adott. Utóbbi 3 esetben egészen friss, 10—14 nap óta fennálló fekélyekről volt szó. A Karvonen-féle reactio ezzel szemben mind a 12 esetben egyformán pozitív volt. Ebből a kisszámú kísérletből úgy látszik, mintha a Karvonen-féle reactio friss syphilis eseteiben (25%-ban) gyorsabban adna teljes pozitív eredményt.

Vizsgált betegeink közül 13-an voltak a syphilis másodlagos időszakában különböző nyilvánvaló bőr- és nyálkahártyakiütésekkel.

A Wassermann-féle reactio 11 esetben teljesen pozitív, 2 esetben negatív eredményt adott. A két utóbbi beteg nagyon erős és hosszantartó kénesókúrát végzett közvetlenül a vérvétel előtt. Ez magyarázza meg azt a különben szokatlan jelenséget, hogy még manifest tünetek dacára is negatív Wassermann-féle reactiót adtak. A Karvonen-féle reactio 12 esetben teljesen pozitív volt, egy esetben pedig autotropia miatt értéktelen. Wassermann-féle reactio szerint negative viselkedő két eset Karvonen-féle eljárás szerint teljesen pozitív volt. A Karvonen-féle reactio szerint autotrop esetben a Wassermann-féle vizsgálat pozitív eredményt adott.

A két esettől szintén csak a legnagyobb óvatossággal jellemezhetjük fel azt, hogy úgy látszik, mintha erősebb kénesókúrák hamarabb változtatnák negatívvá a Wassermann-féle, mint a Karvonen-féle reactiót, mely ilyenkor is még pozitív marad.

12 esetben vizsgáltuk harmadlagos syphilitisben szenvedők véréit. A Wassermann-féle reactio 11-szer pozitív, 1-szer negatív volt. A Karvonen-féle reactio hasonlóan 11-szer pozitív, 1-szer negatív volt, a megfelelő esetekben. A kétféle módszer eredménye tehát teljesen egybehangzó és általános szempontból is megfelelő volt.

Lappangó syphilitis összesen 74 esetben vizsgáltunk, még pedig miként a többi is, válogatás nélkül úgy, a mint egyikünk magángyakorlatában előfordultak. Ezek részint kezeltlen betegek voltak, részint a kénesős és salvarsanos gyógyítás legkülönbözőbb időszakaiban kerültek vizsgálat alá.

A Wassermann-féle reactio 74 eset közül 63-szor pozitív, 11-szer negatív eredményt adott. Kétes eset egy sem volt. A Karvonen-féle reactio ezzel szemben 61-szer adott pozitív, 8-szor negatív eredményt, 5-ször pedig autotropiás jelenséget. Ezen a Karvonen-féle reactio szerint autotropiás 5 eset közül a Wassermann-féle reactio 4-szer pozitív, 1-szer negatív volt.

Százalékokban kifejezve: a Wassermann-féle reactio szerint 85.1%-ban positive, 14.9%-ban negative viselkedett. Karvonen-féle reactio szerint az esetek 82.4%-a volt pozitív, 10.8%-a negatív, 6.8%-a autotrop. Ezekből a latens esetekből, ugyancsak fentartással, azt következtetjük, hogy a Karvonen-féle reactio ilyenkor kevesebb negatív eredményt ad, azonban pozitív eredményei sem számosabbak, mert az esetek 6.8%-ában értéktelen, autotrop reactio keletkezik.

Nagyon érdekesek azok a vizsgálatok, melyeket egyikünknek klinikailag gyógyultnak tartott magánbetegein végeztünk. 42 olyan egyénről van itt szó, kiknek hosszabb-rövidebb idő előtt biztosan volt syphilisük. Kellő kúrák elvégzése és megfelelő szünet után a klinikai gyógyulás ellenőrzése céljából vettünk tőlük vért.

A Wassermann-féle reactio 41 esetben negatív volt s egyszer pedig kérdéses eredményt adott.

Viszont a Karvonen-féle reactio csak 35-ször adott negatív, egyszer gyengén pozitív, 2-szer közepesen pozitív, 2-szer kifejezetten pozitív, 2-szer autotropiás eredményt.

A Karvonen-féle reactio a klinikailag gyógyultnak tekintendő és Wassermann szerint negative viselkedő esetek 12.2%-ában még pozitív reactiót ad.

14 syphilisphobias beteg vizsgálata alkalmával mindig negatív Wassermann-féle reactiót kaptunk, míg a conglutinációs eljárás 12-szer negatív, 2-szer autotropiás volt.

Az első csoportba tartozó esetekről az I. táblázat nyújt áttekintést.

Vizsgálatainkból tehet összefoglalóan azt állapíthatjuk meg, hogy a Karvonen-féle reactio nem syphilitis betegek vérével (bőrbetegek, syphilisphobiasok stb.) a Wassermann-féle reactióval egybehangzóan negatív eredményt ad és biztosan nem syphilitis vérsavóval nem ad syphilitis (positív) reactiót.

Friss syphilis eseteiben az elsődleges időszakban már teljesen pozitív reactiót ad olyan esetekben, melyek Wassermann módszer szerint még csak gyenge complementkötést fejtenek ki.

Másodlagos syphilis eseteiben többször eredményez pozitív reactiót, különösen olyankor is, midőn erős fajlagos gyógyítás következtében a Wassermann-féle reactio időlegesen negatívvá vált.

A syphilis harmadlagos szakában a két reactio úgy látszik teljesen hasonlóan viselkedik.

I. táblázat.

Diagnosis	Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Összesen
	positív	%	+	-	gyenge	%	+	-	negatív	%	+	-	autotrop	%	+	-	
Egészségesek	—	—	—	—	—	—	—	—	24	100	—	24	—	—	—	—	24
Másnemű betegek	—	—	—	—	—	—	—	—	3	100	—	3	—	—	—	—	3
Elsődleges syphilis	12	100	9	félíg + 3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Másodlagos syphilis	12	92.3	10	neg. 2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7.7	1	—	13
Harmadlagos syphilis	11	91.7	11	—	—	—	—	—	1	8.3	—	1	—	—	—	—	12
Lappangó syphilis	61	82.4	59	2	—	—	—	—	8	10.8	—	8	5	6.8	4	1	74
Gyógyultnak vélt syphilis*	2	12.2	—	2	3	18.3	—	3	35	57.3	—	35	2	12.2	—	2	42
Syphilisphobia	—	—	—	—	—	—	—	—	12	85.7	—	12	2	14.3	—	2	14

\* A kétes Wassermann-féle eredmény nincs feltüntetve.

Lappangó syphilisben szenvedők vérével a Karvonen-féle reactio ritkábban ad negativ eredményt; feltűnő ez a körülmény a klinikailag gyógyultnak tartott esetekben, a melyekben a Wassermann szerint negativ esetek 12<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ában még positiv eredményt mutat.

Ezek a leletek, melyek mint következtetések kísérleteinkből levonhatók, nagyjában megegyeznek úgy a Karvonen eredeti közleményében leírtakkal, mint a többi, eddig nyilvánosságra jutott hasonló kísérletekkel. Ennek alapján már nem beszélhetünk véletlenről vagy technikai hibákról, hanem azt mondhatjuk, hogy a conglutinációs reactióval elért eredményeink reálisnak tekinthetők, mert nem igen térnek el mások hasonló tapasztalaitól. Siebert a reactiót túlfinomnak tartja s az a véleménye, hogy az ilyen érzékeny reactiókkal az a veszedelem állhat elő, hogy a normálisan is előforduló reaginekkel complementkötés keletkezhetik. Azt hisszük, hogy ennire mégsem finom a Karvonen-féle reactio, ha meggondoljuk, hogy biztosan nem lueses vérrel, syphilophobiások és teljesen gyógyult luesesek vérével, valamint 24 biztosan egészséges egyén vérével kivétel nélkül teljes conglutinatiót, azaz negativ reactiót kaptunk.

Hanem igenis vannak egyéb hibái ennek az eljárásnak, melyek miatt a Wassermann-féle reactiót sohasem helyettesítheti. Ezekről dolgozatunk végén emlékezünk meg.

## II. Ideg- és elme-kórtani esetek.

A Karvonen-féle reactiót az elme- és ideggyógyászat terén eddig nem alkalmazták. Legalább a psychiatriai és neurologiai irodalom áttekintésekor nem találtunk erre vonatkozó közleményt, a mi annál feltűnőbb, mert serológiával az elme- és ideggyógyászok nagyon sokat foglalkoznak. Wassermann-féle reactióról szóló közlemények még most is nagy számmal jelennek meg, pedig ennek a reactionnak már igen tekintélyes psychiatriai irodalma van és gyakorlati használhatósága az ideg- és elme-kórtant illetőleg minden kétségen felül áll. Talán éppen azért, mert a Wassermann-féle reactio az elme- és idegbajok diagnostikájában annyira bevált, nem érezték annak szükségét, hogy egy ilyen kipróbált eljárás mással helyettesíthessék.

Karvonen-féle reactióval összesen 301 elme- és idegkórtani esetben végeztünk vizsgálatot; legnagyobb számmal paralyisisek vérsavóját vizsgáltuk, mert ennek a betegség-

nek a korai diagnosisa sokszor nagy nehézségekbe ütközik, melyeket a Wassermann-féle vizsgálat is csak részben osztalott el. Ezért minden új eljárás, mely itt segítségünkre jön, haladást jelent. Természetes, hogy ezenkívül neurastheniás betegek vérével is végeztünk vizsgálatokat, minthogy ezek az esetek a kezdődő paralysis diagnosisában rendszeren a legnagyobb nehézséget okozzák. Vizsgálat alá vettünk más elmebajokat is, különösen abból a szempontból, hogy olyan egyéneken, kiken a betegség okai között syphilises fertőzés nem szerepel, nem találunk-e positiv reactiót?

A különböző nem syphilises eredetű elmebajokban végzett, összesen 103 vizsgálatról a következő táblázat ad áttekintést. Összehasonlítás szempontjából a Wassermann-féle reactio eredményeit is feltüntettük a táblázaton. (II. táblázat.)

A mint ebből a táblázatból kitűnik, a Karvonen-féle reactio egyetlen egy esetben sem volt positiv olyan elmebajokban, a melyekben lues mint kórokozó nem szerepel. Az esetek összevágatásakor természetesen tekintettel voltunk arra, már a mennyire lehetséges, hogy syphilises fertőzés az elmebajon kívül ne szerepeljen, mert akkor a latens lues adná a reactiót, nem pedig az elmebaj. Ez az oka annak, hogy aránylag kevés esetet vizsgáltunk. A Wassermann-féle reactio minden egyes esetben, a Karvonen-féle pedig tulnyomó nagy számmal negativ volt. A conglutinatio azonban nem volt mindig eléggé tökéletes. Más zavaró körülmény, a miről még szó lesz, az aránylag gyakran: 4·7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban jelentkező autotropia, a mi a reactio gyakorlati értékesítésének egyik legnagyobb hátránya.

A paralysis progressiva differentialis diagnosisa szempontjából jóformán valamennyi elmebántalom tekintetbe jöhet; főképpen az alkoholos psychosisoktól, de esetleg a praesenilis elmebajoktól, sőt még a mania depressivától és az epilepsiás elmebetegségektől való elkülönítés is néha bajos lehet. A Karvonen-féle reactio ezekben az elmebántalmakban egyetlen esetben sem volt kifejezetten positiv. E tekintetben tehát a Wassermann-féle reactióval teljesen megegyezően viselkedik.

Hasonló eredményre vezettek az egyes neurosisokban: hysteriásokkal, neurastheniásokkal végzett kísérletek. Ugyancsak a következő táblázatba foglaltuk bele néhány, biztosan nem syphilises szervi idegbántalom esetében végzett vizsgálatainkat is. (III. táblázat.)

II. táblázat.

Diagnosis	Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Összesen
	+	%	+	-	negativ	%	+	-	gyenge	%	+	-	autotrop	%	+	-	
Mania depressiva	—	—	—	—	10	91·1	—	10	—	—	—	—	1	—	—	1	11
Paranoia	—	—	—	—	2	100	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Dementia praecox	—	—	—	—	42	91·4	—	42	3	6·5	—	3	1	2·17	—	1	46
Epilepsiás psychosis	—	—	—	—	8	88·9	—	8	—	—	—	—	1	11·1	—	1	9
Alkoholos psychosis	—	—	—	—	21	91·4	—	21	1	4·3	—	1	1	4·3	—	1	23
Praesenilis psychosis	—	—	—	—	7	87·5	—	7	—	—	—	—	1	12·5	—	1	8
Dementia senilis	—	—	—	—	2	100	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Idiotismus	—	—	—	—	2	100	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Összesen	—	—	—	—	94	—	—	—	4	—	—	—	5	—	—	—	103

III. táblázat.

Diagnosis	Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Összesen
	+	%	+	%	negativ	%	+	-	gyenge	%	+	-	autotrop	%	+	-	
Hysteria	—	—	—	—	5	71·9	—	5	—	—	—	—	2	28·6	—	2	7
Neurasthenia	—	—	—	—	32	100	—	31	—	—	—	—	—	—	Wassermann autotrop	—	32
Sclerosis multiplex	—	—	—	—	2	66·6	—	2	1	3·33	—	1	—	—	1	—	3
Carcinoma col. vertebralis	—	—	—	—	1	100	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Összesen	—	—	—	—	40	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	43

Egy neurastheniás beteg vérsavója a *Wassermann*-féle reakcióban autotrop volt. Érdekes, hogy ugyanennek az egyénnek vérsavója a conglutinációs reakcióban teljesen negatív volt. Ebben a táblázatban különösen kiemelendők artjuk, hogy minden syphilissel nem fertőzött neurastheniás reakciója negatív. Az autotrop esetek száma itt is jelentékeny: 4·6%.

Sclerosis multiplex egyik esetében gerinczvelő-syphilis nem zárható ki teljes bizonyossággal, bár a tünetek szerint nem éppen valószínű. Ez a beteg fiatal, deflorált leány, ki teherben sohasem volt, nyugalomban és jód adagolása után szépen javult. Ilyen javulások azonban multiplex sclerosis eseteiben is észlelhetők. Ebben az esetben a *Wassermann*-féle reactio teljesen negatív volt, a *Karvonen*-reactio eredménye azonban, bár teljes conglutinatio nem jött létre, inkább volt negatívnak, mint pozitívnak mondható.

(Vége a jövő számban.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Prof. Dr. F. Zinsser: Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes.** Für Ärzte, Zahnärzte und Studierende. Mit 51 mehrfarbigen und 18 schwarzen Abbildungen auf 44 Tafeln. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1912. Ára füzve 18 K.

A munka, melyet érdemes szerzője Lesser tanárnak ajánlott, szerencsés összeegyeztetése a rövid compendiumnak és részletes atlasznak. A compendiumszerű szöveg mintegy 4 ivre terjed s felöleli mindazokat a klinikai és pathologiai adatokat, melyek a syphilis általános ismeretéhez szükségesek. Az adatok természetszerűen főként a száj syphilisére vannak vonatkoztatva. Kiegészítésként azután a szerző kiterjeszkedik mindazokra a folyamatokra, melyek többé-kevésbé hasonlóak lehetnek a syphilisnek szájüregbeli nyilvánulásaihoz s így diagnostikai tévedésekre is adhatnak alkalmat. Mindezt kitűnően sikerült moulage-ok és készítmények nyomán készült táblák demonstrálják, melyek a munkának atlaszszerű jellegét a legmagasabb fokra emelik. A 69 nagyrészt színes ábra nemcsak legnagyobb részben tökéletesen, híven reprodukálja a syphilis és egyéb bajok nyilvánulását, hanem egyben oly páratlan szép és izléses kivitelben jelenik meg az olvasó előtt, hogy alig akad orvos, a ki a legnagyobb megelégedéssel ne forgathatná ezt az értékes munkát. *Zinsser* jelen munkájában valóban teljes összhangban van az ügyes, tanulságos és szemléltető összeállítás a sokszorosítás kifogástalan technikájával.

*Guszmán.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A diffus vérzészről a lágyagyvelőburkokba** ír *Ehrenberg* két esete kapcsán. A szóban levő kórkép még meglehetősen ismeretlen; a francia irodalomban mintegy 20 eset van ismertetve, a német irodalomban pedig csak *Ziehen* foglalkozott vele. A szerző közölte esetek egyike 46 éves férfiúra vonatkozik, a kin hirtelen erős tarkófájás jelentkezett somnolentia és nyugtalanság kíséretében; a beteg feje hátraszegett, a nyaka teljesen merev, a nyakcsigolyák nyomásra szerfelett érzékenyek, időnként kancsalítás a bal szemben, nystagmus, a pupillák vörösek, a retina gyűjtőerei tágultak; paresis vagy reflex-zavar nincs; az érverés szabályos, percenként 52—56, a hőmérsék 38·5°; a lumbalis punctio erősen véres, meg nem alvadó, valamivel nagyobb nyomással ürülő serumot eredményez, mely nagyon sok vörös és kevés fehér vérsejtet tartalmaz. Jodkalium használatára és szürke olaj befecskendezésére (az anamnesisben lues szerepel!) csakhamar javulás állott be s az illető 6 hét múlva teljesen meggyógyulva távozott. A

másik eset 57 éves nőt illet, a ki 5 év előtt betegedett meg először hirtelen erős fejfájás és rákövetkező eszméletlenség közepette, három hónap alatt azonban meggyógyult. Ujbóli megbetegedése szintén hirtelen köszöntött be heves tarkófájdalommal és 20 percig tartott eszméletlenséggel; másnap ismételt hányás és erős fejfájás-rohamok rövid ideig tartó eszméletlenséggel, rángásokkal a végtagokban és kífokú nehézlégzéssel. A kórházban felvételkor tarkómerevséget, kifejezett Kernig-tünetet és fokozott vérnyomást találtak; hűdés vagy hyperaesthesia nem volt; fokozódó comában 48 óra múlva beállott a halál. Bonczoláskor a híd, a nyúltvelő és a kisagyvelő táján a lágyagyvelőburkok között nagy vérömlenyt találtak; maga az agyvelőállomány sértetlen volt; kífokú sclerosis a szív koszorúterében és az aortában. Az ilyen esetekben, a melyeknek a prognosisa *Ziehen* szerint nagyon komoly, nagyon fontos a körjelzés tekintetében a lumbalis punctio eredménye. A kezelést illetőleg talán kísérletet lehetne tenni ismételt lumbalis punctióval. (Hygiea, 1912, augusztus.)

### Sebészet.

**A typhusos cholecystitistről, a typhus-bacillus-hordozókról és az ezen esetekben elért gyógyeredményekről** számol be *E. Pribram*. Tudvalevőleg a typhust kiállott egyének sokáig veszélyeztetik környezetüket azzal, hogy a klinikai tünetek teljes megszűnésével typhus-bacillus található az ily egyének excrementumaiban. Gyakori azonban az oly eset, a midőn a typhusbacillusok a csontokban, peristostalis abscessusokban rakódnak le és ott maradnak évekig a nélkül, hogy az excrementumokban kimutathatók volnának. Ilyen esetekben a beteg gócz könnyen eltávolítható, miért is fertőzés szempontjából az ily egyének nem annyira veszélyesek, mint az olyanok, a kiknek epehólyagja inficiáltatott, a honnét a bacillusok a bélsátornán keresztül kijutva, a környezet állandó fertőzésnek van kitéve. Kb. 5%-a a typhus-betegeknek válik állandó bacillushordozóvá. Kérdés, hogy mi a teendő, hogyan védekezhetünk az ily módon fertőzött egyénnel szemben? Elsősorban hygienés eljárásainkkal érhetünk el eredményeket. A typhust kiállott betegeknek különösen vigyázniok kell a tisztaságra, testük ápolására. Gyógyszerekkel is megpróbálkoztak, melyek célja az volna, hogy az epehólyagban levő bacteriumokat elpusztítsák. Cholagogumokat adagoltak, melyek segélyével az epehólyag secretióját növeljük, s ezzel azt mintegy átöblítjük. Urotropinnak, elektrargolnak, chloroformnak 0·5 cm<sup>3</sup>-ét klysmában kísérelték meg, a mi után a typhusbacillusok állítólag eltűnnek. A francziák vaccina-therapiával kísérleteztek számbavehető eredménnyel. *Dehler* próbálkozott meg a sebészi beavatkozással, a midőn két esetben cholecystostomiát és cysticus-drainezést végzett. Nagy súlyt fektetett különösen 3%-os bóroldattal és 10/00-s lapis-oldattal való öblítésekre, a mi után a typhusbacillusok a székletében nem voltak találhatóak. *Dehler* az operatív úton elért jó eredmények után azt ajánlja, hogy oly esetekben is végezzünk műtétet a typhusbacillus-hordozókon, kiken a műtétet nem valami sürgős indicatio (epehólyag-empyema, cholecystitis) javalja. Sajnos azonban, radicalis eredményt a szerzők nagy része (*Lentz, Frosch*) a műtéttel sem értek el, a minek oka az, hogy a bacillusok nemcsak az epehólyagban, hanem a máj epeútjaiban is kimutathatók, s így a műtétnek és a vele együtt járó átöblítéseknek hozzá nem férhetők. Socialis és hygienés óvintézkedéseinkkel kell azt pótolnunk, a mit belgyógyászati és sebészeti kezeléssel nem tudunk elérni. Különösen oly egyénnel szemben kellene az egészségügyi hatóságoknak erélyesebben fellépniök, a kik foglalkozásuk következtében (mészárosok, gyümölcsárosok) közveszélyesek, továbbá azokkal szemben, a kiket szegénységük arra kényszerít, hogy tömegesen, zsúfolt lakásban lakjanak. A szerző azt ajánlja, hogy nagyobb figyelmet kell fordítanunk az ily egyénekre, gyakrabban kell vizsgálni őket; ha belső vagy sebészi kezelés nem használ, igyekeznünk kell izolálnunk őket. Az államnak volna kötelessége a typhusbacillus-hordozókról gondoskodni és elkülönítésük esetében olyan existenciát nyújtani nekik, a

melyben a közösséget nem veszélyeztetik. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 36. szám.)

*Ifj. Hahn Dezső dr.*

**Golyó okozta magas gerincvelősérülésnek laminectomia után való teljes gyógyulásáról** számol be *W. B. Coley*. A 14 éves leány hátán hatolt be a golyó az I. és II. hátsigolya közé; rögtön az alsó végtagoknak teljes, a felső végtagoknak részleges bénulása állott be; nagy fájdalmak az egész testben; a hólyag- és végbélsphincter béna, anaesthesia a bimbóktól lefelé, e felett hyperaesthesiás zóna. Laminectomia 4 nappal a sérülés után az I. és II. hátsigolyán; a golyó teljesen a gerincvelőállományba volt beletemetve. Bevarrás, csak vékony cigarette-drain-t hagytak vissza. 3 hét múlva már jelentékeny javulás állott be a felső végtagok mozgásában és bírta mozgatni az egyik lábát is, 2 hó múlva mankókon és 4 hó múlva már támasz nélkül tudott járni. (Annals of surgery, 295. szám, 1912.)

*P.*

### Elmekórtan.

**A dementia praecox kifejlődése előtt vagy kezdetén elkövetett bűncselekményekről, melyek a psychosis tartalmát alkották,** értekezik *W. v. Wyss*. A szerző három esetét közli, a hol a betegek a bűncselekményt a dementia praecox kezdeti szakában követték el. Egyik beteg a bűncselekményt téves eszméivel indokolta, a másik két esetben a bűncselekmény mintegy az elmebaj első tünete volt és a téves eszmék a bűncselekmény és büntetés psychés traumája körül kristályosodtak ki. A kórrajzok részletes ismertetése után a szerző azon következtetésre jut, hogy e három eset annyiban bir közös vonással, hogy mindegyikben látszólag hasonló körkép fejlődött ki, melyet az ártatlanság érzete váltott ki. Egyik betegről sem állítható azonban, hogy a bűncselekmény és a büntetés nélkül nem váltak volna elmebajossá, valamint az sem, hogy az elmebaj kifejlődése nélkül nem lettek volna büntetessé. Az első két esetben a bűncselekmény az elmebaj első tünete és a téves eszmék csak másodlagosan csatlakoztak hozzá; a bűncselekmény és a büntetés psychés traumája volt az actualis complement, mely azután elmebajban nyilvánkozott. A harmadik esetben a bűncselekmény és elmebaj ugyanazon alapon fejlődött ki és az elsődleges elváltozás nem volt kimutatható. (Zeitschr. f. d. gesamt. Neurol. u. Psych., X. [1912], 245. oldal.)

*Goldberger Márk dr.*

### Gyermekorvostan.

**A koraszülöttek táplálásának technikájához** szolgáltat adatokat *Rott* (Berlin). Foglalkozik mindenekelőtt azzal, hogy a koraszülöttek életkilátására a gondos hőszabályozás mellett a táplálás módjának és technikájának milyen jelentős a befolyása. Minél korábban következett be a magzati élet megszakitása, annál nehezebben nyújthatjuk a koraszülöttnak a szükséges táplálékmenyiséget. A normalis táplálékfelvételt gyakran ütközik nagy akadályokba, mert a koraszülöttek kis izomerejüknel fogva az emlőn szopni nem tudnak. Ilyen esetekben az első életnapokban, hetekben a női tejet kanállal nyújtjuk. A szerző tapasztalatai szerint azonban gyakran a kanállal eszközölt táplálás sem vezet eredményre, mert a különben is csekély táplálékmenyiség egy része a szájból visszaömlik, továbbá a táplálás hosszabb időt vesz igénybe és ily módon a koraszülöttet nagyon gyöngíti.

Közelfekvő gondolat, hogy a táplálást kanál helyett gyomorcső segítségével végezzük. A klinikusok (*Finkelstein, Oberwarth*) ezt mégsem ajánlják, mivel a gyomorcsőnek gyakori bevezetése légzési zavarokat válthat ki s a nyújtott adagok is igen nagyok lehetnek és regurgitálhatnak. Hogy erre vonatkozólag véleményt alkothasson, a szerző a Kaiserin Auguste Victoria-Haus koraszülöttein több esetben megkísérelte a táplálást gyomorcső segítségével. 18 koraszülöttet táplált hosszabb időn át lefejt női tejjel gyomorcsövön át; a táplálékot naponta 5—7—8—10-szer is nyújtotta. A legkisebb súlyú koraszülött 950 gr.-os, a legnagyobb 2000 gr.-os volt. Ezek közül csak kettő halt meg. A technika semmi nehézséget

sem okozott s a gyomorcsőtől sohasem látott bajt. Ezen jó eredmények alapján levonja azon következtetést, hogy a jövőben a debilis koraszülöttek táplálásában a gyomorcső által nyújtott előnyöket nem szabad figyelmen kívül hagynunk. (Zeitschr. für Kinderheilk., 1912, 5. kötet, 2. füzet.)

*Flesch.*

### Fülörvostan.

**Otitis media acutában szenvedő betegen keletkezett, kezdődő meningitis látszatát keltett intercranialis vérömleny** esetét írja le *Recken, Preysing* klinikájáról (Köln). A 3 éves gyermek 3 hét óta igen bőséges genyeddéssel járó otitis media acutában volt beteg; hirtelen a bal testfélre terjedő clonusos görcsök mutatkoznak, a jobb felső végtagban athetosisos mozdulatok, az eszmélet teljesen elvész s a gyermek ante exitum álló beteg benyomását kelti; bőséges salivatio, pupilla-differentia, a pupillák igen renyhe reakciója a további tünetek; tarkómerevség, *Kernig*-tünet, behúzódtott abdomen, vérzés az orrból, fülből vagy szájból nem volt; a hőmérsék 37.6, a pulsus kicsiny, 160. A diagnosis meningitis és abscessus (agy-, extra- vagy intraduralis tályog) között ingadozott; a rögtönös radicalis fül-műtétet a localisatio bizonytalan volta, de különösen a gyermek rendkívül elesett állapota miatt nem végezték; a kórjelzés biztosítására lumbal-punctiót végeztek, a mely nemcsak a diagnosis szempontjából, hanem therapiás hatása szempontjából is meglepő eredménynyel járt; kezdetben kissé véres, majd tisztán véres, utóbb teljesen tiszta cerebrospinalis folyadék ürül, minek következtében trauma folytán beállott intracranialis vérzésre gondolnak és utólag csakugyan kiderül, hogy a gyermek a leírt tünetek jelezése napján ágyából kiesett. A lumbal-punctióra néhány óra múlva a tünetek megszűntek. Esete kapcsán a szerző utal arra, hogy az otogen meningitis kórjelzésében mennyire óvatosnak kell lenni és hogy a lumbal-punctio nemcsak a diagnosis szempontjából elengedhetetlen, hanem therapiás tekintetben is pompásan beválhat. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde etc., LXVI. kötet, 1. és 2. füzet.)

*Safranek dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Orrvérzés ellen** nagyon egyszerű, de hathatós eljárást ajánl *Ritschl* tanár (Freiburg i. B.). Nem egyéb ez, mint a fejét vérszegénnyé tevő Nägeli-féle fogás. Az ülőhelyzetben levő beteg előtt vagy mögött állva, kezeinket az állkapocs-szöglet alá és az occiput oldalsó részére helyezük s egyenletes húzást gyakorlunk felfelé; a hatás erősítése végett lehetőleg erősen hátrahajlítjuk a fejet. A hatás úgy látszik a nyak-sympathicus megnyújtása folytán beálló vasoconstrictor-izgalmon alapszik és 1—2 perc alatt beáll. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912. 43. szám.)

**Postoperativ meteorismus** ellen a giesseni nőbeteg-klinikán az utóbbi időben a *peristaltint* használják; ampullákban sterilizve kerül forgalomba, egy ampullányi (0.5 gramm) fecskendezendő a bőr alá; ha 3—4 óra alatt nem áll be a hatás, beöntés adandó. A physostigminnek  $\frac{1}{2}$ —1 milligrammos adagban néha még jobb a hatása, csak az kár, hogy nem hat oly biztosan és hogy használata után elég gyakoriak a fájdalmas bélösszehúzódsok. (Zentralbl. f. Gynaekologie, 1912, 40. szám.)

**Fertőzőbetegségekben a szívgyengeség** jórészt vasomotoros eredetű. Ilyen esetekben *A. Hoffmann* kámfort, coffeint és adrenalint használ, az elsőt 20%-os kámforolaj alakjában, a másodikat kettős sója valamelyikének szintén 20%-os oldatképpen, az adrenalint pedig 1 $\frac{1}{100}$  oldatban; az első kettőt felváltva fecskendezi be óránként (tehát az egyik órában kámfort, a másikban coffeint) 1 cm<sup>3</sup> mennyiségben; az adrenalint intravenás befecskendezése többnyire nem ajánlható, mert túlságos erősen és hirtelen hat összehúzólag a periferiás erekre. Ha gyanunk van, hogy a szív is gyengült, digitalis-therapia is foganatosítandó. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 40. szám.)

**A diuretint** asthma cardiale eseteiben már régóta használják. Kevésbé ismeretes azonban, hogy ilyen esetekben nagyon hosszú időn át adható ez a szer, a nélkül, hogy a betegek megszoknák, vagy hogy valamilyen bajt okozna. Így *Cahn* egy betege 1 $\frac{1}{4}$  év alatt 855 grammot használt el. Az sem volt ismeretes eddig, hogy asthma bronchiale ellen is használható a diuretin, a mint erről *E. Meyer* tanár szölte az „Unterelsässischer Aerzte-Verein“ egyik utóbbi ülésén; a várt roham előtt adandó 1–2 gramm; szerinte is heteken át adható a diuretin minden káros következmény nélkül. *Cahn* szerint tisztán ideges eredetű asthma bronchiale eseteiben kétséges a diuretin haszna; olyan esetekben azonban, a melyekben az asthma bronchiale a szív működése részéről is van zavar, sokszor jó hatású. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 38. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1912, 45. szám. *Révész Vidor*: Az ulcus duodeni Röntgen-diagnosisa. *Mohr Mihály*: A pupillareactióról. „Honvédorvos“ melléklet, 7. szám. *Jenny Géza*: Subcutan bélruptura.

**Budapesti orvosi ujság**, 1912, 46. szám. *Torday Árpád*: Megacolon (megacolon) esete.

**Orvosok lapja**, 1912, 46. szám. *Verebély Tibor*: Az ízületek sérülései.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Olsavszky Viktor* dr. nagysomkúti járásorvos tiszteletbeli megyei főorvossá, *Varga István* dr. martonvásári körorvos tiszteletbeli járásorvossá, *Márkus Miksa* dr. siklósi orvost vasúti orvossá nevezték ki. — *Kabdebó Kálmán* dr.-t a marosvásárhelyi állami kórház másodorvosává.

**Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztattak: az I. számú anatómiai intézethez: *Nagy László* dr. adjunktusnak; a közegészségtani intézethez: *Aczél Dezső* gyakornoknak; a törvényszéki orvostani intézethez: *iff. Istvánffy Lajos* díjas gyakornoknak; az I. sz. belklinikához: *Torday Árpád* dr. díjas laboratoriumi tanársegédnek; *Erdélyi János*, *Demján János*, *Petz Aladár* dr.-ok gyakornoknak; a II. számú belklinikához: *Ótvös Ármin* dr. és *Bodánszky Pál* dr. gyakornoknak; az I. számú sebkegélőkhöz: *Pauli József* dr. díjas műtönövendéknek; a II. számú sebkegélőkhöz: *Fáykiss Ferencz* dr. I. tanársegédnek, *Obál Ferencz* dr. 2. tanársegédnek (mindkettő meghosszabbítás); az I. számú nőkegélőkhöz: *Schukker Miklós* dr. gyakornoknak; az agykutató intézethez: *Richter Hugó* dr. megbízott tanársegédnek. — A tanártestület a *Schordann-féle* utaztató ösztöndíjat *Erdélyi Pál* dr.-nak ítélte oda.

**A budapesti egyetem I. számú női klinikáján** októberben 183 szülés folyt le (94 először szülő, 89 többször szülő); a született magzatok száma 184 volt, még pedig 161 élő, 12 halott, 11 macerált; 152 érett, 20 kora, 12 éretlen; 96 fiú, 67 leány, 11 kérdéses nemű; 102 törvényes, 82 törvénytelen; a gyermekágyasok közül 2 halt meg, mindkettő súlyos gyermekágyi lázzal szállított be. A nőbeteg-osztályon 101 beteget ápoltak, haláleset nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 145 esetben vették igénybe; a műtétek száma 120 volt.

**Jubileum.** *Schönfeld Mór* dr. kisterennei orvost Nógrádmegye közönsége nagy ovációkban részesítette a napokban, orvosi működésének 40. évfordulója alkalmából.

**Tiszti orvosi vizsgák eredménye.** Az 1912 október 22–28.-áig Budapesten megtartott tiszti orvosi vizsgákon a következő orvosok képesítették: *Barakó Gábor* községi orvos, *Káty, Gattinger László* közkórházi segédorvos, Budapest, *Glattstein Ernő* körorvos, *Mezőlaborcz, Jung Sándor* m. gyakorló orvos, Budapest, *Kaszás József* közkórházi alorvos, Budapest, *Kiss Zoltán* cs. és kir. ezredorvos, *Kecskemét, Ladányi Ármin* m. gyakorló orvos, *Ujpest, Löwi József* községi orvos, *Komádi, Lugosi István* kir. törvényszéki orvos, *Győr, Scheiner Tibor* helyettes körorvos, Budapest, *Skarván Béla* helyettes járásorvos, *Bát, Stein Lajos* sanatoriumi orvos, Budapest, *Wilhelm Imre* közkórházi segédorvos, Budapest. — Az 1912. évi október 19–21.-éig Kolozsvárott megtartott tiszti orvosi vizsgákon a következő orvosok képesítették: *Dénes Ignác* m. gyakorló orvos, *Nagyvárad, Fabritius János* közkórházi gyakornok, *Segesvár, Gottschling Frigyes* körorvos, *Szentágota, Kovács Gyula* cs. és kir. sorhajóorvos, *Malmos Miksa* járásorvos, *Hernádsadány, Mayer Ottó* közkórházi gyakornok, *Segesvár.*

**Meghalt.** *Singer Mátyás* dr., a szegedi közkórház nyugalmazott igazgató-főorvosa 83 éves korában november 5-én Bécsben.

**A József kir. herceg sanatorium-egyesület** végrehajtó bizottsága *Tomor Ernő* dr.-t főorvossá nevezte ki és a vándordispensaire szervezésével és vezetésével bízta meg.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** *Eclampsia* eseteiben a stuttgarti bábaképzőben elég kedvező eredménnyel járt kísérleteket végeztek a colostrum kifejésével. Ez a módszer egyfelől *Sellheim*

elméletén alapszik, a mely szerint az eclampsia az emlőből ered (ezért eclampsia esetén az emlő amputációját is már javaslatba hozták), másfelől azon a tapasztalaton, hogy az eclampsiasoknál nagyon sok a colostrumjuk. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1912, 42. sz.) — *Mirigy-gümőkór* eseteiben a baseli sebészeti klinikán rendszeresen használják a röntgenkezelést, a mely nem ideális, de mindenesetre jó eljárás, annyival inkább, mert többnyire az általános állapotot is kedvezően befolyásolja. A napfény-kezelés jobb ugyan, az esetek túlnyomó többségében azonban külső körülmények miatt nem vehető igénybe. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1912, 20. szám.) — *Salvarsan használata után bedlott heveny májorvadás* két esetét ismerteti *Severin* és *Heinrichsdorf*. Az egyikben ugyan a syphilis közrejátszása nem zárható ki teljesen, a másikban azonban határozottan a salvarsan mérgező hatására vezetendő vissza a baj. Mindkét eset halálosan végződött. Icterust salvarsan használata után egyébként már mások is észleltek, ezekben az esetekben azonban nem maradt vissza tartós megkárosodás. (Zeitschrift für klin. Medizin, 76. kötet, 1. és 2. füzet.)

**Személyi hírek külföldről.** Tanári címet kaptak a következő magántanárok: *K. Gauss* (Freiburg, nőorvos), *A. Brünig* (Giessen, sebész), *K. Goldstein* (Königsberg, elmekörtan). — *R. Kretz*, a kórboncolástan tanára a würzburgi egyetemen, nyugalomba vonul. — *A. Roud* (anatomia) és *H. Beitzke* (kórboncolástan) rendkívüli tanárokat rendes tanárrá léptették elő Lausanneban — *Angerer* tanár, a sebész tanára a müncheni egyetemen, a ki egyúttal udvari orvosa a regensherczegnek, excellentiás címet kapott.

Lapunk mai számához „Magyarország Orvosainak Évkönyve“ prospectusa van mellékelve.

**Dr. Szigeti Márton** *Gleichenbergből* *Abbáziába* érkezett és fürdőorvosi működését megkezdte.

**DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA**  
belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

**ORVOSI LABORATORIUM** **Dr. MÁTRAJ GÁBOR**  
és **Dr. SAS BERNÁT**  
Telefon 26—96.  
VI., **Andrássy-út 38.**  
**Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.

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

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

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

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

**Epileptikus betegek intézete**

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

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

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

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospektus.

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

**Dr. GÁMÁN BÉLA** **Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában**  
gyomor-bélbetegek, vesebajosok, cukorbeteg, vérszegények, lesóványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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

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



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus. (Páris, 1912, október 6–10.) 853. l. — A magyar sebésztársaság V. nagygyűlése. Budapest, 1912 május 23–25. 853. l.

## I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus.

(Páris, 1912 október 6–10.)

(Folytatás.)

**A járványos gyermekhűdés. Epidemiologia és tünettan.**  
**Müller:** A XX. század elején az azelőtt sporadikusan mutatkozott megbetegedés úgy Európában mint Amerikában járványosan kezdett jelentkezni. A betegség vírusa minden valószínűség szerint a légző- s emésztőszervek váladékában található. Az indirect fertőzés lehetősége bebizonyított tény, a mi a fertőtlenítés szükségességét igazolja. A poliomyelitis és a lyssa közt tagadhatatlan analogiák léteznek: poliomyelitis-járványok alkalmával gyakori a háziállatok tömeges bénulásos megbetegedése. A stomaxis calcitrum fertőzést közvetítő szerepe valószínű. Tagadhatatlan, hogy vannak egészséges egyének, kik a poliomyelitis vírusát magukban hordják s így a fertőzés szempontjából nagy mértékben veszélyesek. A megbetegedés földrajzi tovaterjedése (nagy közlekedési vonalak mentén!) szintén a bántalom fertőző voltát bizonyítja. Időbeli praedispositio a nyár és az ősz eleje, korbéli az első három életév. A betegség egyszeri átszenvedése későbbi időkre immunitást biztosít. Az epidemiák nemcsak a morbiditás intenzitása és a mortalitás  $\%$ -a, hanem a symptomatologia szempontjából is különböznek. A megbetegedések bejelentése elengedhetetlen követelmény. Egy nap—másfél hét a megbetegedés incubatiójának tartama. A heveny szakban láztól s a légző, valamint az emésztőszervek részéről nyilvánuló tünetektől kísért ú. n. praeparalysis stadium előzi meg a tulajdonképpeni bénulás jelentkezését. Meningealis tünetek elég gyakran észlelhetők. Körülírt hyperaesthesiák, mennyiségben megváltozott, de minőségben változatlan liquor cerebrospinalis és leukocytosis oly symptomák, melyek a betegség első szakában jellemzőknek mondhatók. A laza bénulások a legkülönbözőbb izomsoportokban észlelhetők. A spinalis formán kívül bulbaris s cerebralis alakok is észlelhetők.

**Körbonczolástan és kísérleti kórtan. Zappert:** A megbetegedés vírusa mikroskoppal nem mutatható ki. Kísérleti megbetegedést különösen majmokon intravenás és intracerebralis befecskendezéssel provokálhatunk; a lefolyás rendszeren súlyos, a tünetek hasonlóak az emberen észleltekhöz. A körbonczolástani képet illetőleg az idegrendszer különböző helyein gyuladós folyamatokat észlelhetünk, melyek javarészt a vérerek körül mutatkoznak.

**Elterjedés 1911-ben Magyarországon. Bókay János:** 1911-ben hazánkban 397 gyermekhűdés-esetet észleltek. A tovaterjedés a nagy közlekedési vonalak mentén mutatható ki. Az esetek 52 $\%$ -ában augusztusban jelentkeztek a megbetegedések. A megbetegedettek kora az esetek 46 $\%$ -ában 1—3 év. Mortalitási  $\%$  3,3, tehát igen benignus epidemiával állunk szemben. Kórházi, valamint magángyakorlatban tett észleletek igazolják a bántalom fertőző voltát. Magyarországon a bejelentés már kötelező, a mit valószínűleg a kötelező fertőtlenítés elrendelése fog követni.

**Norvég epidemiák. Johannesen:** A Norvégiában észlelt esetek nagy száma és a megbetegedések súlyossága rendkívüli intézkedések — hadgyakorlatok lemondása, gyülekezések korlátozása — fogantatását tette szükségessé.

**1909-ben Leydenben észlelt járvány. Gerter:** 30 eset kapcsán a többi észlelő által közölt tényeket helyeseknek ismeri el.

**1911-ben észlelt lengyel járvány. Bichler:** 152 eset kapcsán az előbbi közlemények megbízhatóságát támogatja. Az elektrargol-kezelés mellett nyilatkozik.

**Svéd epidemia (1905 és 1911). Wernstedt:** Az abortív esetek nagy számát észlelte. Térképen demonstrálja a bántalom elterjedését. **Pettersen** észleletei alapján tagadja, hogy a legyek szerepelhetnek mint a fertőzés közvetítői.

**Francia észleletek. Netter:** **Cordier** már 1877-ben említette a gyermekbénulás fertőző voltát. Sok az analogia a poliomyelitis és a meningitis cerebrospinalis közt. A „fruste“ alakok megfigyelését nagy jelentőségűnek tartja. Az urotropin-kezelés híve.

**A reflexek megváltozása. Schreiber:** A reflexek rendszeren gyengültek vagy hiányzanak, de nem egy esetben fokozottak, sőt előfordulhat, hogy egy és ugyanazon egyéneken a reflexek egy része fokozott, más része gyengült vagy hiányzik.

**1909 s 1911-ben Rio de Janeiroban tett észleletek. Figuera:** Az 52 eset a különböző emberfajokon egyenlő mértékben s formában jelentkezett.

**Konstantinápolyban szerzett tapasztalatok. Viola:** Az elkülönítés lelkes híve.

**A következmények sebészi kezelése. Ombrédanne:** A poliomyelitis által okozott izomelváltozások bizonyos fokig spontán, fokozott mértékben physicalis terapiára javulnak, illetőleg gyógyulnak, úgy hogy a megbetegedés utáni évet „période medicale“-nak tekinti az előadó, melyet követ a „période chirurgicale“. Utóbbinak kezelési módszereit (tenotomia, aponeurotomia, myotomia, az inakon végezhető műtétek: hosszabbítás, rövidítés, transplantatio, anastomosis, ideg-anastomosisok, arthrodesisek) tüzetesen tárgyalja s azután áttér ezek alkalmazására a különböző bénult, illetőleg a bénulás folytán alakjukban s nagyságukban másodlagosan elváltozott testrészekre.

Deutsch Ernő.

(Vége következik.)

## A magyar sebésztársaság V. nagygyűlése.

Budapest, 1912 május 23–25.

Ismerteti: **Gergő Imre dr.**

(Folytatás.)

**Dollinger Gyula** fiatal leány esetét említi, a kit lövésű sérülés után 2 órával operált. A 7 mm.-es revolverlöveg a szívburkot és a szív jobb kamarájának falzatát átszakította, azután a rekeszen, a máj bal lebenyén, a gyomor elülső és hátulsi falán keresztülhatolt, a lép hilusát összeroncsolta és végül a pancreas egy verőerét sértette meg. **Dollinger** a különböző sérüléseket összevarrta, a lépet kiirtotta, a pancreas vérző erét lekötötte, a belek közé, valamint a Douglas-ürbe jutott ételrészeket kitörölte és ezután a hassebet teljesen elzárt. A beteg meggyógyult, ezt pedig csakis a gyors sebészi beavatkozásnak köszönheti.

**Borbély Samu (Torda):** A gyermekkori empyemák kezelése címen tartott előadást. Az ilyen empyemák sebészileg 3 csoportba oszthatók. Az első csoportba sorozható empyemák kezelésekor főtörekvésünk a geny alapos eltávolítása mellett a tüdő összeesésének meggátlása; ezen célzt legjobban a **Bulau-féle** aspirációs drainézis szolgálja. A második csoport izzadmányai esetében már lenövések és pleuravastagodások fejlődtek; a legegyszerűbb módszer a **Dollinger-féle** punctio; idősült esetekben a bordaresectionnak és thoracotomiának a híve; nagy súly helyezendő a vastag draincsővel való drainézisre. A harmadik csoport betegein a geny már utat tört magának kifelé; itt vagy a tüdőnek a decorticatiója, vagy a **Schede-féle** műtét indikált.

**Borbély** gyermekkori empyema miatt 45-ször operált. Műtét után az utókezelésre is nagy súlyt helyez. Betegei mind meggyógyultak.

**Kertész József** (Budapest) a tüdő lött sebének esetét mutatta be; nálunk ez az első oly eset, melyben tüdővarratal gyógyulást értek el

**Makai Endre** (Herczel tanár osztálya) a szívburokba s mindkét mellhártyaürrbe betörő szegycsontsarcoma műtéttel gyógyított esetét demonstrálta. A beteg a Shoemaker-féle túlnyomásos készülékkel a műtétet kitünően tűrte. Makai az egész szegycsontból csak egy felső s alsó léczet hagyott meg; a szegycsont többi részét az ökölnyi daganattal együtt eltávolította és a mellkas sebet több étageban zárta. A seb per primam gyógyult, 4 hét múlva sarcoma miatt a méhet és függelékeit is kiirtotta. Azóta 7 hó telt el, recidiva nincsen s a beteg 4 kg.-ot hízott.

**Róna Dezső** (Baja) új bordaollót mutatott be; ez raspatoriumhoz hasonló lapos részből áll, a melyen gouillotinszerű aczélkés mozog. A borda átvágása után a műszer vágó része magától ugrik vissza a helyére.

A főkérdéshez, valamint a vele kapcsolatos előadásokhoz és bemutatókhoz többen szóltak hozzá.

**Balás Dezső** (Budapest): 41 gyermekkori empyemát operált. Ha a bordaközök elég tágak, Dollinger szerint drainez, különben bordaresectiót végez s ezután vastag draint vezet be a mellüregbe. Sürgős esetekben a mellüregot troikarral pungálja s a nyet *Dieulafoy*-fecskendővel aspirálja. Bordaresectio után már nem aspirál. Műtéti halálozása 21.9%.

Tapasztalatai alapján két éven felüli gyermekeken súlyos esetekben előzetes punctiós aspiratio után, könnyebb esetekben pedig e nélkül a bordaresectiót tartja indikálnak; két éven aluli gyermekeken resectio után az aspiratiós eljárást ajánlja.

**Scharl Pál** (Budapest) szerint a tüdőtuberculosis gyógyításának legértékesebb gyógyszerközei közé tartozik a mesterséges pneumothorax és az extrapleurális thoracoplastika. 48 eset kapcsán az indicatiók kiterjesztése mellett foglal állást. Contraindicatiók közé elsősorban a circulatiós zavarokat sorolja, ilyenkor ugyanis az említett műtétek után szív-insufficiencia jelentkezhetik.

**Bakay Lajos** (Budapest) oly empyemák esetén, melyek nem az egész mellkasfelet foglalják el, Dollinger szerint drainez és szívókezelést folytat. Ha súlyosabb a körkép, bordaresectiót végez és utána *Perthes* szerint szívódrainézést alkalmaz. A *Delorme*-műtét túlnyomásos alitátás mellett könnyebb; 8 esetben végezte.

A nitrogenbefúvást 5 esetben kísérte meg; eseteinek számát sokkal kisebbnek tartja, semhogy belőle következtetést vonhasson.

**Borszék Károly** (Réczey tanár klinikája): *Ketty* tanár klinikájának 9 betegét kezelte mesterséges pneumothorax-szal. A momentan eredményt elég kedvezőnek tartja; a láz csökkent, vagy teljesen meg is szűnt, a köpet kevesbedett, a betegek meg is híztak. Bronchiectasia esetében a kezelés hatástalannak bizonyult.

**Hollós József** (Szeged) szerint művi pneumothorax létesítésére különösen azon esetek alkalmasak, melyek gyors progressio folytán rossz prognosist nyújtanak. A jó prognosist nyújtotta esetekben, a mikor megfelelő intoxicatiós tünetek a szervezet reakcióképességét bizonyítják, megfelelő diatétis, pneumás vagy specifikus kezelés is gyógyulásra vezethet.

**Fischer Aladár** (Budapest) szerint gyermekkori empyema eseteiben a bordaresectióval ne késlekedjünk; a beavatkozás nem nagy. Helybeli érzéstelenítésben könnyen végezhető, utána a retentio miatt a mellkas kimosandó.

**Winternitz Arnold** (Budapest) azt tartja, hogy a gyermekek genyes mellhártyagyuladásának kezelésében a bordaresectio legyen a normalis eljárás.

Chronikus empyema azon esetében, hol a tüdő még tud tágulni, a *Delorme*-féle decorticatiót, a mikor pedig magában a tüdőben is chronikus interstitialis folyamatok fejlődtek (pneumonia interstitialis peripherica), a *Schede*-féle thoracoplastikát végzi.

**Dollinger Gyula** eljárása a mellhártyaizzadmányok kezelésében a következő: 1. *Tuberculosis savós* izzadmányt csak indicatio vitalis esetében bocsát ki. *Tuberculosis* genyes izzadmányt punctióval és 10%-os jodoform-glycerin-emulsió befecskendezésével kezel. 2. *Genyes mellhártyaizzadmányokat* vastag troicarral pungál, a troicaron át 40 cm. hosszú, oldalt kilyukasztott draincsövet vezet a mellüregbe, a draincső külső végét újabban egy lapos üvegbe teszi, a melyet a fenjáró beteg mellkasán lévő kötéshez akaszt. Szívó drainezésre szükség nincsen, mivel a másik tüdő az összenyomottat felfújja; öblítést sem végez. A bevezetett draincsövet fokozatosan megrövidíti. 3. *Rothadásos bacteriumokkal* fertőzött mellhártyaizzadmány eseteiben bordaresectio szükséges. Ilyenkor a langyos konyhasóoldattal való öblítés is czélszerű. 4. *Hosszú idő óta fennálló pyopneumothorax* esetében ötször kísérte meg a *Delorme*-féle tüdőlehámózást. 3 esetben a lehámózás jól sikerült magasnyomású légzőkészülék nélkül is, 2-szer a typosus műtét nem volt keresztülvihető tüdőserülés veszélye nélkül, a tüdőt körülvevő rostos tok többszöri bemetszése után is alig tágult ki a tüdő. *Delorme*-féle műtét alkalmával osteoplastikás lebenyt ajánl; a bordák eltávolítása a lebenyből káros befolyással van a légzési mechanizmusra.

**Alapy Henrik** zárószavában kiemeli, hogy a mellüreg kimosása, tüdősipoly esetét kivéve, nem olyan életveszélyes, mint azt a tankönyvek állítják. Oly interstitialis tüdőlobot, mely *Winternitz* szerint a decorticatiót meggátolja, nem látott. 7 esetben végezte a tüdő lehámózását; ha egy helyen nem sikerült az álhártyák szétválasztása, más helyen kereste a válóréteget. A kiterjedt mellkasplastikák oly rettenetesen torzító műtétek, hogy ezekre csak a legvégső esetben szánja magát.

**Fej- és nyaksebészet.** **Nagy Kálmán** (Nagyszöllös): *Jackson-epilepsiának koponyalékelés után gyógyult esetét* mutatta be. A műtét óta egy év telt el, a betegnek azóta rohama nem volt.

**Chudovszky Mór** (S.-A.-Ujhely): *Sérülés után támadt agycysta és következményes Jackson-epilepsia műtét után gyógyult esetéről* számol be. A cysta kiszedése után kb. 4 héttel a csonthiányt a sípcsontból vett csont- és csonthártayalemezzel pótolta; a görcsök többé nem ismétlődtek, az addig fennállott psychés zavarok is elmúltak.

**Bogdán Aladár** (Balassagyarmat) a jobb falcsont lúdtójsny cistáját hámozta ki; 5 hónappal a műtét után epilepsziás görcsök miatt a beteget trepanálta s a durának hegeit kiirtotta; a beteg teljesen meggyógyult.

**Borszék Károly** (Réczey tanár klinikája) galambtójsny arachnoidális cystát irtott ki; az üreget a lábszár fasciájából vett lebenynyel pótolta, a falcsont hiányát pedig a tibiából vett periosteum-csontlebenynyel fedte. A beteg meggyógyult.

**Pólya Jenő** (Budapest) betegéről számol be, kinek agyából *cysticercushólyagot* távolított el; másik betegén pedig a *lágylóköpök körülírt vizenyője által előidézett epilepsia* miatt végzett koponyalékelést és *scarificatiót*. Mindkét beteg meggyógyult.

**Donath Gyula** (Budapest) arra hívja fel a figyelmet, hogy bármily fontos a betegnek vagy környezetének bemondása az agybántalom helyének pontos meghatározására, a helyes diagnózisra mégis csak a tüneteknek a bemondásoktól való független észlelése vezethet.

**Herczel Manó** (Budapest) ökölnyi subcorticalis agytályogot nyitott meg; a fennállott hemiplegia és aphasia már a műtét delutánján feltünően javult, néhány nap alatt pedig szinte teljesen elmúlt.

**Vidakovich Kamill** (Kolozsvar) a koponyaüregbe jutott idegen testek pontos meghatározására szolgáló eljárást demonstrált. A meghatározás alapja az, hogy az x-sugaras képek készítésekor a koponya főpontjainak helyét is pontosan megjelöli. A localisatio a vetítésekből a természetes viszonyokat rekonstruálja. A fej rögzítésére és a felvételek pontos készítésére külön eszközt szerkesztett.

**Hozzászólás.** **Sándor István** (Budapest): Idegen testeknek az agyból való eltávolítását két szakaszban akként végzi, hogy először ajtót készít a koponyán; az ajtó alá a durára egy ezüstodronykarikát helyez és újabb x-sugaras felvételeken állapítja meg a behelyezett idegen test viszonyát a kérdéses idegen testhez, melyet egy másik műtét alkalmával távolít el.

**Róna Dezső** (Baja) a koponyacsont hiányát autoplastika útján, a tibiából vett csontperiost-lebenynyel pótolja. Fascia-interpositiót nem végez, mivel a behelyezett fascia az összenövésektől nem óv meg. 3 év alatt nyolcz autoplastikát végzett, mindig per primam gyógyulással. *Genuin* vagy *annak látszó epilepsia* esetei közül csak azok alkalmasok műtétre, a melyekben a görcsokozó centrum meghatározható (lokalizált epilepsziák). 50 idevágó jól megfigyelt esetében a műtét indicatióját csak egyszer állíthatta fel. *Jackson-epilepsia* minden esetében műtétet végez; a legtöbb esetben az eredmény kedvező, bár előre ez nem állapítható meg biztossan.

**Fleischmann László** (Budapest) a csecsnyúlvány-műtétet és azok indicatióját tárgyalta az általános sebészettel foglalkozó chirurgus szempontjából. Acut otitis media antrotoniát, chronikus otitis media radicalis műtétet indikál; a közepes javalatokat otoskopia és functionalis vizsgálat nélkül nem állapíthatjuk meg. Labyrinthusműtétet csak fülészeti képzettségű sebész vállalhat. Intracranialis complicatiókat általános koponyasebészeti elvek szerint kell operálnunk, de mindig az említett műtétek valamelyikével kell kezdenünk.

Hozzászól Farkas Dániel (Budapest): Gyermekeken otitis media suppurativa esetében az antrumot akkor vési fel, a mikor a processus mastoideus lobos tüneteket észlel.

Fleischmann zárszavában nem osztja Farkas nézetét; különösen az úgynevezett osteophlebitisek teljesen ép csecsnnyúlvány mellett is a legsúlyosabb fertőzésre vezetnek, itt pedig a lobos tünetek kifejlődésére nem várhatunk.

Verebély Tibor (Budapest) orr-garatfibromának mindkét felső állkapocs temporaei resectiójával operált és gyógyult esetét demonstrálta. Hasonló baj miatt az utóbbi 3 év alatt 6 esetben avatkozott be. A követendő eljárást esetek szerint individualizálnunk kell.

Hozzászól: Bakay Lajos, a ki esetet említi, a melyben 16 éves fiú pharyngealis fibromája spontán elhalt és leleledött.

Fischer Aladár (Budapest) 5 esetben operált orrgaratfibromát Bruns-féle feltárással. Ajánlja ily műtetre a Highmor-üreg elülső falán való behatolást az orrüreg hátulsó falának eltávolításával.

Manninger Vilmos (Budapest) kisebb orrgarat-fibromát per vias naturales távolít el, nagyobb vérékeny tumorok esetén a Kocher-féle műtétet ajánlja. A Patsch-féle műtét ily tumorok eltávolítására nem ajánlatos.

Winternitz Arnold (Budapest) az orrgaratbeli tumorok kiirtására legalkalmasabb műtétnek a Gussenbauer-félet tartja: lógó fejen a lágyszájpadot középen átmetszszük, a metszést a metszőfogakig viszzszük és a keményszájpadból annyit vésünk le, a mennyi a tumor megközelítésére szükséges.

A Kocher- és Patsch-féle osteoplastikás eljárásokat a növés szakában levő egyéneknek nem tartja helyesnek, mivel ezen műtétek után az állkapcsok növése visszamaradhat.

Verebély Tibor zárszavában utal arra, hogy a fibromák néha évek múltán spontán visszafejlődhetnek, ezért csak azon orrgarat-daganatokat kell feltétlenül operálnunk, hol vagy rosszindulatúság áll fenn, vagy pedig a tumor a szomszédos szervek működését zavarja.

Ha operatív eltávolítás szükséges, elsősorban rhinológiai eljárások, s ha ezek kivihetetlenek, Gussenbauer, Denker vagy Bruns eljárásai jönnek tekintetbe. A heroikusabb beavatkozásokat azon esetek számára tartja fenn, hol a műtétet nevezetesen vérékenység miatt gyorsan kell végezni. Altatás céljából a peroralis intubatiót tekinti legenyhébb beavatkozásnak.

Navratil Dezső (Dollinger tanár klinikájáról) Denker szerint műtett sinus maxillaris-esetekről referált. Ismertette a Denker-műtét technikáját; 34 esetben végezte, valamennyi betege simán meggyógyult. A műtét indicatióját a sinus maxillaris idősült genyessedésében látja.

Hozzászólás: Paunz Márk (Budapest) szerint a Highmor-üreg genyessedéseinek radicalis műtete előtt a melléküregeket is jól ki kell takarítanunk, különben a Highmor-üreg-empyema nem gyógyul. A Luc-Coldwell- és Gerber-féle eljárással is ugyanazon eredményt érjük el, mint a Denker-féle eljárással.

Navratil zárószavában a X-sugaras controll szükségét hangsúlyoztatja.

Kertész József (Budapest) beteget mutat be, kin a gégeporcz defectusát bordaporcz átültetésével zárta.

Mutschenbacher Tivadar (Réczey tanár klinikája) a lymphomák conservatív kezeléséről szól. Ennek megkísérlését műtét előtt minden esetben ajánlja. A főtényező a conservatív kezelésben a megfelelő gyógyszeres kezelés mellett a heliotherapia és mirigyályog esetében a punctio, 10%-os jodoform-glycerin befecskendezésével. A conservatív eljárás adjuvansképpen oly esetekben is ajánlatos, hol radicalis műtét történt.

Hozzászólás: Lobmayer Géza (Budapest) a sebési tuberculosis minden fajánál a heliotherapiával úgy functionális mint kozmetikai szempontból kitűnő eredményt ért el. Gümös tályogok carbolalkoholkezelése után is igen jó eredményt látott.

Alapy Henrik (Budapest) gyermekeken mindig radicalisan jár el; a mirigvet, tályogot vagy sipolyt teljesen kiirtja, de előzőleg a beteg orrgarat-üregének nyálkahártyabántalmát szakorvossal gyógyíttatja.

Ádám Lajos (Dollinger tanár klinikája) a strumektomiák után jelentkező tetaniáról adott elő. A baj oka, mint ismeretes, a parathyreoideák bántalmazása vagy eltávolítása; a pajzsmirigy-totalexstirpatio elhagyása óta sem szűnt meg ez a complicatio. Eiselsberg klinikáján 356 struma-műtét után 16-szor, Kocher 3000 esetében 5-ször, az I. sz. sebészeti klinikán 240 struma-műtét után 3-szor észlelték. Elkerülésére ajánlatos a pajzsmirigy hátulsó tokjának szélesen való meghagyása, még inkább az egyik art. thyreoidea inf. s egy alsó lebenynek sértetlenül való hagyása. Ezenkívül ajánlatos, hogy az eltávolított pajzsmirigy-lebenyt mindig gondosan vizsgáljuk meg, s ha azon parathyreoidea-test találtatnék, azt azonnal helyezzük vissza a sebbe; az mint egyszerű test begyógyul, s újra funkcióképessé válik.

Rosenák Miksa (Budapest), Hüttl osztályán 3 napig tartó tetaniát észlelt, súlyos utóvérzéssel.

Verebély Tibor (Budapest) bonczolástani tanulmányai alapján a 4 art. thyreoidea együttes lekötését nem tartja ajánlatosnak, mivel a parathyreoideák relatiója a verőerekhez sohasem állapítható meg előre. Rosenák esetét nem tartja tetaniának, mivel a görcsök azonnal a műtét után jelentkeztek; valószínűleg az utóvérzés következtében reflex útján keletkeztek.

Makai Endre (Herczel osztálya) mind a négy art. thyreoidea, sőt az art. thyreoidea ima együttes lekötsése után az esetek nagy számában nem látott tetaniát; ezt annak tulajdonítja, hogy sohasem végez strumaenucleatiót, hanem intracapsularis resectiót.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

11115/1912. alisp.

Alsófehérvármegyében a verespataki járási orvosi állás üresedésben lévén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást el óhajtnák nyerni, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítési-kelet és a tisztí orvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket Alsófehérvármegye alispánjához 1912. évi december 21.-éig bezárólag adják be.

Azok, a kik közszolgálatban állanak, hivatalfőnökjük, a kik pedig közszolgálatban nem állanak, azok a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázati kérvényüket beküldeni.

Ezen állás 2000 (kettőezer) korona kezdő évi fizetés, 360 (háromszázhatvan) korona évi lakpénz és 60 (hatszáz) korona évi útiátalány élvezetével van egybekötve.

Megjegyeztetik az is, hogy a verespataki járási orvos eddigéle a bányá társaspénztári orvosi állást is elnyerte, a mi tudomásom szerint 2060 korona évi tiszteletdíjat jelent és valószínűnek tartom, hogy ezen szokás jövőben is fenn fog tartatni.

N a g y e n y e d e n, 1912. évi október hó 30.

Báró Bánffy Kázmér, alispán.

4944/1912. kig. szám.

Az üresedésben levő folyai körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz tartoznak Folya, Sebed és Vejte, román és németajkú lakossággal.

A nyugdíjjogosult körorvos javadalma:

1600 korona fizetés.

100 korona személyi pótlék.

800 korona helyi pótlék.

100 korona lakbér.

360 korona fuvarátalány.

A betegsegélyző pénztárnak, valamint a községek határában levő birtokosoknak mint uradalmi orvosok alkalmaztatik, mely után több mint 1000 korona tiszteletdíja van.

A beteglátogatásokért szabályrendeletileg megállapított díjakat szedhet.

Felhívom pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi december hó 15.-éig beterjesszék.

C s á k, 1912. évi november 2.

A főszolgabíró.

A rozsnyói kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága Dobsina város székhelyvel rendszeresített és elhalálozás folytán megüresedett pénztári orvosi állásra pályázatot hirdet.

Az állás 1200 (ezerkettőszáz) korona kezdő fizetéssel van javadalmazva az illetményszabályzat által biztosított fokozatos előléptetési joggal.

A megválasztott orvos az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár által kiadott szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzatot magára nézve kötelezőnek fogadja el és annak határozományai szerint szerződik a kerületi pénztárral.

Az ellátási körhöz tartozó községek névjegyzéke pénztárunknál megtekinthető, kívánatra pedig megküldetik a pénztár által.

A pályázatok f. évi december hó 15.-éig déli 12 órájáig nyújtandók vagy küldendők be a pénztár igazgatójához.

Kelt R o z s n y ó, 1912. évi november hó 11.-én.

Az igazgatóság.

1561/1912. sz.

Torda-Aranyos vármegye közkórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresített s évi 2000 korona fizetés és 500 korona lakás-pénzzel javadalmazott másodorvosi állásra, esetleg az előléptetés folytán megüresedő s évi 1600 korona fizetés, lakás és élelmezéssel javadalmazott segédorvosi állásra 1912. évi november 30.-i lejáratall pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudorokat, kik ezen állás valamelyikét elnyerni akarják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket Betegh Miklós dr. főispán úrhoz zimezve, hozzám a jelzett határnapig nyújtsák be.

A segédorvos a kötelező sebészgyakorlatot itt teljesítheti.

T o r d a, 1912. évi október hó 30.-án.

Borbély Samu dr., kórházigazgató, főorvos.

6997/1912.

Somogy vármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített csökölyi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s fölhívom mindazon orvostudorokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz 1912. évi november hó 25.-éig annál inkább nyujtsák be, mivel később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Csököly és hozzá tartoznak Gige, Mike, Kinyakovácsi és Kisbajom községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 kor. ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. A 824/912. sz. vármegyei szabályrendelet értelmében 600 kor. évi lakbér.

4. A csökölyi körben 450 kor. évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelőhelyiségében minden fizetőképés beteg után 1 korona, a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívüli beteglátogatási díjak a székhelytől 2 kilométernél távolabb eső községekben 2-5 km.-ig 3 korona, 5-10 km.-ig 4 korona, 10-15 km.-ig 5 korona, 15-20 km.-ig 6 korona, éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar vagy kilométerenként 40 fill. fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenként 40 fillér fuvardíj és 20 fill. távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működéséért fizetőképés egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

Ezen hivatalos járandóságokon kívül a körorvosnak a miki uradalom részéről 300 kor. fizetés és négy öl tűzifa, a csehberki pusztai gazdaság részéről pedig 396 kor. évi fizetés biztosítatik az uradalmi cselédek gyógykezeléséért.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

N a g y a t á d, 1912 november 5.

Tallian Andor, főszoigabiró.

6998/1912.

Somogy vármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített vízvári körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s fölhívom mindazon orvostudorokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz 1912. évi november hó 25.-éig annál inkább nyujtsák be, mivel később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Vizvár és hozzá tartoznak Bélavár, Heresznye és Háromfa községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 kor. ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. 824/812. sz. vármegyei szabályrendelet értelmében 600 korona évi lakbér.

4. A vízvári körben 420 kor. évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelőhelyiségében minden fizetőképés beteg után 1 kor., a beteg lakásán 1 kor. 20 fill., hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívül beteglátogatási díjak a székhelytől 2 km.-nél távolabb eső községekben 2-5 km.-ig 3 kor., 5-10 km.-ig 4 kor., 10-15 km.-ig 5 kor., 15-20 km.-ig 6 kor., éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar, vagy kilométerenként 40 fill. fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenként 40 fill. fuvardíj és 20 fill. távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működéséért fizetőképés egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

A fenti hivatalos járandóságokon kívül, a mennyiben a megválasztandó körorvos a háromfai és zsifapusztai uradalmi cselédek gyógykezelését is elvállalja, úgy e címen évi 1200 korona fizetést fog kapni az uradalmi pénztárból.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

N a g y a t á d, 1912 november 5.

Tallian Andor, főszoigabiró.

Somogyvármegye nagyatádi járásában újonnan rendszeresített felsősegedi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s fölhívom mindazon orvostudorokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz, 1912. évi november 25.-éig annál inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

A fenti körorvosi kör székhelye Felsőseged, és hozzátartoznak Alsőseged, Somogyszob és Balhás községek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. A törvény 15. §-a értelmében 200 korona ötödéves korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

3. A 824/912. számú vármegyei szabályrendelet értelmében 600 korona évi lakbér.

4. A felsősegedi körben 380 korona évi fuvarátalány.

5. Rendelési díj a körorvos lakásán, valamint hivatalos körút alkalmával a község rendelő helyiségében minden fizetőképés beteg után 1 korona, a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, hét éven aluli betegek után fenti díjak fele, éjjel azok kétszerese számítható fel.

6. Hivatalos körúton kívüli beteglátogatási díjak a székhelytől 2 kilométernél távolabb eső községekben 2-5 km.-ig 3 korona, 5-10 km.-ig 4 korona, 10-15 km.-ig 5 korona, 15-20 km.-ig 6 korona, éjjel ezen díjak kétszerese, továbbá ily alkalmakkor a körorvost vagy természetbeni fuvar, vagy kilométerenként 40 fillér fuvardíj illeti meg.

7. Járványok alkalmával a körorvos a 2 km.-nél távolabb fekvő községekben kilométerenként 40 fillér fuvardíj és 20 fillér távolsági díjat van jogosítva felszámítani.

8. Sebészeti és szülészeti működéséért fizetőképés egyének terhére a 135.000/1904. sz. B. M. rendelet IX. fokozatában megállapított díjak legkisebb mértéke számítható fel.

Ezen hivatalos járandóságokon kívül, a mennyiben a megválasztandó körorvos a felsősegedi uradalmi cselédek gyógykezelését elvállalja, úgy e címen évi 1200 korona fizetést fog az uradalmi pénztárból negyedévi részletekben kapni.

A választási határnapot a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s arról a pályázókat értesíteni fogom.

A megválasztandó körorvos köteles állását legkésőbb a választástól számított 30 nap alatt elfoglalni.

N a g y a t á d, 1912 november 5.

Tallian Andor, főszoigabiró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használatlik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Tejjesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.

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

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



**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Szőllősy Lajos:** Vöröskereszt Erzsébet-kórház belgyógyászati osztálya. (Igazgató-főorvos: Imrédy Béla dr., egyet. m.-tanár.) Adatok a pancreasemésztés kérdéséhez. 857. lap.

**Réthy Aurél:** Közlemény a königsbergi kir. egyetemi orr- és gégepoliklinikáról. (Igazgató: Gerber P. dr., egyetemi tanár.) A gégepolypusok eltávolításának technikájához. 860. lap.

**Friedrich Viimos:** Az ipari megbetegedés és üzemi baleset közötti határ megállapításának kérdéséhez. 861. lap.

**Veress Ferencz és Szabó József:** Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.) A Karvonen-féle reactio értéke a syphillis és a paralysis progressiva diagnosizálásában. 863. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. Bókay János, Flesch Ármin, Bókay Zoltán: A gyermekorvoslás tankönyve. — *Lapszemle.* Sebészeti. Angeloin: A vállficzomodás helye-

tevésének új módja. — *Descarpentiers:* Az intramuscularis aethernarcosis. — *Elmekörtan.* Goudberg: A görcsös rohamok befolyása a húgysav kiválasztására. — *H. W. Maier:* A bromadagolásnak újabb módjáról („Sedo-Roche“-eljárásról) sószegény táplálkozás mellett. — *Szülészeti és nőorvosn.* A. Theilhaber: „Mittelschmerz“. — *Gyermekorvosn.* Neurath: A gyermekkori epilepsia paralyticus aequivalensei. — *Bőrkörtan.* B. Lipschütz: A külső női nemi szerveken előforduló sajátságos fekélyesedés (ulcus vulvae acutum). — *Orr-, torok- és gégebajok.* Marx: A reflexköhögés, ennek okai és orvoslása. — *Kisebb közlések az orvostudományra.* Avierinos: Leukoplakia oris et linguae. — *Vorschütz:* Alkaliák használata sepsises folyamatokban. — *Variot:* Hiányosan táplált csecsemők gyomortágulata. — *Adler:* Digitalis huzamosabb használata. 865–867. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 868. lap.

**Vegyes hírek.** 868. lap.

**Tudományos társulatok.** 869–871. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a Vöröskereszt-egylet Erzsébet-kórházának belgyógyászati osztályáról. (Igazgató-főorvos: Imrédy Béla dr., egyet. magántanár.)**

### Adatok a pancreasemésztés kérdéséhez.

Írta: Szöllősy Lajos dr.

Azon hullámszerűen előrehaladó fejlődés következtében, mely az orvosi tudományban éppúgy kifejezésre jut, mint minden más kísérleti tudományban, az utóbbi évek folyamán ismét napirendre került az emésztés chemismusával való behatóbb foglalkozás. Pawlow klasszikus vizsgálatai után egy ideig elsősorban a gyomornedv állott az érdeklődés központjában s ma már a gyomor működéseinek vizsgálata elvitáztatlan polgárjogot nyert a mindennapi gyakorlatban is. Igaz, hogy, tekintve azon eljárások egyszerű voltát, melyek segítségével a gyomrot és tartalmát közvetlen észlelés tárgyává tehetjük, a kérdés gyakorlati alkalmazása aránylag könnyű volt. Nemsokára azonban élénk figyelemmel fordultak a bél-emésztés felé is, s megindult azon lehetőleg pontos módszerek kidolgozása, melyeknek célja volt a bélbeli folyamatok részleteit hasonlóképpen közvetlen vizsgálatnak, ellenőrzésnek alávetni. Ha egyáltalában szabad értékbeli összehasonlításokat tennünk, úgy elmondhatjuk, hogy rövid idő alatt — szinte természetszerűen — a pancreas szerepének kérdése nyert főfontosságot. A hasnyálmirigy váladékában, mint tudjuk, benne vannak az összes emésztőfermentumok. Igaz ugyan, hogy a bélnedvnek a fehérje-, az epének pedig a zsíremésztés körül szintén lényeges szerepe van, de az élettani kísérletek szerint mégis elvitáztatlanul a pancreasnedvnek jut a legfontosabb földadat. Azonkívül mióta Mering és Minkovski 1889-ben közzétett kísérletei a diabetes mellitus és a pancreas között bizonyos összefüggést mutattak ki, a cukorbetegség tanulmányozása szinte elengedhetlenné tette a hasnyálmirigy tanul-

mányozását is, akár a belső, akár a külső elválasztást illetőleg. Végül az okok között, melyek a figyelmet a pancreasra terelték, fölemlíthetem a hormonelmélet kialakulását is. Az egyes szervek belső vagy külső secretiójának vizsgálata ismét a hasnyálmirigyre irányította az érdeklődést, mert ez utóbbival szorosán összekapcsolódott a hypophysis, thyroidea és mellékvesék szerepének kérdése. Szükséges volt, hogy a pancreas, vagy legalább külső elválasztásának termékét hozzáférhetővé tegyék nemcsak szigorúan tudományos értékű, hanem klinikai vizsgálatok számára is.

Többféle úton próbálták meg ezt a célt elérni. Így fölemlítek elsősorban néhány közvetett módszert, mint p. o. a Sahli-féle glutoidpróbát, vagy a Schmidt-féle magpróbát (Zellkernprobe); az eredmények eltérők és jóformán megbízhatatlanok voltak. Kerestek az ürülékben jellegzetes kiesési tüneteket, s a zsíremésztés, vagy az izomrostok emésztettségi fokából akartak a pancreas működésére nézve következtetést vonni. Ha elgondoljuk, hogy a bélsár az egész physiologiás emésztésnek egyik végterméke, kissé merésznek kell találnunk azt a törekvést, hogy bizonyos tápszerek ki- vagy ki nem használt voltából éppen csak egy bizonyos szerv működését bíráljuk el. Utalhatunk azonkívül számos kísérletre, melyek kimutatták, hogy a bélmirigyek a hasnyálmirigy helyett pótlólag működhetnek. Pontos következtetést tehát ez a módszer sem enged meg, s éppígy megbízhatatlan a Cammidge-féle próba és az alimentaris glycosuria megjelenése is. Az ideális eljárás, melyet elérni kívántak, körülbelül ugyanaz volt, mint a mit a gyomorral tenni tudtunk: a pancreasnedvet vagy fermentumokat közvetlen vizsgálatnak alávetni. A dolog természetéből következik, hogy ez a kérdés sokkal nehezebben, sőt ma még egyáltalában nem oldható meg: a hasnyálmirigy váladékát tisztán nyerni nem áll módunkban. Azok az eljárások, melyekkel ilyen irányban megpróbálkoztak (Einhorn, Hemmeter, Gross) legjobb esetben is csak a duodenum tartalmát adják kezünkbe, a betegre nézve pedig többékevésbé kellemetlen, körülményes beavatkozást jelentenek.

Első pillanatra úgy látszott, hogy a feladatot legszebben a *Volhard-Boldyreff*-módszer oldja meg, az olajreggelivel; de vannak ezen eljárásnak is olyan fogyatékoságai, melyek meglehetősen alászállítják értékét, még az olyan elismerő vélemények ellenére is, mint a minőt pl. *Frank* tett közzé ez év folyamán. Nem szólva arról, hogy az olajnak megivása és az utána következő gyomorszonda éppen eléggé kellemetlen a betegek egy részére nézve, van a módszernek két igazán főbenjáró hátránya. Az első az, hogy bár nem gyakran, de olykor mégis cserben hagy (pylorusszűkület és gastroptosis eseteiben csaknem mindig). A másik pedig az a körülmény, hogy a gyomorba visszafolyó duodenumtartalom (minthogy természetesen itt is az egész tartalmat kapjuk, s nem külön a pancreasváladékot) keveredik a gyomornedvvel és a nyállal is. A sósav pedig főnkreteszi a trypsint (*Werzberg* és mások), s *Molnár* kimutatta, hogy a pepsin és trypsin egyazon időben mint egymás antagonistái dolgoznak. Az emésztés chemismusában törvényerővel bír *Langley* tétele, hogy az emésztőcsatorna egy bizonyos szakaszában az előző szakasz enzimejei főnkremennek, így megsemmisít a gyomornedv a ptyalint, s a duodenum tartalma a gyomornedv fermentumait. Megfordított folyamat esetében pedig a viszonyok sokkal zavarosabbak lesznek, annyival is inkább, mert a *Volhard-Boldyreff*-módszerben a pancreasnedv a gyomornedvvel és a nyállal egyszerre, egy időben kerül össze. Az eljárásnak ezt a fogyatékoságát *Lewinski* azzal igyekezett ellensúlyozni, hogy az olajreggeli előtt és után 20 perczzel magnesia ustát adott a betegnek. E módosítás előnye egyes szerzők szerint szembeötlők; mindenestre azonban nagy kérdés, hogy a gyomornedv sósavának megkötése mennyiben befolyásolja a pepsin szerepét. Egy dolog bizonyos: a magnesia ustának bevitelével a normalis, élettani viszonyokat egy időre megváltoztattuk.

S végül itt kapcsolódik be még egy, nehezen elhanyagolható körülmény. A pancreasnedv legtöbbször nem tartalmazza a kész trypsint, hanem ennek csak zymogenjét, melyet a duodenum enterokinaseja aktivál trypsinné. Ha pedig a hasnyálmirigy váladéka az elválasztás után igen rövid idővel a gyomorba folyik vissza, ez az aktiválási folyamat vagy egyáltalában nem, vagy csak tökéletlenül mehet végbe.

Igy nem maradt más hátra, mint betartani a tápcsatorna természetes működési sorrendjét, s a pancreasenzimek kimutatására a bélsarat fölhasználni. Mennyire távol áll ez az eljárás is a tökéletes módszertől, az már eleve nyilvánvaló. Tiszta pancreasnedvet itt sem nyerhetünk, keverve van epével, az összes bélmirigyek váladékával (ezeknek hatását pedig nem rontja le, mint a gyomornedvét, hanem velük párhuzamosan, úgyszólván melléjük rendeltlen működik), s keverve van gazdag bacteriumflórával. Azonban az eljárás maga rendkívül egyszerű, fölhasználhatjuk minden további nélkül az önkéntes székét, úgy hogy a betegnek akár tudomása sincs a vizsgálatról, nemhogy terhére volna. Mégis tekintettel arra, hogy a pankreasenzimek nagyon könnyen bomlanak, s akárhányszor hatástalanná válnak, ha hosszabb ideig a bélbacteriumokkal vannak együtt, ajánlatos a vizsgálatához olyan ürüléket venni, mely a duodenumtól a végbélig vivő utat aránylag rövid idő alatt tette meg. Ezért jó, ha a beteget meghajtjuk. A *Goldschmidt*-féle módszer, mely vágott hús és vajás kenyér etetéséből, s utána 2 órával calomet beadásából áll, annyira közömbös, hogy jóformán kivétel nélkül mindenkin alkalmazható; *Werzberg* még a húsreggelit is fölöslegesnek mondja. *Goldschmidt* maga pontos eljárást dolgozott ki, s tapasztalati egységeket állapított meg a bélsár tryptikus képességének mérésére. Ugyanezt tette egy másik irányban, t. i. a diastasisos fermentum meghatározására *Wohlgemuth*, körülbelül hasonló elvek alapján. Nem részletezhetem azokat a nagyszámú és sokszor jogosult ellenvetéseket, a melyeket több szerző a *Goldschmidt*-féle módszerrel szemben tett. Talán a leglényegesebb kifogás az volt, hogy nincs a vékonybél erepsinjére tekintettel. Egyrészt azonban ma még egészen nyílt kérdés, hogy zavarólag hatnak-e az erepsinek e vizsgálatkor, másrészt pedig ezt a hi-

bát a *Volhard-Boldyreff*-eljárás sem tudja kiküszöbölni, mert a duodenalis tartalommal együtt nagy mennyiségben kerülhetnek erepsinek is a gyomorba.

Az bizonyos, hogy a *Goldschmidt* és a *Wohlgemuth*-féle módszer rendkívül könnyen, s aránylag pontosan kezelhető, s a mérésre szolgáló, önkényesen megválasztott egységek nem szolgálnak másra, minthogy egyöntetű összehasonlításokat tegyenek lehetővé. Pontosabb eljárásunk ez idő szerint még nincs, s ezért jogosan alkalmazhatjuk ott, a hol behatóbb észlelésről van szó.<sup>1</sup>

Hogyan alakul már most a kérdés adott esetekben, a betegágy mellett; helyesebben: minő következtetéseket vonhatunk le a pancreasra nézve bizonyos emésztési bántalmaknak kórtanát, s még inkább gyógytanát illetőleg? A főadat, mely ilyen formában úgyszólván önként adódik, meglehetősen komplikált, s terjedelmében rendkívül nagy; hogy megoldható-e egyáltalában a hasnyálmirigy működési vizsgálatának mai módszereivel, arra igazán nem mernék igennel válaszolni. Lehet, hogy nem. De azt hiszem, hogy ha más okból nem, a természettudományi inductio szempontjából hasznos lehet a kísérletezéseket ilyen irányban is kiterjeszteni, s ez jogosít fel arra, hogy eddigi eseteimet közzétegyem, bármily kevés is végeredményben az a következtetés, mely belőlük levonható. Vizsgálataimnál igyekeztem a kérdést lehetőleg egyszerűsíteni, s így állítottam föl: milyen összefüggésben van a pancreas trypsinelválasztó képessége különböző emésztési bántalmakkal? Tudom, hogy a tétel maga már hibás, a mennyiben nem számol sem a secretinnal, sem az enterokinaseval, azaz a trypsin-zymogent trypsinné átalakító fermentummal. De ezt a hibát kénytelen voltam elkövetni, s — egyelőre legalább — elhanyagolhatónak is tartom. A betegre nézve a lényeg ott kezdődik, hogy milyen mértékben folyik trypsinemésztés a bélsatornájában, nem pedig hogy a componens enzimek közül melyik hiányzik. Eljárásomban pontosan a *Goldschmidt* által megadott utasításokat követtem, egyetlen változtatással, melyre *Goiffon* és *Tallarico* hívta föl a figyelmet. *Goldschmidt* ugyanis az ő módszerében, melynek részleteibe itt nem bocsátkozhatom, a bélsáremulsiót filtrálja. Ezt a francia szerzők hibának mondják, kiindulva abból, hogy a fermentumok albuminoid testekhez vannak kötve, s ezért rosszul szűrődnek. Ellenőrző kísérleteim ezt a föltevést igazolták: a szüretlen bélsáremulsió tryptikus erejét átlag csaknem megegyezően akkoránál találtam, mint a szűrtét.

A rendelkezésemre állott beteganyag természete folytán legnagyobb számban gyomorbetegség volt azok, kiken a trypsinvizsgálatot megejthettem. Jórészt a secretiók zavarok voltak előtérben, a jellegzetes panaszokkal, sok esetben kísértő tünetekkel a belek részéről is. Mindezek részletezése fárasztó és hosszadalmas volna. Arra szorítkozom, hogy a gyomor chemismusának adatait (melyeket minden egyes esetben meghatároztunk) és a trypsin-egységek számát táblázatba foglaljam. Négy csoportot vettem föl, ú. m. 1. teljes anaciditas, 2. subaciditas (0—20 acid. értékkel), 3. normalis aciditas (20—70, ezek között néhány oly egyén, kiknek emésztési szervei látszólag teljesen rendben voltak), és 4. superaciditas (70-en felüli aciditási értékek). Még annyit bocsátok előre, hogy a táblázatban fölüntetett egyének közül egy sem szenvedett a gyomor mozgási elégtelenségében: az ilyen eseteket, a rossz kiürülési viszonyokra való tekintettel, mellőztem.

A túloldali táblázatban összefoglalt 49 esetet egybevetve, mindenekelőtt egy eltérést találunk *Goldschmidt* állításától. Míg ő u. i. az 50-tól 5000-ig terjedő egységeket tekinti normalisnak, addig saját vizsgálataim eredményei ily magas értékeket soha, 500 egységet is csak egyetlen egy esetben tüntetnek fel. Hogy a *Goldschmidt* által megjelölt határok nem felelnek meg a valóságnak, arra már *Bálint* és *Molnár*, s újatban *Urrutia* is figyelmeztetett. Magam részéről, ha ideszámítom még azt a 14 esetet, melyre alább fogok kitérni, azt kell mondanom, hogy 62 vizsgálatkor, melyet szigo-

<sup>1</sup> A *Gross*-féle módszert, mely elvben teljesen azonos a *Goldschmidt*-ével, fölöslegesnek tartottam külön fölemlíteni.

rián *Goldschmidt* utasításai szerint végeztem, még 1000 egységet sem találtam, s 500-at is csak két ízben, pedig *Goiffon* és *Tallarico* főntemlített módosítása alapján azt kellett volna várnom, hogy átlagban a *Goldschmidt*-éinál magasabb értékeket fogok találni. Nem valószínű, hogy hatvankétszer egymásután ismétlődött volna ugyanaz a kísérleti hiba s azt sem hiszem, hogy az eltérés a véletlenül mult volna. Ezért kénytelen vagyok az 50—200 egységeket normalis középértéknek, az ezen felülieket magasnak s az ezalattiakat a rendesen alacsonyabbnak tekinteni.

Anaciditas			Subaciditas			Normalis aciditas			Superaciditas		
	HCl <sup>10/100</sup> A	T. E.		HCl <sup>10/100</sup> A	T. E.		HCl <sup>10/100</sup> A	T. E.		HCl <sup>10/100</sup> A	T. E.
1.	—	> 20	1.	0.38	100	1.	0.87	> 50	1.	1.6	20
2.	—	50		14			50	< 10		74	
3.	—	50	2.	0.50	100	2.	0.98	50	2.	2.6	200
4.	—	200		18			44			90	
5.	—	100				3.	1.82	200	3.	2.5	100
6.	—	0					62			94	
7.	—	>100				4.	1.19	50	4.	1.8	20
8.	—	20					50			75	
9.	—	<200				5.	1.46	50	5.	2.19	10
10.	—	<200					58			73	
11.	—	100				6.	1.8	20	6.	2.43	100
12.	—	200					66			88	
13.	—	200				7.	1.75	100	7.	2.0	100
14.	—	50					58			80	
15.	—	0				8.	1.81	150	8.	2.03	> 20
16.	—	500					59			75	< 50
17.	—	200				9.	1.68	100	9.	1.77	0
							66			73	
						10.	1.55	50	10.	3.04	20
							60			98	
						11.	1.44	> 20	11.	3.2	200
							50	< 50		102	
						12.	1.0	100	12.	2.49	50
							42			100	
						13.	1.8	50	13.	1.8	50
							65			77	
						14.	1.4	50	14.	1.8	100
							50			71	
										2.5	200
										85	

Az egész táblázatban feltűnő bizonyos következetlenség. Még aránylag legtöbb rendszer subaciditás és normalis aciditás esetén van, a hol összesen 16 esetből 13-szor a rendes középértéknek megfelelő számokat kaptuk s csak 3 ízben ezeknél alacsonyabbakat. Viszont an- és superaciditas esetén olyan széles határok között mozognak az eredmények, hogy csak igen nagy óvatossággal szabad ezek alapján bizonyos föltételes következtetéseket vonni.

Az anacid gyomrokban egyszer igen magas, hatszor a normalis felső határán levő, hatszor közepes, kétszer igen alacsony trypsinértéket találunk, két ízben pedig egyáltalában semmit. Minthogy semmi tünet sem szólt amellett, hogy ez utóbbiakban a hasnyálmirigyek önálló megbetegedése forgott volna fenn, a túlalacsony és negatív értékekre csak kétféle magyarázatot találok. Az egyik az, hogy a belekben hiányzott a gyomor sósavának fertőtlenítő hatása s így a bacteriumok aránylag hamar és könnyen tették tönkre az amúgy is gyorsan bomló trypsinet. A másik magyarázat szintén a sósavhiánnyal függ össze: nem volt, a mi a vékonybél prosecretinjét secretinné aktiválta volna s így nem volt meg a pancreas elválasztásának élettani ingere sem. Bárhogy is áll a dolog, a tények maguk ellenmondásba keverednek egymással, ha meggondoljuk, hogy teljesen hasonló viszonyok között jó közepes, vagy éppen magas trypsinértékek fordulnak elő. Igaz, hogy a sósav nem specifikus aktiválója a secretinnek, hanem szerepét átvehetik az erjedési savak is, amelyeknek képződésére az anacid gyomrokban elég lehetőség van. Azonban a táblázatban felsorolt esetekben a gyomortartalom csaknem kivétel nélkül közömbös, vagy éppen lúgos vegy-

hatású volt, tehát erjedési savak sem voltak jelen. Lehetséges, hogy az epesavaknak csakugyan van aktiváló tulajdonsága, mint azt némelyek állítják. A magas trypsinértékek mellett szólna *Langley* fent idézett tétele: az anacid gyomornedv rendesen pepsinben is szegény, s így a pancreasnedv azonnal kifejthette fermenthatását, nem kellett előbb a sósavval és pepsinnel úgyszólván megküzdenie. Arra, hogy anaciditás esetén a magas értékek gyakoriak, már *Ehrmann* és *Lederer* figyelmeztetett, igaz, hogy ők a *Volhard-Boldyreff*-módszerrel dolgoztak. Talán az is elképzelhető, hogy achylia eseteiben a hasnyálmirigy igyekszik vikariálónan működni. Ha ezen feladatának meg tud felelni, a beteg emésztési viszonyai aránylag kedvezőek; ha pedig nem — és e mellett szólnának az igen alacsony vagy negatív trypsinértékek —, akkor az anyagcsere zavarai mélyebbrehatók.

Legrendszerlenebb a kép superaciditas esetén, mikor a gyomor aciditاسos viszonyai és a trypsin mennyisége között látszólag egyáltalában semmi összefüggés sincsen. Tizenöt esetből háromszor láttunk 200 egységet, hatszor közepes, ötször a rendesen alacsonyabb értéket, s egyszer teljes trypsinhiányt. Általánosságban azt a benyomást nyerjük, hogy hyperchlorhydria esetén a trypsin mennyisége aránylag kevés. Talán megmagyarázható ez abból a körülményből, melyre párszor volt alkalmam utalni, hogy a sósav és pepsin mintegy antagonistája a trypsinnek. Ha tehát a gyomorból a rendesen több sósav s valószínűleg több pepsin is kerül a duodenumba, ennek folytán a trypsinemésztés szenved. Azonban arra, hogy egy esetben miért hiányzott a trypsin teljesen, a véletlenül kívül más magyarázatot adni nem tudok.

Föltűnő volt az is, hogy a betegek általános állapota, az alabántalom gyógyulási vagy javulási hajlama mennyire nem állott összefüggésben a nyert trypsinértékekkel. Egyesek leromlottak és szenvedtek kitűnő trypsinemésztés mellett, mások pedig igen alacsony, vagy éppen 0 érték mellett jól és gyorsan erősödtek, sőt a többszörös *Schmidt-Strassburger*-féle próbakosztolás utáni ürülékvizsgálat is, mit rajtuk végeztünk, a legrendesebb kihasználtság képét mutatta. Egyik anacid-gyomrú betegünket (15. számú a táblázatban) alkalmunk volt kb. 4 hónap után újból észlelni. A beteg tíz kilót hízott, kitűnően érezte magát, a trypsinegységek száma 0-ról 100-ra emelkedett és gyomortartalma továbbra is teljesen anacid maradt. Lehet, hogy az erepsineknek mégis van jelentékeny vikariáló hatásuk, vagy talán valamilyen ok folytán a hasnyálmirigy fejtett ki fokozottabb pótló működést. Arra már 1909-ben figyelmeztetett *Brugsch*, hogy a betegek a trypsin, sőt akár az egész pancreasnedv teljes hiányát sokszor minden tünet nélkül, vagy legfeljebb csekélyfokú fölszívódási zavarok mellett, nagyon könnyen tűrik el. (Természetesen nem áll ez a pancreasnak mint szervnek hiányára.)

\* \* \*

Vizsgálataim során még néhány betegségben volt alkalmam trypsinmeghatározást végezni. Mindenekelőtt öt cukorbeteg egyénről számolok be: egyen 50, egyen 100, kettőn 200 és az utolsó: 500 trypsinegység volt az eredmény. Az értékek tehát átlag meglehetősen magasak s ellene szólnak néhány szerző (*Volhard*, *Koziczowski*, *Abderhalden* és *Schittenhelm* és mások) leleteinek, kik diabetes eseteiben teljes trypsinhiányt mutattak ki. Saját eseteim a mellett látszanak szólni, hogy ha van is a hasnyálmirigynek a cukorbetegségben közvetlen okozati szerepe, csak a belső elválasztásról lehet szó s nem — mint azt *de Dominicis* vitatta — a külső secretióról. Mennyiben erősíti meg ez a tény ama föltevést, hogy diabetes eseteiben csak a *Langerhans*-féle szigetecskék működésében van zavar (*Rubinato*, *Saltykow*), arra, úgy hiszem, elhamarkodott dolog volna kitérni. *De Walko* azon állítása (melyet különben *de Dominicis* nézetével együtt a legtöbb szerző már elvetett), hogy diabetes eseteiben a hasnyálmirigy in toto beteg, nem látszik valószínűnek. Úgy gondolom, a fenti öt pozitív lelet alapján annyit mégis szabad következtetni, hogy a diabetes mellitus kóroktanában a pancreas külső elválasztásának lényeges szerepe nincs.

Gyomorrák három esetében végeztem trypsinmeghatározást (pylorusszűkület egyikén sem volt): 20, 50 és 100 egységet nyertem eredményül. Kezdődő tüdőtuberculosis egy esetében az eredmény alig 50 egység volt. Egy cirrhosis hepatitisban szenvedő betegen bőven 200 egységet találtam; ez ellene szól *Poggenpohl* azon, kissé talán merész, állításának, hogy a májcirrhosis mindenkor a hasnyálmirigy cirrhosisával jár együtt.

Főlemlitem azután egy 57 éves nőbetegünket, ki pancreasnecrosisra valló súlyos tünetekkel került kórházunkba. Sajnos, a hozzátartozók sem a műtétbe, sem az exitus után a boncolásba nem egyeztek bele s így a diagnosist biztosítottak nem tekinthetjük. A betegnek, kin glykosuria nem volt kimutatható, önkéntes, diarrhoeás székét használtam föl a vizsgálatra, melynek eredménye 150 egység volt.

Egy másik betegünket (32 éves férfi) szintén igen magas lázakkal, heves baloldali hasfájdalmakkal szállították be a kórházba. Bal hypochondriumában mélyen fekvő, diffus, rendkívül fájdalmas resistentia volt tapintható, a vizeletben cukor 0, az ürülékben trypsin 0. Műteti lelet: baloldali pararenalis tályog, melynek kiindulási pontja ismeretlen. A beteg meggyógyult, de sajnos, elvesztettem öt szemeim elől s a trypsinvizsgálatot nem ismételttem meg. Tekintettel arra, hogy a láz a bélsár tryptikus hatását nem befolyásolja (*Hirayama*), magyarázatképpen — a mennyiben az egyszeri meghatározás eredményét szabad elfogadni — két dologra gondolhatunk. Az egyik a hasnyálmirigynek, mint a tályog közvetlen környezetében levő szervnek, reaktiv gyuladása, a másik pedig (s ez a valószínűbb) az a nyomás, melyet az abscessus a pancreasra és vezetékére gyakorolt.

Végül még két súlyos Addison-kóros beteget említek meg. Az egyikén nem egészen 100, a masikon 200 egységet mutatott a vizsgálat.

\* \* \*

Nagyon nehéz volna végkövetkeztetést vonni az itt közölt 62 esetből. Az eredmények részben annyira ellentmondók, hogy lehetséges az a föltevés is, hogy a trypsinmeghatározásnak az a módja, melyben a bélsarat használjuk föl, megbízhatatlan. A trypsin rendkívül gyorsan bomlik s a bélbacteriumok bomlasztó hatását talán az erélyes meghajtással sem tudjuk kikerülni, mindenestre pedig nem tudjuk ellenőrizni azt, hogy történt-e bomlás és milyen mértékben? Még ha el is fogadjuk azt, hogy az erepsinek nem befolyásolják a vizsgálatot, nem egy zavaró körülménnyel kell számot vetnünk. Így p. o. csak a közelmúltban mutatta ki *Gerganoff*, hogy a gyomor-bélsatorna vérzései alkalmával a rendszerenél jóval magasabb trypsinértékeket nyerünk. Mindenestre, ha figyelembe vesszük azt sok tényezőt, mely miatt a trypsin a bélsatornában tönkremehet, azt kell mondanunk, hogy a pozitív eredményeket elfogadhatjuk, de a negatívokat csak a legnagyobb óvatossággal szabad értékesítenünk.

*Werzberg* a múlt év folyamán fölvetette a kérdést, hogy egyáltalában érdemes-e a trypsin mennyiségesen meghatározni? Ha volna megbízható módszerünk, melylyel ezt végezhetnők — bár legalább akkora pontossággal, mint a milyennel a gyomortartalom quantitativ vizsgálata keresztülvihető —, akkor feltétlenül igennel kellene felelnünk. Ettől a lehetőségtől azonban ma még igen messze állunk; bármelyik eljárást nézzük is, képtelenek vagyunk arra, hogy elvi jeletőségű hibákat ki tudjunk zárni. Ebből a szempontból a *Goldschmidt*-féle módszernek nincsenek a többinél nagyobb fogyatékságai, s viszont lényeges előnye az, hogy könnyen, a beteg szempontjából kényelmesen alkalmazható. Talán később, ha majd az eseteknek százait fogjuk összehasonlíthatni, biztos és pontos következtetéseket fogunk belőlük levonhatni. Egyelőre azonban az eredményeket nagyon vigyázva, a ceteris paribus elv szoros betartásával szabad csak fölhasználnunk.

**Irodalom.** *Goldschmidt*: Deutsche med. Woch., 1909, 12. sz. — *O. Gross*: D. med. Woch., 1909, 16. sz. — *Ehrmann* és *Lederer*: D. med. Woch., 1909, 20. sz. — *Eulenburg*: Enzykl. Jahrb. 1908, 382. l. —

*Biedl*: Innere Sekretion, 1910, 378—399. l. — *Brugsch* és *Masuda*: Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 1911, 3. sz. — *Hirayama*: ugyanott. — *Poggenpohl*: Virch. Arch., 196. kötet, 3. sz. — *O. I. Wynhausen*: Berl. klin. Woch., 1909, 30. sz. — *Werzberg*: Arch. f. Verdauungskr., 1911, 5. sz. — *Rubinato*: Riform. med., 1909, 32. sz. — *Glässner* és *Pick*: Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther., 6. kötet, 2. sz. — *Molnár*: Orvosi Hetilap, 1909, 26. és 27. sz. — *Pemberton* és *Sweet*: Arch. of intern. med., 1. 6. sz. — *Walko*: Prager med. Woch., 1909, 11—13. sz. — *Goiffon* és *Tallarico*: Arch. des malad. de l'app. digest., 1912, 1. sz. — *Boas*: Magenkrankh., 6. kiadás. — *Brugsch*: Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 1909, 2. sz. — *Albu*: Beitr. zur Diagn. d. inn. u. chir. Pankreas-erkr., 1911. — *Sahli*: Klin. Untersuchungsmethoden. — *Gerganoff*: Deutsche med. Woch., 1912, 24. sz. — *F. Frank*: Arch. f. Verdauungskr., 1912, 2. és 3. sz. — *Michailow*: Arch. f. Verdauungskr., 1912, 3. sz. — *Wynhausen*: Berl. klin. Woch., 1909, 30. sz.

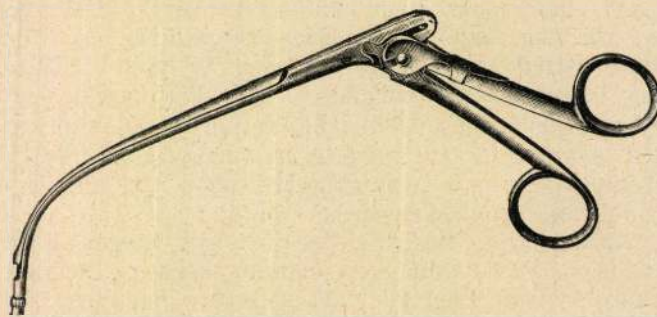
**Közlemény a königsbergi kir. egyetemi orr- és gégepoliklinikáról. (Igazgató: Gerber P. dr., egyetemi tanár.)**

**A gégepolypusok eltávolításának technikájához.**

Irta: *Réthy Aurél* dr., königsbergi egyetemi tanársegéd, műtőorvos.

Két esetben történt meg velem, hogy az erősen kifejtett polypust a *Fränkel*-féle gégefogóval el akarván távolítani, az átvágott medialis polypusrészlet a tracheába esett. Az egyik esetben a beteg rövid idő alatt kiköhögte a polypusrészletet, a másik esetben erős bronchitis állott be, intenzív expectoratióval, s a szétesett szövetrészt a kiköhögött váladék segítségével távozott el.

Kétségtelen, hogy a tracheába jutott polypus nem okoz mindig complicatiókat, de könnyen megeshetik; így második esetemben félttem, hogy a polypus egy bronchusba jutva, ott szétesik, rothad, s így pneumoniára vezet. Oly megfelelő fogót, mely a daganat leesését meggátolná, nem találtam, bár *Wintrich* és *Tobold* hasonló gondolattal vezetve, ilyen célból igyekezett célszerű eszközt konstruálni. Ezen célt akarja az általam szerkesztett műszer is szolgálni, mely a mellékelt ábrán van demonstrálva. A fogófej azon oldalán, mely a hangszalagoknak megfelel, a fogóélek simán, egyenes vonalban összeillenek. Ez a tulajdonképpeni vágó rész; a másik oldalon azonban a két él nem illeszkedik teljesen össze, a mennyiben a szembenéző élek egérfogszerűen csipkézettek és köztük némi rés látható. A fogó feje approximative kétszer oly hosszú mint a *Fränkel*-féle fogóé.



A fogó használata következőképpen történik: kellő cocainozás után a fogót bevezetjük, oly módon, hogy az egyenes vonalban összeillő vágó oldal a polyposus hangszalag felé fordul; ezután nyitjuk a fogót a nélkül, hogy a glottis alá mélyen levezetnők.

Konstatáltuk, hogy hála a fogófej karcsúságának és hosszúságának, a legnagyobb könnyűséggel és kényelmesen figyelhető meg a polypus és a műtét minden phasisa a fogófej két szára között.

A fogót zárva, eltávolítjuk a polypust, a mely a fogón csüng, de nem eshet le, mert az egérfogszerűen csipkézett medialis oldal fogva tartja.

A fogó jól használható elül ülő polypuson, különösen olyanon, a mely az epiglottis sajátos alakulata folytán nehezen távolítható el. A hosszú, karcsú alsó szár az epiglottist előre nyomja és így szabadon belátunk a gégebe.

A műszert a *Détert Rudolf* (Berlin) cég készíti.



## Az ipari megbetegedés és üzemi baleset közötti határ megállapításának kérdéséhez.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

Nem kisebb nehézséggel jár a *caisson*-betegség helyes elbírálása, a mely sűrített levegőben, a rendesnél jóval nagyobb légnyomás mellett dolgozó hid- s alagút-munkásokon, bányákon s bányászokon jelentkezik. A szervezetnek szokatlan s káros elváltozásokat előidéző levegőnyomás vagy hirtelen jelentkező, vagy lassan fejlődő megbetegedést válthat ki. A lassú módon, hosszabb idő alatt kifejlődő tünetek: vérszegénység, izom- s ízület-fájdalmak az alsó és felső végtagokban, szédülés, fülzúgás, a hallóképesség csökkenése, fejfájás, az orr-nyálkahártya és a hörgők nyálkahártyájának időszűrt hurutja, étvágytalanság, lesóványodás, szívtágulás s a szívműködés számbeli csökkenése (bradycardia).

E tünetek keletkezésének oka nemcsak a nagyobb levegőnyomásban kereshető, hanem létrejöttük a terhes, kimerítő fizikai munkának, a *caisson*-ban felgyülemelő veszélyes gázoknak s a magas hőmérsékletnek, a melynél a munka folyik, is tulajdonítható. A felsorolt tünetek tehát egy hosszabb ideig tartó, lassú behatás következményei lehetnek; az így keletkezett elváltozás ipari betegségnek minősítendő, annak kizárhatása nélkül, hogy más alkalmi okok más foglalkozásúakon is hasonló tüneteket s tünetcsoportokat eredményezhetnek.

Más elbírálás alá esik a *caisson*-betegségnek az a neme a melynek rendszerint súlyos tünetei a beszületés, de még gyakrabban a kizsilipelés alkalmával jelentkeznek, ha az ismert és szükséges óvintézkedéseket nem tartották be. Az ilyenkor jelentkező tünetek: orrvérzés, a dobhártya, a tüdő vérzése, dobhártyarepedés, hallás-, látás-zavar, a környéki idegek hűdése, *Menière*-féle tünetcsoport, traumás neurosis-hoz hasonló jelenségek s gerincvelő-hűdés. Ezek a tünetek, valamint a kizsilipelés alkalmával vagy ezt közvetlenül, vagy rövid időn belül követő halál feltétlenül üzemi balesetből eredőnek tartandók, mivel a vér decompositiójából eredő úgynevezett légembolia, a tüdőben, a szívben, az agyban, a gerincvelőben, a mellhártyán, a hashártyán vagy a dobhártyán beálló vérzés hirtelen keletkezett elváltozásnak tartandó akkor is, ha az elváltozás nem azonnal a *caisson* elhagyása után, hanem csak 2—4 óra múlva jelentkezett. Természetes, hogy ha az imént felsorolt tünetek munkaképességcsökkenést hagynak vissza, az is megfelelően kártalanítandó, épp úgy, mint a hirtelen beállott haláleset.

E példák felsorolására szükség volt annak beigazolására végett, hogy számos megbetegedésről csak akkor állíthatjuk, hogy ipari megbetegedés, ha tüzetesen ismerjük a foglalkozás nemét, annak módját és mikéntjét, továbbá az üzemben, illetve a foglalkozásnál eltöltött idő hosszát. Számos esetben csakis utólag, akkor mondhatunk biztos ítéletet, ha a foglalkozás beszüntetésével eltűnnek a kóros tünetek, míg a régi foglalkozáshoz való újbóli visszatérés alkalmával ismét kiújulnak.

Az eddigiek alapján is kiviláglik, hogy ha már az ipari megbetegedések tudományos alapon való felismerése ily körülményes, mily nehéz lehet annak biztos eldöntése, vajjon a kártalanítást igénylő, üzemi eredetűnek tartott megbetegedés besorozható-e a baleset fogalmának körébe. A felsorolt példák és az eddig elmondottak kellőképp meggyőznek arról, hogy az ipari megbetegedés és foglalkozási betegség biztos felismerése még az e tudományággal alaposan foglalkozó szakembernek is nehézséget okoz, még inkább annak, a kinek sajátos helyzeténél vagy viszonyainál fogva csak igen ritkán van alkalma ipari betegségben szenvedőt észlelni.

Ez oknál fogva, ha az ipari megbetegedésekből eredő munkaképességcsökkenés kártalanítást nyerne, igen sok esetben oly feladat elé kerülne a véleményező orvos, a melynek eleget tenni a megfelelő ismeretek és a kellő gyakorlat híján nem tudna. Elképzelhető, hogy ez visszás állapotot ered-

ményezze, a melynek úgy a kártalanító intézmény, mint a kártalanítandó munkás is kárát vallaná.

Oly esetben tehát, a mikor annak gyanuja merül fel, hogy a munkaképességcsökkenést vagy rokkantságot a veszélyes foglalkozás űzése, illetve az ennek folytán keletkezett ipari megbetegedés okozza, ennek biztos elbírálását csakis a hozzáértő s gyakorlott szakorvosra lehet bízni, ilyenek azonban földművelő államban a peripheriakon nem igen, hanem csakis ipari góczpontként szereplő nagyobb városokban találhatók. Erről a tényről Anglia a gyakorlat útján szerzett meggyőződést s épp ezért „certifying surgeon“-nak nevezett közegeket alkalmaz, a kiket a vidéken előforduló egyes kártalanítást igénylő esetek elbírálása céljából kiküld a helyszínére, hogy ott ne csak a kártalanítandót, hanem azt a környezetet is vizsgálja, a melyben az illető az üzemi eredetű megbetegedést szerezte.

Hasonló megoldás volna nálunk is szükséges, a mely azzal volna kiegészítendő hogy az esetleg járt tudó és szállítható beteget a biztosítást gyakorló hivatal székhelyére hozzák.

Az ipari megbetegedések pontos, szakszerű megállapítása és felismerhetése érdekében szükséges volna, hogy e tudományággal behatóbban foglalkozzanak, a körébe tartozó kérdéseket komoly laboratoriumi és klinikai tanulmány tárgyává tegyék, az idevonatkozó fontos ismereteket taníttassák, de gondoskodni kellene arról is, hogy az egyes iparágakban tömegesebben jelentkező kóros eseteket megfigyeljék s hogy azok előfordulását egyrészt hygienés, másrészt technikai vívmányok felhasználásával kiküszöböljék.

A szakértő orvosnak, ha arról kell döntenie, vajjon balesetnek minősíthető-e egyik vagy másik ipari megbetegedés, különösen nehéz a helyzete azon országokban, a hol a balesetbiztosítási törvény megvan, mivel e törvényből hiányzik a balesetnek érvényes s általánosan elfogadott meghatározása.

Az ipari megbetegedésnek definitióját 10 évvel ezelőtt állapítottam meg, ezt ma is fentartom, annál is inkább, mivel azt *Kaufmann*, a baleseti ügyek véleményezésének egyik kiváló tekintélye, legutóbb megjelent könyvében szintén elfogadta; meghatározásom szerint az ipari betegség „egy bizonyos foglalkozás állandó, hosszú időn át való egynemű vagy hasonló kifejtése mellett ezen foglalkozás sajátossága vagy veszélyessége által feltételezett kóralak.“ A baleset — csaknem minden értelmezés szerint — a szervezetet károsító oly behatás, a mely vagy hirtelen támadt, vagy rövid, de minden körülmény között időbelileg jól körülhatárolható s megállapítható időn belül következett be.

Az ipari, helyesebben üzemi baleset fogalmának meghatározását csaknem minden szakíró megkísérelte több-kevesebb sikerrel; még leginkább találó *Francke* tanárnak (*Gewerbekrankheit und Betriebsunfall; Reformblatt für Arbeiterversicherung, 1908, 18.*) következő meghatározása: „Az ipari baleset az egészség, a munkaképesség és az élet zavara, mely nem kikerülhetetlenül jár a foglalkozással mint ilyen, hanem különös körülmények, előre nem látható természetű, különböző tényezők összetalálkozása, hirtelen támadó esemény idézi elő. A balesetben tehát időbelileg határolt esemény szükséges, de a behatásnak a „hirtelenség“ megkövetelése mellett sem kell nagyon rövidtartamúnak lenni.“

A balesetnek ez a fogalma a sok év alatt szerzett gyakorlati tapasztalatok nyomán a különböző országok szakértőinek véleményei, az illetékes bírósági döntvények figyelembe vétele alapján szűródött le, természetesen tekintetbe véve a törvény betűjét s nem hagyva figyelmen kívül a törvény intencióit sem.

A szakértő orvosnak kötelessége, hogy a baleset eme általánosságban elfogadott, de a törvényhozás által érthető okokból meg nem határozott definitiójához alkalmazkodjék s éppen ezért lehetetlen, hogy minden ipari betegséget, vagy az egyes foglalkozást űzőkön gyakrabban és típusosan jelentkező megbetegedést, a melynek azonban a foglalkozással való oki kapcsolata nem kétségtelen, balesetnek minősítsen.

Nem lehetséges ez még akkor sem, ha teljes egészében elfogadnók *Lewin*-nek — ugyan nem minden egyes ipari megbetegedésre, hanem méreg okozta sajátlagos ipari megbetegedésekre vonatkoztatott — azt a véleményét, mely szerint az ipari megbetegedés számos apró baleset összetevődésének közvetett következménye.

Részben híve vagyok *Lewin* ezen feltevésének, hiszen évekkal *Lewin* munkájának megjelenése előtt a phosphor okozta megbetegedésekről szóló könyvemben a phosphor-nekrosisról mint oly ipari betegségről szóltam, mely számos apró balesetnek végső következménye. Bármennyire is szeretném e téren távolabbra is követni *Lewin*-t, nem hallgathatom el ama tudományos meggyőződésen alapuló aggodalmamat, hogy *Lewin* e nézetét túlságosan általánosította; még messzebb vezetne, ha e nézetet nem kizárólag a vegyi mérgek okozta üzemi eredetű elváltozásokra, hanem az úgynevezett ipari mérgezésekre s megbetegedésekre vonatkoztatnók.

Az ipari megbetegedések kártalanítása eddigelé minden országban mostoha elbánásban részesül. Anglia csak bizonyos megbetegedésekre, még pedig igen szűk körre szorítkozva, mondta ki a kártalanítást; Schweizban is — a mint erre *Teleki* nyomán *Thiem* könyvében találunk adatokat — elég ritkán kártalanítottak az utóbbi években ipari megbetegedést. Schweizban 1887 óta kártalanítják azokat az ipari megbetegedéseket, a melyeket a szövetségi tanács egy különleges jegyzékben állított össze. *Kaufmann* (Zürich) a schweizi viszonyokra vonatkozóan a szeptember havában lefolyt düsseldorfi baleset-orvosi congressuson a következő adatokat ismertette: az 1897. évtől 1908-ig — tehát 10 év alatt — mindössze 513 ipari mérgezést jelentettek be és kártalanítottak; ezek közül 332 (64.7%) ólommérgezés volt. Az előfordulás gyakoriságát a munka- és bérviszonyok észrevehetően befolyásolják. Zürichben az utolsó két év alatt több mint ötszörösével növekedett az esetek száma s főleg akkor halmozódtak, a mikor a munkanélküliség leggyakoribb volt. A rosszul díjazott munkában szerzett ólommérgezést gyakran csak akkor jelentették be, a mikor jobban díjazott munkát találtak. Idézte *Kupermann* 1912-ben megjelent munkájából, hogy 100 pontosan megvizsgált és hosszabban megfigyelt eset közül 7 súlyos, 13 közepes és 80 könnyű vagy kétes mérgezést találtak; 16 eset nem bizonyult mérgezésnek, legtöbbje simulatio vagy aggratio volt. Ezek a példák is igazolják, hogy a kártalanítás sokkal ritkább, mint az ipari megbetegedések előfordulása.

A többi államban, a hol a munkásbiztosítás kötelező, az ipari megbetegedést sem baleset, sem önálló megbetegedés gyanánt nem kártalanítják, a minek kárhóztatandó következménye főleg azokban az országokban nyilatkozik meg (Ausztria, Svédország, Norvégia, Franciaország, Magyarország, Hollandia, Dánia), a melyekben a rokkantság biztosítása nem kötelező. A hol a kötelező rokkantbiztosítás megvan, ott az ipari betegség folytán meggyomorodott és rokkantá vált munkás kártérítésben részesül. Ez a kártérítés, a melyet a rokkantsági biztosítás nyújt, sokkal kevesebb, mint az a kártalanítás, a mely az üzemi baleset folytán munkaképtelenné vált munkásnak kijár. A betegség folytán munkaképtelen keresetének 50%-át kapja; az üzemi baleset folytán teljesen munkaképtelenné (100%-os munkaképességcsökkenés) vált egyén keresetének 60%-át kapja járadék gyanánt s ha a teljes munkaképtelenség tehetetlenséget is eredményezett, akkor keresetének teljes összegét kapja a kártalanítást; a rokkantsági biztosítás a rokkant munkásnak legtöbbször az 50%-nyi járadéknál kevesebbet szolgáltat ki.\* A hol azonban az ipari megbetegedés folytán időlegesen rokkant munkás — a kötelező rokkantbiztosítás híján — a betegsegélyezés 20 heti időtartamának lejártá után anyagi támogatásban nem részesül, állapotának javulása vagy gyógyulása után kénytelen újból visszatérni ahhoz az üzemhez, a mely egészségét, épségét, munkabírását veszélyezteti, vagy pedig

\* (A rokkantsági járadékhoz Németországban az állam fejenként évente 40 márkával járul hozzá).

más mesterséghez kell fognia, a mi reá nézve nagy anyagi kárral jár; ha azonban munkabírása nem áll helyre újból, elnyomorodottan tengeti életét a maga és a társadalom kárára.

A socialis biztosítással foglalkozók tudják leginkább, mily nehézséggel és lassúsággal jár annak a társadalmi szempontból is jogos törekvésnek a megvalósítása, hogy az ipari vagy foglalkozásbeli megbetegedést is balesetnek nyilvánítsák. Leginkább megvilágítja ezt Németországnak, a munkásbiztosítás szülőhazájának példája, a hol a baleseti biztosításról szóló törvénynek — fennállása után negyedszázaddal fogantatott — revidiója alkalmával vették fel az ismert 547. §-t, mely szerint „durch Beschluss des Bundesrates kann die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden. Der Bundesrat ist berechtigt für die Durchführung besondere Vorschriften zu erlassen.“ E törvényszakaszról kivüláglik, hogy a revizionált törvény is csak egyes ipari foglalkozások okozta megbetegedésekkel szemben hajlandó a kártalanítás terére lépni, a mi annyit jelent, hogy az esetek legnagyobb számában az ipari megbetegedésekből eredő munkaképességcsökkenést a jövőben is a rokkantsági törvény elbírálására bocsátják. Az idézett törvényszakasznak értéke az ipari megbetegedések kártalanítását illetőleg még inkább kétséges a R. V. O. kommentárjában foglalt ezen sorok alapján: „Der Bundesrat hat insbesondere die Befugnis die Voraussetzung des Entschädigungsamtes zu regeln, z. B. zu bestimmen, wie lange der Erkrankte in der eine Gewerkrankheit begünstigenden Industrie beschäftigt gewesen sein müsse, um einen Anspruch auf Entschädigung wegen dieser Gewerkrankheit zu haben“. Ez a törvény-magyarázat arra enged következtetni, hogy a balesetbiztosításról szóló törvénynek bizonyos ipari megbetegedésekre való kiterjesztése a gyakorlatban nehézkes és lassú menetű lesz, mivel a törvény eme rendelkezésének végrehajtását nem az üzemi balesetek kártalanítását lebonyolító s az azzal foglalkozó Berufsgenossenschaftokra, hanem a balesetbiztosítási törvénynek jelzett kiterjesztését jogilag a Bundesratra bizza. A Bundesrat, mint minden törvényhozó testület, nemcsak lassan, vontatottan fog működni, hanem az egyes kérdések elbírálásakor előrelátással mérlegelni fogja az összes szóba jöhető vonatkozásokat, eshetőségeket és a balesetbiztosítópénztár anyagi viszonyait; ezenközben pedig nem igen lesz bőkezű azoknak az ipari megbetegedéseknek megállapításakor, a melyekre a baleseti törvény idézett rendelkezéseit ki fogja terjeszteni.

Mennyire messze van még a revizionált német biztosítási törvény is attól, hogy a kártalanítást valamennyi ipari megbetegedésre kiterjessze, az kivüláglik a következőkből:

„In einem Runderlass des Ministers für Handel u. Gewerbe u. des Inneren vom 21. Juni 1912 werden die Gewerbeinspektoren angewiesen, von den Krankenkassen im Umblick auf § 343 R. V. O. Mitteilung über jede Erkrankung eines Mitgliedes, die durch Blei, Quecksilber, Arsen, Phosphor etc. hervorgerufen ist, zu erholen und die erhaltenen Mitteilungen dem Kreisärzte zur ärztlichen Prüfung vorzulegen.“

Erre helyesen jegyzi meg a Deutsche med. Wochenschrift 1912. szept. 12.-i számában: „Man sucht auf diese Weise im Interesse weiteren Ausbaues der Arbeiterschutzgesetzgebung zuverlässige Angaben über die Art und den Umfang der auf Vergiftungen beruhenden gewerblichen Erkrankungen zu erhalten.“

E rendelkezés szerint az iparfelügyelő az esetben, ha ólom, kéneső, arsen és phosphor okozta ipari megbetegedésről vagy ilyenmő gyanus megbetegedésről nyert értesítést, az ügyet köteles a körjelzés megállapítása s az orvosi vizsgálat végett a hatósági orvosnak előterjeszteni; a rendelkezés csakis a felsorolt négy fém okozta ipari megbetegedésre szól, tehát azokra az ipari megbetegedésekre, a melyek fenforgása — a mennyiben a sajátzerű és az előzőkben már részletesen ismertett tünetek (kéneső és ólom esetén a jellegzetes szegély, az idegrendszerbeli elváltozások, phosphor esetén a csontelhalás stb.) megvannak — aránylag elég könnyen állapítható meg. Egyelőre tehát a német munkásbiztosítási törvény is

csak a négy fém okozta megbetegedések statisztikájára terjeszkedik ki s ebből az óvatosságból arra lehet következtetni, hogy a törvény intentiója szerint csakis azoknak az ipari megbetegedéseknek a kártalanítása van tervbe véve, a melyek ipari eredete az összes mellékkörülmények szakszerű mérlegelésével kétségtelenül, vagy a biztossággal határos valószínűséggel kimutatható.

Az ipari, még inkább a foglalkozási megbetegedéseket üzemi balesetnek minősíteni kétségtelenül nehéz probléma és ennek megvalósítása szerfelett nagy anyagi megterheléssel járna, ha a kártalanítást az összes ipari megbetegedésekre kiterjesztenék. Egyes ipari mérgezéseket, sőt kivételesen egyes ipari megbetegedéseket is, melyekben a baleseti jelleg, ha nem is határozottan, de mégis előtérbe jut, az orvoszakértők indokolt véleménye alapján nemcsak Németországban, de mindenütt, a hol kötelező balesetbiztosítás létezik, az üzemi balesetek sorába osztottak be; természetesen az ily betegeket mint baleseti sérülteket kártalanították is.

A foglalkozási megbetegedéseknek általánosságban baleset gyanánti kártalanítása csakis akkor valószínű meg, ha ezt külön erről szóló törvény, mely a socialis biztosítás keretébe illeszkedik, mondaná ki. Ily értelmű törvénynek messze-terjedő hatása volna nemcsak a megbetegedések helyes felismerése és elbírálása szempontjából — a mi egyenértékű volna ily irányú tudományos kutatásokkal —, hanem socialis vonatkozásánál fogva is, mivel számos ipari megbetegedés keletkezésének, illetve kifejlődésének elhárítását vonná maga után azáltal, hogy védőintézkedések rendszeres keresztülvitelére serkentené az érdekelteket.

Ily törvény, ha nem is egy csapásra, de mindenestre fokozatosan kedvezőbbé tenné a műhelyek, gyárak s munkahelyiségek jelenlegi egészségtelen viszonyait; megfelelő egészségügyi gyári s műhelyi felszerelések, valamint egészségügyi berendezések alkalmazását eredményezné, műhelyegészségügyi rendszabályokat teremtene meg, a melyek rendszeres végrehajtása a munkáegészségügyön nagyot lendítene s ez épp úgy érdeke a munkaadónak is, mint a munkásnak.

A kötelező munkásbiztosításnak az üzemi balesetekre, a rokkantságra s az ipari megbetegedésekre való kiterjesztése igen nagy anyagi áldozatokat követel, minélfogva a munkásbiztosítás kiterjesztése az ipari államokban is csak lassan tudott utat törni. Addig is az orvosoknak kell a talajt e socialis reform részére előkészíteni oly módon, hogy az arra hivatott tényezőkkel megértetik, mily nagy pusztításokat okoznak az ipari megbetegedések a lakosság széles rétegeiben, a munkásság körében, hogy megfelelő rendszabályokkal és óvintézkedésekkel e betegségek előfordulása teljesen kiküszöbölhető, vagy legalább is nagy mértékben csökkenthető. Az orvosok feladata, hogy megbízható és részletes oly statisztikai adatokat szolgáltatassanak, a melyek az ipari megbetegedések vagy aa egyes iparnál előforduló, hasonló tünetekkel jelentkező s azonosan lefolyó bántalmak számát tüntetik fel s a melyek az ipari megbetegedések által okozott munkaképességcsökkenést és a munkaveszteség értékét demonstrálják.

E gondolat életrekeltéséig arra kell törekedni, hogy minden állam, mely a kötelező munkásbiztosítást már meghonosította, mielőbb terjeszse ki törvényileg a baleset fogalmát az egyes ipari megbetegedésekre, még pedig ezek közül minél többre. Csakis így érhető el, hogy azok, a kik az árthatmas foglalkozásuk üzése folytán, de hibájukon kívül munkaképességüket elvesztették vagy munkaképességükben csökkenést szenvedtek, csakúgy kártalaníttassanak, mint azok, a kik szintén foglalkozásukkal kapcsolatosan valamely hirtelen behatás folytán szenvedték el testi épségük károsodását.

Az ipari megbetegedés áldozatainak, éppúgy a közegészségügynek s az egész társadalomnak is elsőrendű érdeke, hogy a kötelező munkásbetegségélyezésen és balesetbiztosításon kívül a rokkantság esetére való biztosítást is behozzák s ennek keretében különös gondot fordítsanak s különleges intézkedéseket és rendelkezéseket állapítsanak meg az ipari megbetegedéseknek megfelelő, helyes s különleges elbírálására.

Az orvosi tudomány feladata az is, hogy a folyton fejlődő iparral és új iparágakkal egyidejűleg jelentkező újabb ipari megbetegedéseket kutassa, az ipari megbetegedésekkel és a socialis hygienevel — mint különálló tudományággal — behatóbban foglalkozzék, az ipari megbetegedések tanát — a német egyetemek példáján indulva — vagy a socialis orvostan keretében, vagy attól elkülönítve a hallgatókkal megismertesse, e tudományra vonatkozó észleléseket laboratoriumi klinikai vizsgálatokkal bővítse s az ipari megbetegedéseknek kétségtelen, mással össze nem téveszthető tüneteiket kikutassa és ismertesse azokat a módozatokat s rendszabályokat is, a melyekkel e bántalmak a lehetőség szerint kiküszöbölhetők vagy elkerülhetők.

A munkásbiztosítással foglalkozó orvosnak, ha a haladó korral lépést akar tartani, szakítani kell a régi idők hagyományával s nem szabad, hogy csakis gyógyító közegnek tekintse magát, hanem hygienikus is legyen, kinek kötelessége a socialis orvostant s a vele kapcsolatos tudományágakat, az ipari megbetegedések tanát megismerni s elsajátítani, mert csakis így teljesítheti a munkásbiztosítás szolgálatában vállalt kötelezettségét: a társadalom nagyobb részét alkotó értékes elem, a munkásság millióinak egészségét és épségét az egész társadalom javára megóvni.

#### Közlemény a kolozsvári tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly, dr., ny. r. tanár.)

#### A Karvonen-féle reactio értéke a syphilis és a paralysis progressiva diagnosisában.

Irta: Veress Ferencz dr., a bőrgyógyászat magántanára és Szabó József dr., ideggyógyászati I. tanársegéd.

(Vége.)

*Metasyphilises* bántalmak közül legnagyobb számmal, összesen 65 esetben, *paralysis progressivát* vizsgáltunk, 64 esetet két-két ízben, egyet csak egy ízben, így összes vizsgálataink száma: 129. A két ízben vizsgált betegek mindkét alkalommal ugyanúgy reagáltak. Minthogy ez az egy eset a végeredményen számbavehető nem változtat, a két ízben vizsgáltak közé soroztuk. Paralysiseink között voltak a betegség minden időszakából valók. A különböző stadiumok szerint azonban a reactio eredményei annyira nem különböztek, hogy felesleges volt a kezdeti szakban, az acméban és a kimeneti szakban levőket külön-külön feltüntetnünk. Nem említettük fel külön a *tabo-paralysises* betegeket sem, mert a reactio ezeken is úgy viselkedett, mint a tabessel nem komplikált paralysis eseteiben. *Tabes dorsalis*, sajnos, feltűnően kevés kerülhetett vizsgálat alá, a miért is eredményeinkből csak azt következtethetjük, hogy *fordulhat elő positive reagáló tabeset és van negativ reactiót adó tabeses is*, a mint ezt a *Wassermann-féle reactio* is számos esetben mutatja.

Kevés volt az *idegrendszer valódi syphilises betegségeiben* végzett vizsgálat is, mert csak biztosan megállapított diagnosisú eseteket vettünk fel. (IV. táblázat.)

*Wassermann-féle reactióval* egy klinikailag biztosan paralysises beteg nem volt kétségtelenül positiv. Egy titerrel elég jó complementkötést adott ugyan, de két titerrel teljes haemolysis keletkezett és ezt kérdőjellel a negativ eredmény rovátába jegyeztük. Ugyanennek az esetnek a *Karvonen* szerinti vizsgálata gyöngye conglutinatiót mutatott. *Míg a Wassermann-féle reactio paralysis progressiva majdnem minden esetében (99 2%-ban) positiv, a mi teljesen megegyezik az eddigi tapasztalatokkal, a Karvonen-féle eljárás eredményei ennek jóval alatta maradnak.* A körülbelül 80%-nyi kifejezett biztos positiv ugyan kissé több még a valótságban, mint a mit a táblázat mutat, mert negativ eredményeket inkább eleinte kapunk, mikor a reactio végzésében és leolvasásában kellő gyakorlatunk még nem volt, de később is akadtak teljes conglutinatiót mutató paralysises savók a nélkül, hogy ennek az

IV. táblázat.

Diagnosis	Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Összesen
	positiv	%	+	-	negativ	%	+	-	gyenge	%	+	-	auto-trop	%	+	-	
Lues cerebrospinalis ...	5	74.8	4	1	2	28.5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Tabes dorsalis ...	2	66.6	1	1	1	33.3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Paralysis progressiva ...	103	79.8	103	—	9	7	9	—	14	10.8	13	1 (?)	3	2.3	3	—	129
Összesen ...	110	—	—	—	12	—	—	—	14	—	—	—	3	—	—	—	139

V. táblázat.

Megnevezés	Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Karvonen-reactio		Wassermann-reactio		Összesen
	positiv	%	+	-	negativ	%	+	-	gyenge	%	+	-	auto-trop	%	+	-	
Paralysises házastársa—	2	20	—	2	4	40	—	4	3	30	1	2	1	10	—	1	10
Paralysises gyermeke ...	1	16.6	—	1	3	49.8	—	3	2	32.2	—	2	—	—	—	—	6

eltérő viselkedésnek magyarázatát tudnók adni. Ez annál szembetűnőbb, mert a latens lues esetekben és kivált a régi, gyógykezelt luesben szenvedők vérével éppen a *Karvonen-féle reactio* bizonyult finomabb eljárásnak. A 7% teljes conglutinatio és a 10.8%-ban talált fél conglutinatio mellett ott vannak még az autotrop esetek is 2.3%-kal.

A *Karvonen-féle reactio* paralysis-eseteinknek több mint egy ötödében megbízhatatlan eljárásnak mutatkozott. Pedig olyan fontos és súlyos következményekkel járó diagnosis felállításakor, mint a milyen a paralysis progressiva, feltétlenül megbízható adatokra van szükségünk. Míg a negatív *Wassermann-féle reactio* a paralysis körjelzést legalább is nagyon valószínűtlenné teszi, addig a *Karvonen* reakciójáról nem lehet ugyanezt elmondani. Egyébként az esetek túlnyomó nagy számában a két reactio teljesen megegyező eredményt ad.

Itt említjük még fel azt a néhány vizsgálatot, a melyet *paralysises házastársán, illetve gyermekein* végeztünk.

Ilyen irányú kísérleteket, mióta a *Wassermann-féle reactio* az ideg- és elme-kórtani klinikán használatos, egyikünk sokkal nagyobb számmal végzett, mint a mit itt felsorolunk. Ezeknek a vizsgálatoknak az eredménye nagyjában megegyezik másoknak, így pl. *Plaut*-nak jóval számosabb eset kapcsán közzétett tapasztalataival, úgy, hogy e kérdés tárgyalására itt nem is terjeszkedünk ki. Csupán azokat az eredményeket foglaljuk össze, melyeket *Karvonen-féle reactióval* nyertünk. Egyik esetben sem volt nyilvánvaló syphillises tünet, a mennyire ezt klinikailag és kikérdezés útján megállapíthattuk, sem pedig a vérvétel idején nem voltak syphillises vagy metasyphillises tünetek. Így mindezekben az esetekben legfeljebb latens lues foroghat szóban. (V. táblázat.)

*Paralysisesek házastársai között csak egy esetben volt positiv a Wassermann-féle reactio*, a mi 10%-nak felel meg. Ez a csekély százalékszám csupán az esetek kis számából és a véletlennek e miatt való nagy szerepéből eredhet. Ebben az esetben a *Karvonen-féle reactio* majdnem negativ volt. 20%-ban kaptunk positiv *Karvonen-féle reactiót*, a mi már inkább megfelel a tényleges százaléknak, de itt viszont a *Wassermann-féle eljárás* adott negativ eredményt. Ugy látszik itt is, hogy *latens lues-esetekben a conglutinációs vizsgálat finomabb*, legalább paralysises házastársára nézve a lueses fertőzés lehetőségére eléggé megvan arra, hogy 20% elfogadható legyen. Másoknak *Wassermann* szerint végzett számos vizsgálatához képest és egyikünknek többi vizsgálata eredményéhez képest is ez a százalék igen alacsony.

Hogy mi okozza a két reactio között azt a különbséget, hogy a *Wassermann-féle módszer* paralysis eseteiben, a *Karvonen-féle reactio* pedig lues eseteiben gyakrabban positiv, erre nem tudunk felelni. Nem tartjuk valószínűnek, hogy a különbség kísérleti hibából, vagy a *Karvonen-féle reactiónak* nehezebb megítélhetőségéből eredne. Mindössze *hat gyermeket* vizsgáltunk, kik két családból valók. Két gyermeknek

anyja halt el paralysisben, ezek közül a *Karvonen-féle reactio* az egyikben biztosan positiv volt, míg a másikban a conglutinatio csak félig volt gátolva, de nem sokkal nagyobb fokban, mint a controlcsőben, a miért is inkább negativnak vettük. Másik négy gyermek atyja paralysises, ezek közül három teljesen negativ viselkedett, egy nem nagyon gátolta a conglutinációt. *Itt tehát Karvonen szerint 16.6% positiv eset van, míg Wassermann szerint mind negativ eredményt adott.* Ez csupán az esetek kis száma folytán véletlenül van így. A valódi állapot egészen más. A *Karvonen-féle reactio* tehát, a mennyire ilyen kevés esetből itélni szabad, e tekintetben is *finomabb eljárásnak látszik.*

Vajjon azok, a kiken a *Karvonen-féle reactio* positiv volt, bár állítólag soha nyilvánvaló tünetük nem volt, valóban latens syphilliseseknek tekinthetők-e? Ezt egyelőre sem állítani, sem tagadni nem lehet. Hiszen, a mint a *Wassermann-féle reactióról* bebizonyult, hogy nem „fajlagos”, úgy igen valószínű, hogy a *Karvonen-féle eljárás* is úgy áll a dolog. Csak arról lenne szó az esetek egy részében, hogy paralysisesek gyermekeinek, illetve házastársainak, kiknek gyermekei voltak, lehetnek a vérben olyan anyagok, a melyek ebben a reactióban működésbe lépnek. Azonban lues latenst természetesen nem zárhatunk ki.

A vérsavón kívül néhány esetben a *cerebrospinalis folyadékot* is vizsgáltuk.

Egy esetben *epilepsias*, négy esetben *dementia praecoxos* beteg liquorját vettük vizsgálat alá. Ezek mindnyájan teljes conglutinációt adtak.

*11 paralysis-esetben* vizsgáltunk liquorot. *Karvonen szerint 6 volt positiv (54.5%), teljesen negativ 3 (27.2%) és kettő gyenge conglutinációt eredményezett (18.2%).* A *Wassermann-féle reactio* minden esetben positiv volt. Ez az esetek kis számánál fogva természetes is. Itt is feltűnő azonban, hogy a conglutinációs reactio csak 54.5%-ban positiv. Ugyanazzal a jelenséggel találkozunk tehát megint, mint a paralysisesek vérsavójának a vizsgálata alkalmával! Tehát a *Wassermann-féle reactio paralysis esetében a liquorot illetően is megbízhatóbb eljárás.*

A két reactio elvben megegyezik ugyan, de lues eseteiben a conglutinációs systema, paralysis eseteiben a haemolysis érzékenyebb indicator. Ez azt a különben sem valószínűtlen gondolatot kelti, hogy a paralysisesek és a syphillises betegek vérében a serologiai reakciókban szereplő anyagok *vegyileg különböző testek* lehetnek, ha ezekben a reakciókban hasonló is a hatásuk; vagy pedig talán más anyagok lehetnek még a vérben, a melyek azt a némely esetben szembeötlő eltérő viselkedést okozzák.

Autotropiát liquor cerebrospinalissal nem tapasztaltunk. Ez megegyezik a *Wassermann-féle reactióval* szerzett tapasztalatokkal.

Cerebrospinalis folyadékból úgy a *Karvonen*-, mint a

Wassermann-féle reakcióhoz kétszer annyit vettünk, mint a vérsavóból.

\* \* \*

A Karvonen-féle reakcióra vonatkozó vizsgálatainkból a következő tanulságokat vonhatjuk le:

1. A *conglutinációs reactio általában a Wassermann-féle reakcióval megegyező eredményeket ad.*

2. *Elsődleges syphilis eseteiben conglutinációs reakcióval korábban kapunk pozitív eredményt, mint Wassermann-féle reakcióval.*

3. *Másodlagos és harmadlagos stadiumban úgy a Karvonen-, mint a Wassermann-féle reactio egyaránt túlnyomó nagy számban pozitív eredményt ad.*

4. *Lappangó syphilisben szenvedő betegek vérsavójával a conglutinációs reactio gyakrabban pozitív, mint a Wassermann-féle.*

5. *Gyógyuló syphilitikus betegek vérsavójában a Karvonen-féle reactio igen sokszor még akkor is kimutatást, amikor a Wassermann-féle reactio már negatívvá vált.*

6. *Az idegrendszer valódi syphilisében, lues cerebrospinalisban pozitív Karvonen-féle reakciót éppen olyan gyakran találtunk, mint Wassermann-félét.*

7. *Míg a paralysisesek vérsavója Wassermann-féle eljárással jóformán mindig pozitív eredményt ad, addig a Karvonen-féle módszer az eseteknek körülbelül egy ötödében nem ad pozitív eredményt.*

8. *Tabes dorsalis néhány esetében végzett vizsgálataink alapján csak annyit mondhatunk, hogy pozitív esetek mellett negatívak is előfordulhatnak.*

9. *Paralysisek házastársai és gyermekei a conglutinációs reakcióval szemben némileg hasonlóan viselkednek ahhoz, amit a latens lues eseteiben tapasztaltunk, tudniillik: gyakrabban adtak pozitív Karvonen-féle reakciót, mint Wassermann-félét.*

10. *A Karvonen-féle reactio paralysisesek liquor cerebrospinalisával, hasonlóan a Wassermann-féle reakcióhoz, többnyire pozitív eredményt ad, de az esetek kisebb százalékában, mint a Wassermann-féle.*

11. *Teljesen egészséges, vagy syphilisben sohasem szenvedett emberek Karvonen-féle reakciója kivétel nélkül mindig negatív.*

12. *A conglutinációs reactio végzése könnyebb, mint a Wassermann-féle vizsgálaté, mert természetes amboceptorral végezhető; olcsóbb, mert thermostat nem szükséges hozzá.*

13. *Ellenben a conglutinációs módszernek hátránya az, hogy friss lósavó kell hozzá, melyet kellő időben nehezen szerezhethetünk meg. Állandó kísérleti ló tartása pedig költséges; további hátránya, hogy tengerimalacz vért kell használnunk és így az állattartás mégis szükséges.*

14. *A reakciónak fentebb felsorolt előnyeivel szemben kiemeljük, hogy az eredmények egyes esetekben kétesek, nehezen megítélhetők, nemkülönben, hogy autotrop esetek sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a Wassermann-féle reakciónál.*

15. *Ez az átlag 50/100-ban előforduló autotropia és az a körülmény, hogy az eredmények megítélése elég gyakran kétes és így önkényüinktől függő: a Karvonen-féle módszert az általános gyakorlat számára alkalmatlanná teszi.*

16. *A conglutinációs reakciót azonban tartjuk annyira értékesnek, hogy a laboratóriumban a Wassermann-féle reakcióval párhuzamosan érdemes legyen végezni.*

17. *Minthogy finomabb reactio, mint a Wassermann-féle és a syphilis gyógyulásakor később válik negatívvá, fontosnak tartjuk az alkalmazást akkor, mikor a syphilis gyógyulását akarjuk megállapítani.*

18. *Tekintettel arra, hogy paralysis progressivában a Wassermann-féle reactio sokkal gyakrabban pozitív, mint a Karvonen-féle. syphilis eseteiben azonban éppen ellenkezően ritkábban: kérdés, vajjon nem lehetne-e arra gondolni, hogy az az anyag, amely a reakciót a kétféle betegségben létesíti, két chemiailag különböző test?*

**Irodalom** <sup>1</sup> *Bordet-Streng*: Les phénomènes d'adsorption et la conglutinine du sérum de boeuf. Zentralblatt für Bakteriologie, 1909, 49. kötet. — <sup>2</sup> *Bordet-Gay*: Sur les relations des sensibilisatrices avec l'alexine. Annal. de l'Inst. Pasteur, 1906, 20. kötet, 467. lap. — <sup>3</sup> *Streng*: Zeitschr. für Immunitätsforschung, 1909. — <sup>4</sup> *Sauli*: Über den Nachweis von verschiedenartigen pflanzlichen Eiweiss durch Konglutination. Zeitschrift für Immunitätsforschung, 1911, 9. eredeti kötet, I. 359. — <sup>5</sup> *Bail*: Über die Agglutinationswirkung des normalen Rinderserums. Zentralblatt für Bakteriologie, 1909, 51. eredeti kötet, I. 170. — <sup>6</sup> *Streng*: Studien über d. Verhalten des Rinderserums gegenüber den Mikroben. Versuch einer neuen serodiagnostischen Methode. Zentralblatt für Bakt., 1909, 50. eredeti kötet, 47. — <sup>7</sup> *Streng*: Agglutinin oder Conglutinin? Zentralblatt für Bakteriologie, 1909, 52. eredeti kötet, 523. — <sup>8</sup> *Spät*: Über Agglutinationsversuche mit normalem Rinderserum. Zentralblatt für Bakteriologie, 1910, 54. eredeti kötet, I. 361. — <sup>9</sup> *Barikine*: Contribution à l'étude sur la conglutination du précipité spécifique. Zentralblatt für Bakteriologie, 1910, 56. eredeti kötet, I. 150. — <sup>10</sup> *Karvonen*: Über Serodiagnose der Syphilis mittels Konglutinationsreaktion. Archiv für Dermatologie, 1911. — <sup>11</sup> *Jakobaeus*: Über die Anwendungsmöglichkeit von Konglutinationsreaktion mit Ochsen Serum etc. Zeitschrift für Immunitätsforschung, 1911, 8. eredeti kötet, 445. — <sup>12</sup> *Hecht*: Konglutination nach Karvonen. Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 2. — <sup>13</sup> *Streng*: Die Konglutination und die Diagnose der Syphilis. Beiträge zur pathol. Anat. u. zur allgem. Pathologie, 1911, 51. kötet, 277. — <sup>14</sup> *Siebert-Mironescu*: Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach Karvonen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911, 45. sz. 2084. — <sup>15</sup> *Bernhard*: Über neuere Modifikationen (Karvonen-Manoiloff) und zur Technik der Wassermannschen Reaction. Dermatol. Wochenschrift, 1912, 55. kötet, 907. — <sup>16</sup> *Siebert*: Weitere Untersuchungen über die Syphilisreaktion nach Karvonen. Archiv für Derm. u. Syph., 1912, CXIII. 1032. — <sup>17</sup> *Luger*: Verwertbarkeit d. Konglutinationsreaktion. Zentralblatt für Bakteriologie, 1912, 65. kötet (eredeti), I. 390.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A gyermekorvoslás tankönyve.** Irta *Bókay János dr., Flesch Ármán dr., Bókay Zoltán dr.* III. rész.

A 692 oldalra terjedő tankönyvnek megjelent a III., befejező része is. E harmadik kötet első fejezetében *Flesch dr.* a légzőszervek megbetegedéseit tárgyalja. Különösen jól sikerült a légzőszervek gümőkórjának a fejezete. Igen helyesnek tartom, hogy a szerző igen pontosan írja le az egyes therapiás eljárások kivitele módját, pl. az izzasztó begöngyöléseket, a bronchitis eseteiben alkalmazható fürdőket és leöntéseket stb., pontosan megtaláljuk a fürdők hőfokát, időtartamát és a szabatos indiciókat is. A vérkeringési szervek betegségeit *Bókay Zoltán* írta meg. Úgyesen állította össze a veleszületett szívhibálmakat, a szerzetek megírása is sikerült, csak nézetem szerint kissé szűkre szabta a szerző a therapiás részt. Például tagadhatatlan, hogy a szénsavas fürdőket legészszerűbben Nauheimban használhatja a beteg, de a legtöbb beteg mégis csak itthon kénytelen használni azokat. Az orvosnak tehát ismernie kell e fürdők házi készítési módját, hőfokát, időtartamát. Még a szénsavas fürdők pontosabb indicióit és contraindicióit sem találjuk meg e fejezetben. Nélkülözzük e fejezetben az incompensatio tünettanát is, amely pedig a gyermekkorban bizonyos tekintetben specialis viszonyokat mutat. A húgyszervek megbetegedéseit *Flesch Ármán dr.* írta meg és ugyan csak ő írta meg a vér és a vérképző szervek megbetegedéseit is. A tankönyv legsikerültebb fejezeteinek egyike ez utóbbi. Látszik minden sorából, hogy a szerző otthonos a haematológiában, de azért elsősorban klinikus, aki nemcsak a mikroszkopos kép által vezeteti magát, hanem tekintettel van az aetiológiára és a klinikai lefolyásra is. Különösen az anaemia infantum pseudoleucaemica fejezetét emelném ki, amely nemcsak egy gyermekgyógyászati tankönyvnek, de bármely haematológiának is becsületére válnék.

Az alkati megbetegedések közül a rachitist *Bókay János* írta meg hozzá méltó módon, a többi *Flesch Ármán*. Az exsudatív diathesis fejezetében főleg a későbbi gyermekkor tartja szem előtt a szerző és nem terjeszkedik ki kellőleg a csecsemőkorra. A munka első részében utal ugyan arra, hogy a constitúciónak milyen döntő szerepe van a csecsemőtáplálásban, de sem ott, sem itt nem fejt ki bőveb-

ben. Itt említtem fel, hogy a neuropathiás constitutio jelentősége sincs sem az első, sem a harmadik részben megfelelő módon tárgyalva.

A pajzsmirigynek, az agyhártyáknak megbetegedéseit és a *Heine-Medin*-betegséget *Bókay János* írta meg. Különösen tanulságos ez utóbbi fejezet. A legutolsó évek epidemiológiai, experimentalis és therapiás vizsgálatainak eredményét mind megtaláljuk itt. Különösen becsessé teszi e fejezeteket, hogy benne a szerző feldolgozta a Stefánia-gyermekkorház óriási beteganyagát és ebből vonja le következtetéseit. Az idegrendszer és a bőr megbetegedéseit *Flesch Ármin* írta meg. E részből a spasmophilia fejezetét emelném ki mint igen sikerültet. A könyv végén *Bókay János* igen használható receptmintákat gyűjtött össze, *Flesch Ármin* pedig a fontosabb tápláló keverékek elkészítése módját magyarázza meg.

*Heim Pál.*

## Lapszemle.

### Sebészet.

**A vállficzamodás helyretevésének új módját** ismerteti *Angeloin*. E módszer előnye, hogy semmiféle segédkezelést sem igényel és hogy a felkartörés veszedelme sem fenyeget. Az orvos a beteg mellé áll, ennek ficzamodott felémelt és abdukált karját a tarkójára viszi és a kéznél fogva húzza, mialatt másik kezével átnyúlva a beteg vállán, a fejecset alkalmas pillanatban az ízületbe visszanyomja. (La semaine médicale, 1912, 12. sz.)

*P.*

**Az intramuscularis aethernarcosist** ajánlja *Descarpentiers*. Az aethert a fartájék mélyébe vagy a fascia lata alá fecskendezi. Rendszerint néhány köbcentiméterrel többet ad, mint a hány kiló súlyú a beteg. Az érzéstelenség mintegy 15—20 perc mulva áll be és  $\frac{1}{2}$  óráig tart; az alvás nyugodt, salivatio, cyanosis, nyálkaelválasztás a hörgőkben nem jelentkezik. Ha a narcosis nem elég mély, vagy a beteg ébredni kezd, még 10 cm<sup>3</sup>-t fecskendez be 1—2-szer, avagy néhány csepp chloroformmal, illetve aethylchloriddal teszi teljessé a bódulatot. Hat hónap alatt 150 különböző műtétet végzett a szerző 5—71 éves egyéneken, minden közvetlen vagy későbbi (pneumonia, májzavar stb.) kellemetlenség nélkül. Néha haemoglobinuria jelentkezett, de ez pár nap alatt nyomtalanul eltűnt. Hibája az eljárásnak, hogy a befecskendezés nagyon fájdalmas, a fájdalom több napig tart. *Faure* egy esetében kipróbálta az eljárást és jónak találta, csak közben pár csepp chloroformot is kellett adnia. *Sebilean*, *Delbet*, *Tuffier* azonban a „Société de chirurgie” ülésén a leghatározottabban ellenezte az eljárást, mint a mely tisztán empiriás és kísérletes vizsgálatokkal nincs megalapozva. Különösen azt hangsúlyozzák, hogy mérgezés esetén a bevitt aethertől nem lehet megszabadítani a szervezetet. Az intramuscularis aetherinjection után két halálesetről is referálnak. A halál *Picot* esetében, a melyet *Delbet* ismertetett, az aetherbefecskendezés után néhány órával kezdődött epileptiform rohamok után következett be; ilyen görcsöket *Doré* és *Braun* is észlelt aetherrel mérgezett kutyákon. *Tuffier* esetében pedig a befecskendezés pillanatában kezdődött cyanosis és fokozódó asphyxia tünetei között állott be a halál néhány órával a műtét befejezése után. Az anaesthesia egy esetben sem volt teljes és *Tuffier* egyik esetében 50 cm<sup>3</sup> aether elfogyasztása dacára chloroformozni kellett a beteget, a kinek még napok múlva is borzasztó fájdalmai voltak a befecskendezés helyén. (La semaine médicale, 1912, 20. és 21. szám.)

*P.*

### Elmekórtan.

**A görcsös rohamok befolyásáról a húgysav kiválasztására** ír *Goudberg* és vizsgálatai eredményeit a következőkben foglalja össze. A húgysavkiválasztás és az epilepsiás rohamok között durva mechanikai összefüggés van. Ugyanis, mint minden izommunka, az epilepsiás roham is fokozott húgysavkiválasztást eredményez, nem bizonyít-

ható azonban be, hogy a húgysavkiválasztás és az epilepsiás roham között okozati összefüggés állana fenn. (Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psych., VIII., 487. l.)

*Goldberger Márk dr.*

**A bromadagolásnak újabb módjáról („Sedo-Roche“-eljárásról) sószegény táplálkozás mellett** ír *H. W. Maier*. A „Sedo-Roche“-tabletták 2 gr. súlyúak és 1:1 gr. bromot, (csak) 0:1 gr. konyhasót, azonfelül sómentes növénykivonatanyagokat és kevés zsírt tartalmaznak. A tabletták jól oldódnak 100 gr. meleg vízben és minden hozzátétel nélkül oly ize van, mint a jó húslevesnek, valóban azonban 1 gr.-os bromnatrium-oldat. A szerző vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze: A „Sedo-Roche“-tabletták adagolása originalis gyógykezelés, a hol a brom adagolása csekély sómegvonással jár. Az adagolása izletes leves alakjában történik, mely nem okoz semmiféle gyomor- vagy bélzavart. Ennek következtében e gyógyszer a betegek psychéjére is kedvező hatást fejt ki, a mi a chronikus epilepsiásokra és neurastheniásokra nagyon fontos. A konyhasó megvonása nagyon egyszerű, mert az étkezési rendszerünk fő konyhasóforrását — a közönséges levest — Sedo-Roche-levesel helyettesíti. A leves előállítása nagyon egyszerű. A tabletták bádogedényben jól eltarthatók. A tabletták bromtartalmuknál fogva hydrokoposak. A tabletták bromhatása enyhe adagolási módnak bizonyult. A bromismus psychés mellékhatását nem észlelte. (Münch. med. Wochenschrift. LIX. 1910. l.)

*Goldberger Márk dr.*

### Szülészet és nőorvostan.

„**Mittelschmerz**“-nek nevezi *A. Theilhaber* az intermenstruum közepe táján, a havi bajtól függetlenül jelentkező panaszokat, melyek alhasi (kólikaszerű) fájdalmasság, csekély vérzés vagy erős folyás formájában nyilatkoznak meg. Ezek a tünetek egyedül, vagy egymással társulva szoktak mutatkozni. Ez a fájdalom a dysmenorrhoeához, a menstruációs kólikához hasonló, tartama 1—2 nap szokott lenni. A folyás erős nyálkás folyás alakjában szokott jelentkezni. A vérzés csak mérsékelt, 2—3 napi tartamú. *Theilhaber* sok hypothesisen átsiklik, melyek magyarázatát igyeksenek adni a „Mittelschmerz“-nek; szerinte az előidéző ok a belső méhszáj tájékán fekvő izomköteg (muscularis mucosae) spasmusa. Therapeutice *Schultze* méhüregöblítéseket, *Fehling* scarificatiót, *Van der Velde* ovarintablettákat használ nem sok eredménnyel. *Theilhaber* eleinte ezeket, azután hydrotherapiás eljárásokat próbált, legtöbb és a legjobb eredményt azonban a műtétes eljárástól látta. Discissiót végez olyanképpen, hogy a belső méhszáj tájékán két helyen is reszekálja az izomszövetet (resectio orificii uteri interni), kellő tágitás után. Sokszor a gyógyulás csak 2—3 hónap mulva következik be, a mikor már teljes a méhszövet elhegesedése. (Archiv f. Gynaekologie, 1911, 3. füzet.)

*Scherer.*

### Gyermekorvostan.

**A gyermekkori epilepsia paralyticus aequivalenseivel** foglalkozik *Neurath* (Wien). Esetet ír le, melyben az anya családjában sok volt a balkezes; a szülés a kiszámított időhöz viszonyítva hat héttel később következett be. Rövid ideig tartó asphyxia. A harmadik napon az újszülöttön három-négy napig eltartott jobboldali görcsök jelentkeztek s ezzel egyidejűleg icterus fejlődött. Az első év végétől a gyermekén féloldali epilepsiás rohamokat észlelnek változó tartalommal s ezeken kívül olyan rohamokat is, melyek alatt a jobb alsó végtag átmenetileg bénult, fájdalmas, de az öntudat ezalatt megtartott és görcsös jelenségek hiányzanak.

A szerző felveti a kérdést, hogy mi szerepel ezen esetben kórok gyanánt: az öröklött terheltég-e, vagy a szülési trauma következtében létrejött agyhártyavérzés. Az összefüggést a szerző úgy gondolja, hogy az agyvelőnek fejlődésében megzavart része másképpen van érrel ellátva, mint az

egészséges agyrészlet és hogy egy ilyen vérrel rendellenesen ellátott agyrészletben a szülési trauma könnyebben és gyakrabban vezet vérzésre, mint normális agyrészletben. Klinikai szempontból különösen érdekes a jobb alsó végtagnak átmeneti, a féldoldali epileptikus görcsöktől független hűdése, a melyet ő paralytises aequivalensnek tekint. Az irodalomban is talál hasonló eseteket gyér számmal leírva. Keletkezése módjának magyarázatában azonban csak feltevésekhez folyamodhatunk; valószínű, hogy körülírt érgörcsök is szerepelnek. (Zeitschr. f. Kinderhk., 1912. 5. köt., 1. füz.) *Flesch.*

### Börkörtan.

**A külső női nemi szerveken előforduló sajátságos fekélyesedést (ulcus vulvae acutum) ír le B. Lipschütz (Wien).** A külső nemi szervek különböző fekélyes bajainak aetiologiáját főként az utolsó évtizedben számos részletes klinikai és bakteriologiai vizsgálat nagy mértékben tisztázta. Ma már nemcsak a lues és az ulcus venereum, hanem a balanitis és erosiók, az ulcus gangraenosum, a gonorrhoeás, diphtheriás és gümös fekélyesedések pathogenesise is igen alaposan van végigvizsgálva és nagy részben földelítve. Mindazonáltal még mindig akadnak elváltozások, melyek az eddigi adatokkal nem egyeznek s közelebről még nem ismert betegségnek bizonyulnak. 5 esete nyomán most *Lipschütz* ír le részletes klinikai, bakteriologiai és histologiai vizsgálatok alapján egy újabb fajta sajátságos fekélyes bántalmat. Tapasztalása szerint létezik a külső nemi szerveknek egy eddig alig ismert fekély-alakja, mely klinikailag nagy mértékben hasonlít az ulcus venereumhoz (lágyfekély), valamint a gangraenás fekélyhez is és a mely az eddigi észlelés szerint kizárólagosan csakis nőkön, főként pedig nagyobb leányokon és virgo intactákon fordul elő. Ennek a sajátságos fekélyes bajnak okozójául egy Gram-positív bacillust kell tekinteni, mely úgy a váladékban, mint a szövetszövetben nagy számban fordul elő. A talált pálcikák alakilag igen könnyen megkülönböztethetők a *Ducrey*-féle bacillusoktól (lágyfekély), valamint az ulcus gangraenosum kapcsán található fusiformis bacillusoktól és spirochaeta refringensoktól. Hogy ezek a bacillusok a fonalas bacteriumok csoportjába tartoznak-e, azt a szerző ezidőszerint még nem tudja megállapítani. A fekélyes bántalom, jóllehet fertőző jellegű bajnak látszik, nem keletkezik nemi érintkezés nyomán, sőt inkább némileg az valószínű, hogy autoinfectióról van szó, illetőleg a leírt bacillusok mutációjáról (ártatlan saprophyta pathogen jellegűt). A *Lipschütz* által leírt bántalom, melynek diagnosisa a lemezkészítménnyel könnyen megerősíthető, nemcsak elméleti szempontból fontos, hanem gyakorlati s különösen törvényeségi szempontból is. Klinikailag jellegzetes a bántalomra, hogy csak helybeli természetű és jóindulatú. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 114. k., 1. f.)

*Guszman.*

### Orr-, torok- és gégebajok.

**A reflexköhögéstről, ennek okairól és orvoslásáról ír Marx, Kümmel klinikájáról (Heidelberg).** Az idegesnek nevezett köhögés egyes alakjai között a szerző szerint szorgosan meg kell különböztetnünk azokat, a melyek csakis ideges alapon (pl. hysteria) állanak fenn, és azokat, a melyek aetiologiájában meghatározott ingerlési pontok és az innen kiváltott pathologiás reflexek szerepelnek; az irodalomban felsorolt pathologiás reflexpontok közül szerinte a legfontosabbak egyike, nevezetesen a torokmandula nem méltányoltatik kellőképpen. A reflexköhögés tünetcsoportja nagyon jellegzetes: a köhögés görcsös, ugató, rendszerint rohamszerűen jelentkezik, de olykor az egyes rohamok között csak oly rövid köhögésmentes időközök vannak, hogy a betegek éjjel-nappal folyton kizottatnak; a typosos roham magaslatán bőséges vizes secretio indul meg az orrból és szemekből; nyálkának jelentékenyebb mennyiségben való expectoratioja úgyszólván sohasem történik; ha bőséges expectoratio is van, ez tisztán secundaer tünet,

melylyel a légutak nyálkahártyája a tartós és heves mechanikai insultusra reagál, vagy a reflexköhögéstől független, már előzetesen meglévő hurut következménye. A betegek a roham megjelenésének okául sokszor azt mondják, hogy a torok bizonyos helyén kiszáradást érznek vagy szűrő érzést, mintha tű, szálla szurkálná; túlforró vagy túlhideg ételek és italok, a lélekzés megváltozott alakja (mint nevetéskor stb.) is szerepelhetnek kiváltó momentumként; idetartozik az ú. n. concertköhögés is, melynek létrejöttében a túlfűtött, rosszul ventilált terem száraz levegőjén kívül az idegrendszer fokozott ingerlékenysége is szerepel. Az objectiv elváltozások a felső légutakban rendszerint csekélyek: hyperaemiát a pharynxban és larynxban rendszerint találunk, a nyálkahártyák ezen injectioja azonban másodlagos és oly jelentékeny lehet, hogy tulajdonképpen nem lehet eldönteni, vajjon a köhögés a pharyngitis és laryngitis következménye-e, vagy pedig, hogy az utóbbiak a köhögésnek a folyamánai; ilyen esetekben a mandulák tüzetes megvizsgálása szükséges és nem szabad meglegednünk a tonsilláknak lenyomott nyelv melletti inspectiójával, hanem az elüő garatívet és a plica trianguláris oldalt kell kampóztatnunk; a mint ismeretes, ilyenkor sokszor még az atrophiasnak látszó tonsillákban is mélybe nyúló lacunákat láthatunk, a melyek csapokkal telvők; ha a tonsilla felületét szondával vagy kis kampóval megérintjük, villámszerűen beáll a köhögési roham összes kísérő jelenségeivel; olykor már a garatív elkampózásakor bekövetkezik ez, máskor csak egyes krypták szondázása alkalmával váltatik ki a roham. Ily reflexköhögésben nem szenvedő egyéneken öklöndözés jó létre, de reflexköhögés sohasem. Kiemeli még a szerző azt is, hogy kifejezett tüdőmegbetegedés esetén is jelen lehet a reflexköhögés, a mit több esettel illusztrál, és ez esetekben a betegnek igen nagy megkönnyebbülést szerezhetünk a megfelelő therapia által. Ez utóbbi szerinte a tonsillák lacunáinak felhasítása és cauterisatioja chlorzinkkel vagy argentum nitricummal; a tonsillák amputatioja (tonsillotomia) mit sem ér, úgy, hogy ha a felhasítás eredményre nem vezet, a tonsillák enucleatioja végzendő. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde stb., LXV. kötet, 4. füzet.) *Safranek dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Leukoplakia oris et linguae ellen Avierinos** a rézsulfat-oldattal való érintést ajánlja. 10%-os oldatot használ eleinte, s ha ezt jól tűri a beteg, később 20%-osra tér át; az oldatot víz és glicerin egyenlő mennyiségével készíti. Legjobb reggel végezni a kezelést althaea-főzettel való szájöblítés után. 20 napi kezelés után 10 napig szünetet tart. (Presse méd., 1912, 49. sz.)

**Az alkaliák használatáról sepsises folyamatokban** értekezett *Vorschütz* (Köln-Kindenberg) a német orvosok és természetvizsgálók legutóbbi vándorgyűlésének sebészeti szakosztályában. Felhívtéknek 25—30, gyermekeknek 10 gramm natrium bicarbonicumot adott naponként mesterséges szénsavas vízben vagy per rectum. Az előadó állatkísérleteket is végzett, a melyek kimutatták, hogy a normalisan alkalitartalmú vér sokkal erősebben méregteleníti a toxinokat, mint a savivá tett.

**Hiányosan táplált csecsemőkben a gyomortágulat** *Variot* szerint gyakran fordul elő, a mint erről a párisi „Société médicale des hopitaux“ október 18.-án tartott ülésén szólt. E tény ismerete gyakorlati szempontból nagyon fontos, mert különben a gyomortágulat miatt az ilyen csecsemőknek kevesebbet adnánk enni, pedig éppen fordítva, többet kell adni.

**A digitalis huzamosabb használata** olyankor, a mikor a digitalis nagyobb adagaival elért eredményt állandósítani akarjuk, az utolsó 10 év tapasztalatai szerint sokszor nagyon jó hatású. Ilyen esetekben *Adler* a következő összetételben szereti rendelni a digitalist: Rp. Diuretini 3:0; Fol. digital. titr. 0:9; Extr. nucis vomicae 0:3; Pulv. et extr. gentianae qu. s. ut fiant pil. No. 30. Naponként 2—3 pilula veendő be. (Aerztl. Reform-Zeitung, 1912, 19. sz.)

**A luminal Gregor tapasztalatai** szerint csak 0.2 gramm adagban ártalmatlan altatószer. 0.4 gramm adagban elhúzódó somnolentiát, gyengeséget, bizonytalanságérzést, fejfájást, vérnyomáscsökkenést, kiütéseket, hányást okoz. (Therap. Monatshefte, 1912, 6. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Magyar orvosi archívum**, 1912, 5. füzet. *Fenyvessy Béla és Freund Gyula*: A complementum hatásának módosítása az élő állaton végzett kísérleti beavatkozás útján. *Mansfeld Géza és Brandtner Ferenc*: Vérképzés és pajzsmirigy. *Mansfeld Géza és Hamburger Erzsébet*: Az éhhalált megelőző fehérje-szétesés oka. *Hamburger Erzsébet*: A chlorozott narcotikák okozta fehérje-szétesésről. *Mansfeld Géza és Lipták Pál*: Az agyilipoidok kvantitatív változása fejlődés közben. *Mansfeld Géza és Müller Frigyes*: Van-e befolyása az idegrendszernek a zsírraktárak kiürülésére?

**Gyógyászat**, 1912, 46. szám. *Makara Lajos*: A gégekiirtásról és a gégeénelküli hangképzésről. *Mohr Mihály*: A pupillareakcióról.

**Orvosok lapja**, 1912, 47. szám. *Gyömörey Oszkár*: Palaeozoologiai, élettani és anatómiai vonatkozásaink élő és ásatag majom-típusokkal.

**Budapesti orvosi ujság**, 1912, 47. szám. *Pekánovits István*: A tüdőtuberculosis kezelése mesterséges pneumothorax segítségével. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 4. szám. *Nádory Béla*: A petefészek befolyása a magzat nemének meghatározására.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Meisels Vilmos* dr.-t Munkács város közkórházának igazgató-főorvosává, *Balázs Endre* dr.-t a vaskóhi járás orvosává, *Schönberger József* dr.-t és *Burtik Andor* dr.-t a bajai közkórház alorvosává, *Müller Frigyes* dr.-t és *Vén Ferenc* dr.-t a szegedi közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Fischer Győző* dr.-t Karasjeszenőn körorvossá választották.

**A Londonban 1913-ban tartandó XVII. nemzetközi orvosi congressus** magyar bizottsága arra kéri a congressuson résztvevni óhajító orvosokat, hogy ezen szándékukat a congressus magyar bizottságának bejelenteni méltóztassanak, hogy a bizottság a congressus programját, valamint a magyar bizottság által összeállítandó tájékoztató idejében megküldhesse. E tájékoztató előreláthatóan 1913 januáriusában fog megjelenni. Addig is a magyar bizottság irodája (I. számú egyetemi szemklinika, VIII., Mária-utca 39. szám) az érdeklődőknek a kívánt felvilágosítást készségesen megadja.

**Meghalt.** *Bassa Ignác* dr., egészségügyi felügyelő, 55 éves korában Budapesten. — *E. de Cyon*, ismert nevű physiologus, philosophus és publicista, november 5.-én, 71 éves korában. Az elhunyt régebben Szt. Pétervározt az élettan tanára volt, de már hosszabb ideje Párisban élt, mint magántudós. Ő fedezte fel a nervus depressort; fontos dolgozatai vannak a félkörös csatornákról s a belső elválasztású mirigyekről is. 1910-ben megjelent műve „Dieu et science” katolikus szemlemben van tartva. — *C. Köhler* v. b. t. tanácsos, valaha a berlini Gesundheitsamt elnöke, október 28.-án 66 éves korában.

**Megjelent. Vénygyűjtemény.** Összeállította *Bókay Árpád*, egyetemi tanár. Tizenegyedik kiadás. Az új kiadás csak annyiban tér el elődjeitől, hogy az újabb gyógyszerek érdemesebbjeit is fölvetve. Egy tizenegy kiadást megért könyv érdemeiről és használhatóságáról fölösleges újból szólni. Ára 4 korona 50 fillér. — *Emlékkönyv Schuschny Henrik dr. iskolaorvosi és egészségügytanári működésének huszonötödik évfordulója megünneplésére.* Budapest, Franklin-társulat nyomdája, 1912. Negyedszázad zajtalan, de nagy és eredményes munkájának szép elismerése ez a testes kötet, mely a jubiláns barátai és tisztelői részéről 28, jobbara az iskola-hygiene körébe tartozó dolgozatot tartalmaz. — *Magyarország elmebetegügye az 1911. évben.* Közzéteszi a m. kir. belügyminis-terium. Magyarország elmebetegügye az 1911. évben említésre méltó különösebb mozzanatot nem tüntet fel, ennél fogva a jelentés csak a meglévő viszonyokat feltüntető statisztikai adatok bemutatására szorítkozik.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** A diabetesre vonatkozó újabb közlések közül a gyógyítás szempontjából nem érdektelen *Funck-é* (Medizinische Klinik, 1912, 1344. lap), a melyben kifejti, hogy az esetleg egyidejűleg meglévő gyomorbelzavarok kezelése nagyon kedvező hatást fejt ki a diabetesre. *Grafe és Wolf* pedig (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 107. kötet) alkohol nagy adagjának (100–160 gramm) kedvező befolyásáról a czukorkiválasztásra és az acidosisra számol be. — *Tuberculosis miliaris* egy esetben *Vogl* szerint a Röntgen-képen jól kivehetők voltak a miliaris csomók. (Prager medizinische Wochenschrift, 1912, 40. szám.) — *Öt ízben recidivált typhus* esetét közli *David*; az agglutinatio viselkedése is érdekes volt ebben az esetben, a mennyiben nagyon későn állott be, a recidivák közötti időben csökkent és az utolsó recidiva után nagyon hamar eltűnt. (Zentralblatt für innere Medizin, 1912, 43. szám.) — A műtét területének és a kezeknek *desinfekcióját jodtincturával* *Lebedew* szerint *Filonschikow* orosz katonáorvos írta le először 1904-ben (Russk. Wratsch, 1912,

33. szám.) — *A terhességi albuminuriára* vonatkozó adatokat közöl *Siedeburg*. 1127 terhes nő közül 289-nek (25.6%) a vizeletében volt fehérje kimutatható; a 289 közül csak 5-ön fejlődött ki eclampsia. (Brit. med. journal, 1912, október 19.) — *Hasműtétek után* oxygen bevitelét a hasüregbe ajánlja *Godwin*; elegendő annyi oxygen bevinni, hogy a májtompulat eltűnjék. Az oxygen 10–14 nap alatt szívódik fel. (Brit. med. journal, 1912, szeptember 14.)

**Személyi hírek külföldről.** *A. Czerny* tanár Strassburgban elfogadta a meghívást a berlini egyetem gyermekorvostani tanszékére. — *G. Klein* dr. magántanárt Münchenben a nőorvostan valóságos rendkívüli tanárává nevezték ki. — *V. Czerny* tanár, a hirneves sebész, a heidelbergi rákintézet vezetője, nov. 19.-én betöltötte 70. évét. — Tanári címet kaptak a következő magántanárok: *R. Cassirer* (Berlin, idegkórta), *A. Brüning* (Giessen, sebészet), *M. Löhtein* (Lipcse, kórbonczolástan), *P. Schmidt* (Lipcse, közegészségtan).

**Hírek külföldről.** Párisban november 11.-én nagyszabású városi közegészségügyi múzeum nyílt meg. A múzeum a következő hét alosztályból áll: 1. város, 2. lakás, 3. ipari üzemek, 4. prophylaxis, 5. táplálkozás, 6. közlekedés, 7. társadalmi hygiene. — Londonban október 17.-én külön tuberculosisintézet nyílt meg a királyi tuberculosis-kórházban. Célja specialista orvosok és ápolónők kiképzése.

Mai számunkhoz *E. Merck, Darmstadt*, czég „Dionin” című prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához „Magyarország Orvosainak Évkönyve” prospectusa van mellékelve.

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

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

**DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA**  
belbetegek — spec. szívbetegek és időillők részére.

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

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**  
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81–01.  
**Röntgen-laboratórium.** Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár

**ORVOSI LABORÁTORIUM** **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT**  
Telefon 26–96.  
VI., **Andrássy-út 38.**  
**Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vörvizsgálat (Wassermann) stb.

**Epileptikus betegek intézete**  
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgatótulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminis-terium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alapterhére vétetnek fel.

**A Liget- és Park- Orvosi laboratóriuma**  
= **SANATORIUM**  
mindennemű vegyi, górcsövi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratórium vezetője: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatót küldünk. VI., **Nagy János-u. 47.** — Telefon 106–00.

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

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

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

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



**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 **foárjegyzék** bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1912 november 18.-án.) 869. l. — I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus. (Páris, 1912, október 6–10.) 869 l. — Közkórházi Orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1912 október 16.-án.) 869. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1912 november 18.-án.)

Elnök: **Entz Géza.** Titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadás volt a következő:

**Jármai Károly:** A bacillus anthracis és a hozzá hasonló saprophyta bacteriumok véresejtoldó hatása. Bemutatta *Hutyra Ferencz* l. t.

Ellentétben azzal az általános felfogással, hogy némely bacterium megbetegítő hatása egyebek közt véresejtoldó képességétől is függ, a szerző azt találta, hogy a lépfene bacillus tenyésztésben nem támadja meg a vörös véresejteket, míg ellenben a hozzá hasonló saprophyta bacteriumok (bac. pseudanthracis, anthracoides stb.) a véresejteket erősen oldó haemolysinet termelnek, melyeknek hatására nyulak testében antihaemolysinek képződnek. A megvizsgált 15 lépfenebacillus-törzs közül csak három oldotta a vért; ez a három törzs azonban avirulens volt és sem az állati testben, sem mesterséges talajokban nem termelt burokanyagot. A véresejtoldást tehát a burokanyag gátolja, a mit az is bizonyít, hogy ilyen burokanyag hozzáadása a saprophyták véres tenyészetéhez megakadályozza a vörös véresejték oldását. A véresejtoldó képességben nyilvánuló különbség annyira állandó, hogy ennek alapján a virulens lépfenebacillusok biztosan megkülönböztethetők az avirulensektől és a hozzájuk hasonló saprophytáktól.

Ezzel a lelettel látszólag ellentétben áll az a tapasztalat, hogy lépfeneben elhullott állatokban rendszerint megállapítható a haemolysis; a szerző azonban mesterségesen fertőzött állatok vérének vizsgálatával megállapította, hogy a halál beálltáig, annak ellenére, hogy a vérben a bacillusok már erősen elszaporodtak, a vörös véresejték száma nem kevesedik és haemolysis sem mutatkozik. A halál után a vörös véresejték gyorsan fogynak s egyben oldódásuk jeléül a vér sötét lakkszínt ölt. Ennek oka az, hogy az élő állat vérében csak burkos bacillusok vannak, a halál után ellenben mind több buroktalan bacillus jelenik meg benne és tíz óra múlva már ezek vannak túlsúlyban. A haemolysis tehát a buroktalan bacillusok okozta postmortalis tünet.

## I. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus.

(Páris, 1912 október 6–10.)

(Vége.)

**A szoptatás technikája.** *Thiemich M.:* Rietschel-lel szemben *Czerny* elvét követi. Lehetőleg nagy időközökben tápláljuk a csecsemőt. Tagadja, hogy vannak csecsemők, kiket 24 órán belül 6–8-szor kellene szoptatni.

*d'Espine:* Gyomortágulásban szenvedő csecsemőkön kis adag tápláléknak gyakori nyújtását tartja javaltnak.

**Az organikus dyspepsia kezelése.** *Cristea:* „Dyspepsie partielle“-t és „dyspepsie totale“-t különböztet meg, a szerint, hogy a csecsemő a tápláléknak egyes, vagy összes alkotórészeit nem tudja emészteni. A részleges dyspepsiánál megkülönbözteti a „dyspepsie albumineuse“-t és a „dyspepsie toxique“-ot, a teljes dyspepsiában a „dystrepsie de Combe“-ot s az „athrepsie de Parrot“-t. A kezelésben *Finkelstein* ismert elveit követi.

**A pylorospasmus kezelése duodenalis katheterismus segítségével.** *Hess J.:* A katheterismust radiokopiai ellenőrzés mellett 20–40 cm. hosszú lágy „Nélaton“-nal végzi; ha a 15 mm. körfogatú katheter bevezetése sikerül, szűkületet kizártnak tart. Ez eljárással elkülöníthetjük az organikus szűkületeket a pylorospasmustól és a közönséges há-

nyástól. Gyakran észlelt pylorospasmus mellett pharyngo- és cardiospasmust. A csecsemő emésztési chemismusát a katheterismus révén behatóan tanulmányozhatjuk.

**Az állatokon észlelt angolkór ragályossága.** *Delcourt A.:* Disznókon tett észleletek alapján az állatok rachitist ragályosnak tartja. Nem tartja kizártnak, hogy embereken is észlelhetők angolkór-epidemiák.

*Valagussa:* *Santonini* angolkórosok csontvelőjében diplococcusokat talált.

*Gilliberti:* A glandula thymus és a glandula thyroidea szerepét taglalja a rachitis kórtanában.

*Raczinsky:* Az angolkór létrejöttét napfény hiányának tudja be.

**A Wassermann-reactio újszülötteken és csecsemőkön.** *d'Astros és Teissonnière:* 500 esetben alkalmazták *Wassermann* eljárását, 4<sup>o</sup> o-ban pozitív eredménnyel. Véleményük szerint a negatív reactio nem bír döntő értékkel. Ha a pozitív reactiót klinikai tünetek nem követik, a próba megismétlendő.

**Sisto jelének fontossága a lues hereditaria kórjelzésében.** *Ferreira:* Állandó éles felkiáltások, melyek specifikus kezelésre kimaradnak, gyakran alkotják a veleszületett syphilis egyetlen klinikai tünetét.

**A tüdőgyulladások kezelése oxygennel.** *Delcourt:* Magán-gyakorlatában pneumonia crouposa 24 s bronchopneumonia 42 esetében alkalmazta *Weill* nyomán fényes eredménnyel az oxygentherapiát.

*Weill:* Kórházi anyag az észleletek kevésbé eredményesek.

*Hutinel:* Az oxygentherapia híve. A pneumococcusok által létrehozott megbetegedések kórjólata jobb, mint azoké, melyeket streptococcusok hoznak létre.

**Műleges pneumothorax a gyermekkorban.** *Vogt:* A gümős megbetegedés leküzdésére még csecsemőkön is eredményesen alkalmazta az eljárást. Bronchiectasiák kezelésére is ajánlja.

**Antimeningococcus-serum a meningitis cerebrospinalis kezelésében.** *Gaujaux:* A gyógsavót a canalis vertebralisba fecskendezve, kielégítő gyogyeredményeket ért el.

**Az Oppenheim-féle betegségről** saját észleletei és kórszövetani vizsgálatai alapján *Concetti* tartott előadást.

**Az atrophiasok koponyájáról** *Lesage* és *Cléret* értekezett. A koponya hyperplasia folytán, angolkóros elváltozások nélkül, erősen megvastagodott.

**Grosser Banti-féle betegségben** szenvedő 10 éves leánykát splenektómiával oly eredményesen kezelt, hogy a haemoglobin mennyisége, a vörös véresejték száma s a testsúly egyaránt előnyösen növekedett.

**A gyermekgyógyászat, a higiéné és a gyermekvédelem összefüggéséről** s a socialhygiene tudásának nagy horderejéről *Deutsch Ernő* tartott előadást.

\* \* \*

**A II. nemzetközi gyermekgyógyászati congressus** színhelye 1915-ben Bruxelles lesz. A megvitatásra kifűzött kérdések ezek:

1. A mellékvese szerepe a gyermek kór- és gyógytanában. 2. A heveny fertőző megbetegedések prophylaxisa. 3. A gümős adenopathiák sebészi kezelése. *Deutsch Ernő.*

## Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1912 október 16.-án)

Elnök: **Fausser Árpád.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

**A Highmor-üregből kiindult myxoma operált esete.**

**Balás Dezső:** A 6 éves fiúcskát *Hainiss* gyermekosztályára azzal a panaszszal vettük fel, hogy jobb orrjáratát daganat zárja el és nemcsak ezen az orrjáratán, hanem egy-

általában az orrán át nem kap levegőt. Ez az állapot fokozatosan és ismeretlen okból fejlődött s bajával vidéki kórházban 3 hónapig kezelés alatt is állott, de eredménytelenül.

A beteg sápadt és lesoványodott. Az orr gyökrésze beüppedt és az orr egészében deformálódott, a mennyiben a jobb fele duzzadt, míg a bal fele rendes nagyságú. A jobb orrnyílást élénk rózsaszínű, tömött tapintatú és meg nem mozgatható daganat tölti ki, mely szondával körüljárható, nem vérzékeny, fájdalomtalan. A bal orrnyílás és orrjárat szabad, a szonda azonban a choanát elzáró, tömött, ellentálló daganatba ütközik. Garatvizsgálatkor a szájból csaknem türhetetlen bűz árad, digitális vizsgálattal a garatot felületén kifelélyesedett, czafatos, tömött tapintatú, de nem vérzékeny daganattal kitöltve találjuk.

A daganatból vizsgálatra kimetszett részt szövettanilag Entz vizsgálta meg s a diagnosist myxomára tette, de ennek esetleges sarcomás jellegét nem zárhatta ki.

Tekintettel a szövettani vizsgálat eredményére, a daganat nagyságára, továbbá, hogy a daganat kiindulása helye sem volt megállapítható: a kellő tájékozódhatás céljából szükségesnek tartottuk a jobb orrfél teljes feltárását.

Előzetes tracheotomia és tracheatamponade után aether-narcosisban a Linhart-féle eljárással paramedian metszéssel az orrgyökig átvágjuk a bőrt és az orr porcogós részét, majd átvesszük az orrcsontokat az összenövés határán, átvesszük a homlokcsontot és a jobb felső állkapocs proc. nasalisát és a könnyecsontokat betörve, az orr jobb falzatát egészében kihajlítjuk. Az előttünk fekvő, az egész jobb orrüregét kitöltő daganat jól körüljárható, környezetével sehol összekapaszkodva nincs, úgy hogy a choanán át elevatoriumot vezetve be a garatba, az egész daganat jól és elég könnyen kiemelhetjük, a midőn kitűnik, hogy kb. lúdtollszárnyi kocsanynyal folytatódik a Highmor-üregbe. Ennek medialis falát az orr felől egészében kivésve, az üregét a daganattal kitöltve találjuk. Az üregét éles kanállal kitisztítjuk, csontusuratiót nem találunk.

A többi melléküregnek kellő revisiója után a Highmor-üregét és az orrjáratot jodoform-gaze-zal tamponáljuk s az orr-falzatot visszahajtvá, a sebszéleket anatómiai rétegekben egyesítjük. A beteget a műtétet követő napon dekanülözzük, a tampont az 5. napon távolítjuk el. A további gyógyulás per primam folyt le. Jelenleg a beteg teljesen gyógyult, az orrjáratok szabadok, kóros váladék nincsen s a kozmetikai eredmény, a csontok összeforradása s a heg is kifogástalan.

Az eset nem a műtét beavatkozás szempontjából, hanem a megbetegedés ritka volta miatt érdemes a bemutatásra. Leszámítva a nyálkahártyából kiinduló polypusokat és az orrgarat-fibromákat, a kötőszöveti eredetű jóindulatú daganatok (lipomák, igazi fibromák, enchondromák, osteomák és myxomák) az orrban és melléküregében igen ritkán fordulnak elő s különösen irodalmi ritkaságúak a bemutatott korában.

A műtét eljárást illetőleg hasonló esetben a Linhart-műtétén kívül számításba jöhetne a Thompson-féle lateralis rhinotomia is, mely, tekintettel arra, hogy a bőrheg nem az orr hátrára, hanem az orr oldalára esik, kozmetikailag szebb eredményt nyújt; de a Linhart-eljárás egyszerűbb s az osteoplastikás lebeny kevésbé áll a beavatkozás útjában; ezért, különösen gyermekeken, hasonló esetben inkább a Linhart-eljárást ajánlom.

#### Szájpad-plastika.

**Vigyázó Gyula:** A szájpad veleszületett hiányainak pótlására leghasználatosabb eljárás a Langenbeck-féle, vagy annak többrendbeli módosítása. Ez abból áll, hogy a kemény szájpad involucrumát és a lágyszájpadnak massáját két oldalról hidszerű lebeny alakjában mobilizáljuk és a középvonalban összehozva varrattal egyesítjük.

A kemény szájpad nagyobb hiányai esetén, melyek daganatok és azoknak műtét eltávolítása, illetőleg idősült lobos folyamatok következtében képződnek, ezen módszer nem alkalmas. Ezeknek pótlására rendszerint prothesiseket alkalmaznak, melyek többé-kevésbé jól elzárják a szájueret

az orrüregtől és ennek melléküregétől, de mert prothesisek, nem lehetnek tökéletesek.

Egy nagyobb szájpadhiánynak plastikás pótlását kíséreltem meg Pólya osztályán s az eredmény úgy működésbeli, mint kozmetikai szempontból oly kielégítő, hogy érdemesnek tartottam az esetnek bemutatását.

H. J. 65 éves földműves állítása szerint néhány hét előtt baloldali felső-hátulsó molaris fogai fájni kezdtek, miért is kihuzatta őket. Utóbb észrevette, hogy szájpadja és foghúsa a kihúzott fogaknak megfelelően ki van fekélyesedve és a fájdalom sem szűnt meg.

Felvételekor a kemény szájpad bal felén hátrafelé egészen a velum palatinumig terjedő és a foghúsa és a processus alveolarisra is kiterjedő, ötkoronásnál nagyobb, felhányt szélű, kifelélyesedett terület látható. Kórjelzés: Carcinoma palati duri.

A beteg augusztus 27.-én került műtetre, melyet novocain-adrenalin-localanaesthesia-ben végeztünk. Haránt pofametszést ejtve a bal szájuzból kiindulól, hozzáférhetővé tesszük a kórosan elváltozott részleteket és ezeket a palatumon, a buccán és a processus alveolarison körülmetszük. Ezután vésővel és Luer-csípővel a processus alveolarisnak és palatinusnak kóros részleteit eltávolítjuk; ezzel a kemény szájpadnak majdnem egész bal felét eltávolítottuk. Ily módon megnyílik a Highmor-üreg és az orrüreg kis részben. A Highmor-üreg elülső falát nagy részben eltávolítjuk, valamint a maxilla facies infratemporalisának egyik részletét is. A Highmor-üreg nyálkahártyáját kikaparjuk. Az így támadt nagy, mintegy gyermektenyérynyi szájpad- és buccanyálkahártyahiány pótlására az arczról a nyakra terjedő bőrlebenyt készítünk, oly módon, hogy az alapja fenn, a haránt pofametszés alsó sebszélével párvonalasan van, szélessége 5—6 cm., hossza pedig 12—14 cm. Az így körülírt lebenyt alapjáról felkészítve, a haránt pofametszéstől számítva kb. 2 cm.-nyi széles nyelet hagyunk és a haránt pofametszés sebén keresztül a szájueregbe hajtvá, úgy hogy a hámja a szájuereg felé essék, alsó szélével az alapjáról mobilizált involucrum palati sebszéléhez varrjuk; elülső szélét az ajaknak és pofának nyálkahártya-sebszéléhez, hátsó szélét pedig a velum palatinum nyálkahártyájának sebszéléhez varrjuk csomós catgut-öltésekkel. Ezután a szájueret reconstruáljuk néhány öltéssel. A Highmor-üregbe jodoformcsíkot helyezünk, melyet az alsó orrjárat felé, az orrnyíláson kivezetünk. A lebeny tehát a haránt pofametszés sebén keresztül van a szájueregbe behajtvá; az a körülmény, hogy a lebeny az arteria maxillaris externa vérellátási területének felel meg, biztosítja annak táplálkozását.

A lefolyás sima és zavartalan volt, csak a középvonalban vált le kissé az involucrumról a lebeny; elől és hátul szépen megtapadt, a Highmor-üreg egészen besarjadzott és az orrüreg a szájueregtől egészen el van zárva.

Három hét múlva, a mikor a lebenynek megtapadása és a megtapadás helyéről való tápláltatása biztosítottnak látszott, successive apró ollócsapásokkal átvágtuk a lebeny nyelét; a mikor azt már teljesen átvágtuk, október elsején, tehát 5 héttel az első műtét után, a haránt pofametszés sebszéleinek felfrissítésével zártuk a sebet és a lebenynek a haránt pofametszés helyén való átmetszése útján nyert bőrlebenyt eredeti helyzetébe, lefelé visszahajtvá és eredeti helyére visszavarrva, az arczon lévő hiányt pótoltuk; a nyaki hiány pótlását már az első műtét alkalmával lateralis szélének felkészítésével, lebenyszerű mobilizálásával és a medialis szélhez való odavarrásával pótoltuk. A plastika eredménye úgy functionális, mint kozmetikai szempontból nagyon kielégítőnek mondható, a szájueret az orrüregtől és a Highmor-üregtől teljesen el van zárva, a beszéd nem dunnyogó, a megivott folyadék nem jön vissza az orron, maga a lebeny nyálkahártyaszerű átalakuláson ment át, a mennyiben elszarusodott hámja már az első napokban lemacerálódott és helyét nem szarusodó hám pótolja; a szakáll szőrei, bár nem hullottak ki a lebenyből, növésükben erősen visszamaradtak és nem hatnak zavarólag.

(Folytatása következik.)