56. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1912 junius 2.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

ráthonyi Reusz Frigyes: A budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A gyermekkori hysteria gyógykezeléséről. 413. lap.

Lénárd Vilmos: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató-tanár: Preisz Hugó dr.) Fertőzés vibrio Metschnikoffi-val emberben. 417. lap.

Királyfi Géza: Közlemény az egyetemi III. számú belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.) Az epe bakteriologiai és chemiai vizsgálata in vivo; diagnostikai eljárás a typhus abdominalis korai felismerésére. 419. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Bókay János, Flesch Ármin* és *Bókay Zoltán*: A gyermekorvoslás tankönyve. — *Lapszemle. Sebészet. Frangenheim*: A Shoemaker-féle sphincterplastika. — *Idegkórtan. Rhese*: A fülészeti vizsgálat értéke a koponyasérülések megitélésében. — *Elmekórtan. Naecke*: Az alkohol és a homosexualitas összefüggése. — *Böhming*: Ureabrominnal elért eredmények. — *Gyermekorvostan. Ssokolow*: A differentialis pneumograph és alkalmazása gyermekeken. — *Wittich*: Járólagos tuberculin-kezelés a gyermekkori gümőkórban és scrophulosisban. — *Venereás betegségek. J. Ruhemann*: Salvarsan és latens mikrobismus. — *Börkórtan. Fabry*: A Payrféle műtétnek arczlupus eseteiben való alkalmazása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Simonstein*: Aponal. — *John*: Typhus okozta bélvérzés. — *Kayser* Asthma bronchiale. 421—423. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 423. lap.

Vegyes hirek. 424. lap.

Tudományos társulatok. 425—430. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A gyermekkori hysteria gyógykezeléséről.*

Irta: *ráthonyi Reusz Frigyes* dr., egyetemi magántanár.

A hysteria problemájának minden részletében oly phantomszerű jelenséggel van dolgunk, melynek van neve, de nincs határozott teste. Örököltünk régi időkből egy szót, egy elnevezést, melyhez homályos fogalmak és kalandos theoriák számos emléke tapad; de a szó körül, melynek gyakorlati értelmezése az idők folyamán jelentékenyen eltolódott, a határozatlan fogalmaknak oly zavara keletkezett, hogy máig sem sikerült ezen chaosban rendet teremteni.

Braid után *Charcot* volt az első, ki döntő lépést tett a hysteria problemájának megoldása felé, midőn kimondotta, hogy *hysteriások* az oly tünetek, melyek *suggestio* útján keletkeznek, s hogy a hysteria nem egyéb, mint fokozott suggestibilitás. Régebbi idők óta közhasználatban forgó szók helyes értelmezése, illetve tudományos definitiója a gyakorlat alapján nyugvó logikai selectio dolga lévén, ezen meghatározás csakugyan megáll, mihelyt bebizonyítható, hogy az addig közhasználatilag hysteriásnak nevezett kóresetek *túlnyomó nagy része* valóban suggestio útján keletkezik. A nem suggestio útján keletkező többi jelenséget ez esetben ki kell a hysteria fogalmából kapcsolni és mint nem hysteriásokat külön elbirálás alá venni.

Állandó akadálya volt azonban minden további selectiónak, hogy *Charcot* definitiójában ismét egy határozatlan fogalom, a *suggestio* (idegen suggestio, autosuggestio, suggestibilitás, fokozott suggestibilitás) fogalma szerepelt, mely épp úgy, mint a hysteria, széleskörű használata ellenére — vagy talán éppen azért — még sokkal határozatlanabb, homályosabb valami, mint a milyen a hysteria szó önmaga.

Charcot tanításának első nagy jelentősége nem is a hysteria ezen közelebbi meghatározásában, hanem azon megismerésben van, a mi a hysteria ezen meghatározásában már benfoglaltatik s melynek ezen szűkebb definitiót meg kell előznie, t. i. hogy minden hysteriás tünet psychés eredetű s hogy a hysteria a psyche egy sajátos kóros állapotának tekintendő.

Igaz, hogy némelyek, mint pl. *Bernstein*, a hysteriának tisztán psychés természetét ma sem ismerik el; mások viszont monistikus vagy psychophysikai parallelistikus alapból indulva ki, igyekeznek a hysteriát magyarázni. Az ily magyarázatok azonban túlhaladják mai ismereteink kereteit s oly metaphysikai területekre kalandoznak el, melyek a természettudományi vizsgálat számára hozzá nem férhetők, miért is többnyire tisztán formularisak, semmitmondók, sőt nem egyszer teljesen érthetetlenek is.

A hysteria kérdésének ily szempontokból való vizsgálatát már azért sem tartjuk helyesnek, mert a hysteria-kérdés psychologiai jelentőségének elismerése még nem jelenti azt, hogy psychologiai kérdésekben a priori valamely dualistikus vagy pláne spiritualistikus álláspontra akarnánk helyezkedni, hanem csupán azt, hogy a methodika szempontjából a psychologiai módszer mellett foglalunk állást. Az így értelmezett psychologiai álláspont azonban úgy gyakorlati, mint elméleti szempontból éppen ezen jelentősége miatt fontos; mert a kérdés hovatartozósága felett való ezen első döntés minden további kutatás methodikáját határozza meg.

Ha elismerjük a hysteriakérdésnek tisztán psychologiai természetét, akkor nyilvánvaló, hogy minden további részletkérdés megoldása is tisztán psychologiai methodikával keresendő. Bár igen sokszor gondatlanul összeelegyítjük őket, psychologiai és anatomophysiologiai ismereteink között sokkal nagyobb ür tátong, mintsem hogy az egyik methodikája a másikra is alkalmazható volna. Mindaddig, míg a physicalis szervi folyamat psychologiai jelenséggé válásának vagy a

* Minden jog fentartva.

psychologiai jelenség physicalis szervfolyamattá válásának titkáról le nem hull a fátyol, idegen methodikával egyikben sem haladhatunk előre.

Bármennyire ismerjük is pl. a hysteriás jelenség physikai jellemvonásait, a physikai jellemvonásnak tanulmányozása által — psychologiai elem belevegyítése nélkül — sohasem fogjuk megközelíteni a psychologiai lényeget, és viszont ha még oly mathematikai pontossággal írunk is körül valamely psychologiai folyamatot, a vele kapcsolatos physicalis szervi folyamatot semmiféle képlettel sem fogjuk ismertebbé tenni.

Ma már különben alig is szükséges beszélnünk arról, hogy a hysteriás jelenségek psychés voltát a gyakorlati életben és így a therapiában is következetesen szem előtt kell tartanunk; lehet ugyan még az egyes psychotherapiai methodusok értéke felett vitatkoznunk, de a psychotherapia jelentősége felett nem. A somatikus eljárások, a mennyiben nem suggestiv hatást várunk tőlük, mutatis mutandis, csak oly kiterjedésben és intenzitásban alkalmazandók, mint bármely más psychés megbetegedésnek esetében (fájdalomcsillapítás, általános roborálás etc.) s a therapia súlypontjának mindig és minden körülmények között a psychés befolyásoláson kell lennie.

A psychés gyógykezelésben is vannak a mindig szem előtt tartandó messzemenő individualizálás mellett bizonyos általános érvényességű tételek, melyek részben a gyakorlati tapasztalás által, részben theoretikai következtetések útján szereztettek és állapíttattak meg. Ily általános érvényességű tétel a gyermekkori hysteria gyógykezelésében, hogy rationalis milieuváltozás, vagyis kórházi osztályon való elhelyezés esetén a legmakacsabb gyermekkori hysteriás tünet is bámulatos gyorsan és alaposan szokott gyógyulni. A gyógyulás a legtöbb esetben szinte rögtönösen következik be, még akkor is, ha a betegség már hónapokig, esetleg évekig makacsul fennállott. A milieuváltozás, izolálás, illetve intézeti kezelés formájában, a felnőttek hysteriájának gyógykezelésében is a legjobb módszerek egyikének bizonyult, de hatásával egyáltalában nem hasonlítható össze azzal, a mit ugyanezen módszerrel a gyermekkori hysteriával szemben elérni lehet. Igaz, hogy a gyermekkori hysteriás paroxysmusok általában is sokkal könnyebben gyógyulnak, mint a felnőttek hysteriás tünetei, de az intézeti, illetve kórházi kezelés fölényes volta éppen azon esetekben mutatkozik, melyekkel szemben már mindenféle gyógykezelés hosszú ideig eredménytelen maradt.

Sietünk azonban már itt is megjegyezni, hogy a kórházi gyógykezelésnek punctum saliense nem az izolálás, nem is a puszta milieuváltozás ténye, hanem az, hogy a beteg a neki meg nem felelő, normalis lelki fejlődése, illetve gyógyulása szempontjából *irrationalis környezetből*, egy minden részletében kedvező hatású, minden új benyomás által gyógyulást siettető *rationalis környezetbe jut.*

Sajnosan tapasztaljuk mégis, hogy a rationalis milieuváltozás eme jelentősége még mindig nem talál kellő méltatásra. Különösen ha kedvezőbb anyagi körülmények között élő szülők gyermekéről van szó, biztosra vehetjük, hogy alig számíthatunk tanácsunk megvalósulására. A tárgyalások eredménye a legjobb esetben is csak az szokott lenni, hogy a kis beteget anyja kíséretében valamely fürdőhelyre vagy sanatoriumba viszik.[1]

Csak mikor a beteg környezete már teljesen kimerült és végigpróbált mindent, mit laikus ész kigondolhatott, vagy előzékenyen engedékeny orvosi tanácsadó ajánlhatott, akkor kerül sor a perhorreskált kórházi kezelés megkisérlésére, a mely a legtöbb esetben teljes, sokszor bámulatos gyors, „csodaszerű“ eredménynyel jár. Pedig eme gyors gyógyulásban semmi csodaszerű nincs. Bekövetkezik azért, mert a kis beteg a szülői szeretet makacsságának legyőzése után oly környezetbe kerül, mely hozzáértők által minden melléktekintet nélkül alkotva és vezetve, csakugyan olyan, mint a minőnek lennie kell, t. i. legaprólékosabb részleteiben is lehetőleg rationalis. Ezen rationalitás szempontjából vagyunk kénytelenek elismerni, hogy a jól berendezett, évek hosszú során át egy bizonyos irányban iskolázott, fegyelmezett ápolói személyzettel ellátott gyermekkórház feltétlenül rationalisabb és így feltétlenül előnyösebb és gyorsabb hatású bármely fényesen berendezett drága sanatoriumnál.

A kórházi kezelés előnyeit saját észleleteink is a legteljesebb mérvben igazolják. 10 év alatt gyógykezelt 60 esetünk közül csak egy távozott gyógyulatlanul s egy esetben volt észlelhető néhány napos visszaesés. Gyógyulatlanul és változatlanul távozott esetünkben a sikertelenséget jórészt annak tulajdonítjuk, hogy a románajkú kis beteggel érintkezni egyáltalában nem tudtunk, másrészt pedig annak, hogy a beteg apjának türelmetlensége a negligáló kivárás keresztülvitelét meggátolta. Egyéb eseteinkben ezen *Bruns* ajánlotta methodusra nem került a sor. A kis betegek nagy része rögtönösen, már a kórházba jövetele napján, esetleg másod- vagy harmadnapra gyógyult, még akkor is, ha előzőleg fél évig, vagy hosszabb ideig volt már beteg.

Nem bocsátkozhatunk annak tárgyalásába, hogy eredményeink jobbak, avagy rosszabbak-e más hasonló intézetek eredményeinél. Ez teljesen czéltalan és meddő dolog volna s az anyag természete különben is olyan, hogy ily összehasonlítás realis eredményt nem adhat. Fontosabbnak tartjuk, hogy megkíséreljük a gyakorlat tapasztalataiból leszűrt és saját tapasztalatunk által is igazolt fentebbi tételünknek, valamint az általunk követett eljárásnak elméleti magyarázatát adni.

Ha a hysteria csakugyan nem volna egyéb, mint fokozott suggestibilitás, és a suggestibilitás nem volna más, mint könnyenhivőség, hiszékenység, akkor a magyarázat talán elég könnyű volna. A gyermek közismert physiologiai könnyenhivősége mellett a gyors gyógyulás egy-kettőre meg volna magyarázva a helytelenül értelmezett, suggestio szóval, bár így sem volna megmagyarázva az, hogy miért kellett a gyermeknek kórházba kerülnie, hogy a gyors gyógyulás a suggestio útján lehetséges legyen.

A suggestibilitás azonban nem könnyenhivőség, hiszékenység, hanem egy sokkal complexebb, nehezebben determinálható sajátsága az emberi léleknek.

Hellpach[2] szerint a suggestio fogalmának meghatározásában a suggestiónak a psychés causalitáshoz való viszonyából kell kiindulnunk, mely alapon a *suggestio* mint *teljesen értelmetlen és mértéktelen eredmény* határozható meg. *Hellpach*-nak ezen kifejezése természetesen nem úgy értendő, hogy a suggestiv folyamatok nincsenek alávetve a psychés causalitás törvényének, hanem úgy, hogy a motivum gyanánt szereplő apperceptumra bekövetkező visszahatás a normalis psychétől várható visszahatástól *úgy értelmileg, mint mértékileg olyannyira eltérő, hogy a psychés causalitás normalis lefolyásával nem magyarázható. A reactiv abnormitás oka sem külső viszonyokban, sem múló psychés abnormitásokban nem keresendő, hanem a psychének valamely állandósult rendellenességében, a hysterizáltságban.*[3]

A psyche ezen sajátságos állapota egyrészt a túlzott *vezethetőségből* (Lenksamkeit) és a *phantastikus apperceptióra való hajlamból*, másrészt az *indulatelnyomások* hysterizáló hatásából vezethető le.[4]

[1] Esetleg azonban mikor a conciliánsabb orvosi tanácsadók teljesen kimerítették minden tudományukat, meggyógyul valamely kuruzsló csodaszerére, egyaránt nagy erkölcsi kárára úgy az orvosnak, mint a betegnek és egész környezetének.

[2] *Hellpach W.*: Grundlinien einer Psychologie der Hysterie (Leipzig), 1904.

[3] *Hellpach* szerint: a hysteriás mozgás-zavarok oly zavarok, melyek substratuma szófogalmakban van letéve, a hysteriás anaesthesiák részben tisztán physikaiak, részben suggestivek, a *hysteriás intellectus* abnormitásai a phantastikus apperceptióra való hajlam által idéztetnek elő, míg a hysteriás akarat abnormitásai a kifejezési jelenség disproportionalitása folytán analytikailag nem vizsgálhatók, s csupán genetikai módszerrel közelíthetők meg.

[4] *Vezethető* (lenksam) *Hellpach* szerint az oly egyén, ki felhívásoknak szívesen vagy legalább is indifferensen, belső ellentállások legyőzése nélkül tesz eleget. A vezethetőség tehát más valami, mint az engedelmesség. Az engedelmes psychében támadhatnak és támadnak is belső logikai ellentállások, s az engedelmes cselekvés csak ezek legyőzetése után következik be. A vezethetőben ily ellentállások nem is keletkeznek s az engedelmes cselekvés minden gátlás nélkül, a psyche teljes indifferentiája mellett folyik le.

A vezethetőség, mely voltaképpen nem más, mint idegensuggestibilitás (Fremdsuggestibilität), vagyis suggestibilitás külső behatásokkal szemben, psychophysikailag affectuskifejezési gyengeséggel függ össze és az affectuskifejezési mozgások gyakori mesterséges elnyomása által fokozható. Túlzott vezethetőség mellett már normalis körülmények között, normalis vezethetőség mellett túlzott elnyomások (főleg helytelen nevelés) következtében a psyche *hysterizálása* következik be, egyrészt az affectuskifejezési gyengeség, másrészt a phantastikus apperceptióra való hajlam közreműködésével.

A hysterizálódás, vagyis az *apperceptiv feszültség befelé irányulása* az affectuselnyomások folytán mind gyakoribbá váló indokolatlan lehangoltságok által idéztetik elő. A hysterizáltság állapotában bekövetkező abnormis meglepő psychikai reactiók a phantastikus apperceptio befelé irányulása és reproductiv anyaggal való dolgozása által magyarázhatók.

Az öntudatlanra *Hellpach* szerint a hysteria magyarázatában semmi szükség sincs, mert az elnyomások útján keletkezett *conversiókból*, a *phantastikus apperceptióból* és az *ellenállási lehangoltságokból* minden hysteriás tünet megmagyarázható. Az öntudat kettőzése, hasadása, nem előfeltétele, hanem legmagasabb foka a hysteriának.

Szükségesnek gondoltuk a fennebbieket *Hellpach* fejtegetéseiből reprodukálni, mert úgy véljük, hogy *Hellpach* munkája, mely telve van termékeny gondolatokkal, meglehetősen kevéssé ismert. Azt hiszszük azonban, hogy a vezethetőség előidézésében a veleszületett hajlamnak és az elnyomásokon kívül egyéb, a phantastikus apperceptióra való hajlamot fokozó behatásoknak nagyobb fontosságot kell tulajdonítani, mint a hogy ő teszi.

A „vezethetőség", úgy a mint azt *Hellpach* leírja és meghatározza, egy a külvilággal szemben megnyilvánuló lélekállapot, vagyis már észlelhető másodlagos jelenség, mely, mint a phantastikus apperceptióra többé-kevésbé hajlamos psyche részjellemvonása, következménye és szükségképpeni járuléka a phantastikus appercipiálásnak, külső megnyilvánulása a logikai ellentállás hiányának. *A vezethető egyén* psychéjében pedig azért nem keletkeznek logikai ellentállások, mert *logikai apperceptioképessége a priori gyenge,* illetve a phantastikus apperceptio túltengése folytán kezdettől fogva többé-kevésbé passzivált.[5]

A phantastikus apperceptióra való hajlam, mint veleszületett tulajdonsága a psychének és alapjellemvonása az egyén intellectusának, egyénenként különböző. Bizonyos életkörülmények között nagyobbodhatik, más életkörülmények között kisebbedhetik, bár kétségtelen, *hogy növekedésének okait és feltételeit mindenkoron önmagában hordja.*

A phantastikus apperceptióra való hajlam az, a mit mindennapiasabb kifejezéssel *„subjectivitásnak"* lehet nevezni. Míg a logikailag appercipiáló (objektiváló képességű) psyche a képzeteket a hozzájuk tapadó hangulati elemektől kellőképpen meg tudja tisztítani s az élmény belső fogalmi tartalmát a figyelem központjába tudja állítani, addig a phantastikusan (subjective) appercipiáló psyche figyelmének központjába nem az élmény fogalmi tartalma, hanem saját hangulati állapota helyezkedik. Ennek következménye az, hogy emlékezetében is elsősorban a hangulati elemek emlékképei állandósulnak, s valahányszor az emlékkép életre kel, nem az élmény fogalmi belső tartalmának, hanem a psyche saját hangulati állapotának emléke s ennek nyomán maga a hangulat fog életre kelni és előtérbe helyezkedni. A hangulatnak ezen másodlagos életrekelése szükségképpeni következménye a phantastikus apperceptiónak. Be kell következnie akkor is, ha a primaer affectusnak alkalma volt „lereagálni". Mert míg egyrészt az emlékezetben más, mint hangulatilag erősen színezett emlékkép, alig van, addig másrészt a gyenge logikai apperceptioképességű psyche az *associative életre kelt emlékképpel szemben sem tud logikailag* szembeállni. Ez önmaga is érthetővé teszi a passiv apperceptióra hajlamos egyéneknek látszólag indokolatlan szeszélyességét, a nélkül, hogy ezen szeszélyesség magyarázatában a külső *elnyomásokra* szükség volna.

Kétségtelennek tartjuk továbbá azt is, hogy a phantastikus apperceptiót a túlzott elnyomásokon saját automatikus növekvési tendentiáján kívül más körülmények is előmozdíthatják. A logikus apperceptio activ szellemi munka és mint ilyen bizonyos fokú, kifáradással járó erőfeszítést igényel. Rendszeres elhanyagolásának, vagy pláne elnyomásának, a gyakorlás híján beálló gyengeség lehet a következménye, mely az arra hajlamos egyénekben önmagában véve is megkönnyíti a phantastikus apperceptio túltengését. A jóformán tisztán phantastikusan affectiv életet élő psychében túlnyomóan hangulatilag erősen színezett emlékképek halmoztatnak fel, s a phantastikus apperceptio automatikus növekedése még fokozott mértékben érvényesül.

Kérdésesnek tartjuk még azt is, hogy az erős affectust okozó élmények után visszamaradó emlékképek azon esetben, ha az első affectusnak alkalma volt „lereagálni", csakugyan elvesztik hangulati szinezetüket, vagy pláne ellenkező színezetet vesznek fel: sőt ellenkezőleg, el kell ismernünk annak lehetőségét, hogy az erős affectust okozó élmények után visszamaradó emlékképek hangulati szinezetüket megtartják, s hogy idegen élményekhez azért kapcsolódnak, mert ismételt feléledésük alkalmával a phantastikus apperceptio szemlélésében eredeti fogalmi tartalmuk fokozatosan kiveszett.

Ily módon válik nézetünk szerint érthetővé, hogy miként tudja a fegyelmezetlenül kényeztető, a túlzott művésziesen érzékenykedő, az exaltált, mystikusan vallásos vagy babonás nevelés a phantastikus apperceptio túltengését előidézni, nem a túlzott elnyomásoknak a logikai apperceptiót passziváló hatása, hanem az affectiv szemlélésnek a logikus apperceptio elhanyagolása vagy pláne elnyomása útján történt fokozása által.

A gyermek physiologiai logikai gyengesége, kritikai tapasztalatokban való szegénysége folytán passiv apperceptióra hajlamos; normalis kedvező életviszonyok között a testi kifejlődéssel párhuzamosan fejlődnek szellemi kepességei és erősbödik logikai apperceptiója is. A phantastikus apperceptióra hajlamosított, gyengébb logikai apperceptióval biró vagy kedvezőtlen körülmények között fejlődő egyénben megmarad, sőt túlteng a phantastikus apperceptio s vele együtt a vezethetőség is. Míg azonban a fiatal psyche vezethetősége egyszerű, addig a kifejlődött psyche vezethetősége a psychében felhalmozott, hangulatilag erősen színezett emlékképek uralma alatt komplikálttá és sokszor meglehetős bizarrá válik. A hysteriás makacsság maga is csak vezethetőség, csakhogy ennek egy, az apperceptio-feszültség befelé irányulása folytán „befelé" eltolódott formája, mert az új impressiókat különben is mind nehezebben felvevő, öregedő psychében az affectusemlékképek mind nagyobb mérvő felhalmozódása és egyre dominálóbb hatása folytán *a vezetést az emlékek veszik át.* A felhívó impulsusra ekkor már csak az esetben következik be a vezetett cselekmény, ha a felhívó impulsusra oly affectusok kelnek életre, melyek a cselekvés irányában hatnak. Igy kapjuk a legtöbb esetben azon váratlan és meglepően „értelmetlen és mértéktelen" reactiókat, melyek a hysteriás cselekvésre jellemzők. Tagadhatatlan itt bizonyos analogia a paranoiás fixatumok önkényuralmával, melyek ha egyszer életre keltek, összes affectustonusaikkal együtt feltartóztathatatlanul zajlanak le. A makacs hysteriást saját affectusemlékképei vezetik, melyekkel szemben logikai ellentállást kifejteni éppúgy nem bir, mint a hogy a vezethető egyén nem bir az idegen felhívásokkal szemben logikai ellentállást kifejteni. E logikai ellentállások hiánya teszi érthetővé, hogy az életre kelt emlékképek miért vezetik oly feltartóztathatlanul a hysteriás cselekvést, de teszik érthetővé azt is, hogy miért sike-

[5] *Wundt* szerint az értelemműködésnek alapvonása a *logikus apperceptio,* vagyis a tapasztalatok adta belső tartalma egyezéseinek és különbözőségeinek felfogása. Ezen tiszta tárgyilagosság álltal jellemzett értelmi működéssel áll szemben *a phantastikusan appercipiáló* psyche apperceptiomódja *(Hellpach),* mely a kapott képzetcomplexumot nemcsak hogy nem veti beható analysis alá, hanem melyben az apperceptum által tömegesen és rohamosan életre keltett képzetek ostroma passziválja a logikus apperceptiót.

rül a legmakacsabb hysteriás vezetését is kézhez kapnunk, mihelyt vezethetőségének kulcsát megtaláltuk.

Ha a passiv apperceptióra hajlamos psyche apperceptiv feszültségének befelé irányulása korán, már a gyermekkorban következik be, akkor már a gyermekkorban jelentkezhetnek hysteriás tünetek.

Gyakorlati szempontból, és úgy látszik keletkezésük alapján is, a gyermekkori hysteriának két főtypusát különböztethetjük meg. Az egyik inkább vagyontalan (alkoholista), nyomoruságos viszonyok között élő családok gyermekein, a másik úgy a vagyonos, mint a szegény családokban egyaránt észlelhető. Az első typus, hol a félelmi affectusokat okozó gond és rettegés, kombinálva rossz táplálkozással, megerőltető munkával stb.-vel mint általános gyengítő momentumokkal, okozza a phantastikus apperceptio túltengését és az apperceptiv feszültség befelé irányulását. A jelentkező symptoma többnyire sympathikus érzések alapján keletkezett képzetek által determináltatik (betegség, hasonló balsors képzete, hysteriás epidemiák).

A másik typus inkább a túlzott, irrationalisan érvényesülő szülői szeretet terméke: leginkább kevés vagy egy gyermekű, csekély intelligentiájú, talán szintén hysteriás szülők neuropathiásan terhelt, irrationalis nevelésű, de azért esetleg nagyon is „művelt", egy és más tekintetben gyakran elég intelligens gyermekein található. Itt a túlzott féltés és aggodalmaskodás (nagy tanácskozás a gyermekek előtt, hogy mi a jó a gyermeknek!), az ösztönszeszélyek indokolatlan kielégítéséből származó fegyelmezetlenség, öntúlbecslés és egoismus vezetnek a phantastikus apperceptio túltengésére és az apperceptiv feszültség befelé irányulására. A symptoma természetét itt inkább a gyermeknek valamely, a környezet által lehetőleg még túlbecsült és nagyobbított ijedtségi affectusa szokta determinálni, de nem ritkán valamely oly képzet, mely egy ösztönszeszély ki nem elégítéséből vagy valamely kötelesség teljesítésével szemben jelentkező ellentállásból származott affectushoz csatlakozik.

Az imént mondottak alapján megmagyarázhatjuk a kórházi gyógykezelésnek mint rationalis milieuváltozásnak hatását.

Az arra alkalmas pathologiailag termékeny talajon a meg nem felelő környezet fejlesztette tovább a pathologiai hajlamot, segítette elő a psyche korai hysterizálását és produkálta a symptomát: szerepe tehát oki. Az ok megszüntetése ugyanazon környezet alakítása által jóformán lehetetlen. Csak nagy ritkán sikerül a családi környezet következetes nevelése által némileg kedvezőbb helyzetet teremtenünk, hiszen a környező szegénység okozta gondokat, vagy az alkoholista szülő durvaságait épp oly kevéssé tudjuk megszüntetni, mint a belátásnélküli szülők oktalan aggodalmaskodásait, vagy az opulens környezet kényeztető hatását. Leghelyesebb tehát, ha a gyermeket lehetőleg minden habozás nélkül kiveszszük azon környezetből, mely őt beteggé tette, vagy legalább megbetegedni engedte.

Ha pedig már megteszszük ezen lépést, úgy gondoskodnunk kell arról is, hogy az új környezet, melybe a beteg kerül, minden legapróbb részletében következetesen észszerű legyen. Ezen követelménynek semmi sem felel meg inkább, mint egy jól vezetett gyermekkórház kórterme, melynek ápolószemélyzete, sőt beteganyaga maga is hosszú évek során át beletanult és beleszokott azon hangba, melyet a hysteriás gyermekkel szemben alkalmazni kell. Ez a betanultság eredményezi azt, hogy a gyermek, ki hysteria-diagnosissal kerül az osztályra, igen sokszor meggyógyul, még mielőtt tulajdonképpeni orvosi kezelés alá került volna, úgy hogy a további kórházi tartózkodásnak már nincs is egyéb czélja, mint a gyógyulás megmaradását további helyes irányú nevelés és a somatikus állapot megjavítása által biztosítani.

A kórházi környezetnek ezt a szükséges hangulatát elég könnyű kifejleszteni; jóformán önmagától jön meg, ha a gyógykezelés vezetésében bizonyos elveket huzamosabb időn át következetesen betartunk és betartatunk. Megbízható ápolószemélyzetet türelemre és szelidségre is csak elvétve kell inteni, mert hiszen mint ápoló megszokta, hogy az, a ki az osztályra kerül: beteg, úgy hogy alig kell attól tartanunk, hogy a szigorúság, melyet hysteriás beteggel szemben feltétlenül meg kell kívánnunk, rossz bánásmódba csapjon át. Igen hamar megszokja az ápolószemélyzet azt is, hogy a legviharosabb hysteriás symptomától se ijedjen meg, mihelyt látja, hogy az orvos benne semmi nyugtalanítót sem lát s legfeljebb szigorúbb rendszabályok alkalmazását rendeli el. Egy dolog van, mire végtelenül kell vigyáznunk, s ez a diagnostikai tévedés. Eltekintve az általános szempontoktól, melyek szerint a hysteria diagnosisának téves felállítását súlyosabb hibának tartjuk más diagnostikai tévedésnél, már csak azért is óvakodnunk kell tőle, mert egy-két ily tévedésünk elég lehet arra, hogy tönkretéve a környezetnek rendületlen bizalmát, egy csapásra megsemmisítse hosszú évek munkáját. Inkább gyógyuljon meg egy hysteriás betegünk váratlanul, mielőtt még bajával tisztába jöttünk volna, mintsem hogy megessék, hogy hysteria-diagnosissal hosszú ideig eredménytelen kezeljünk valamely fel nem ismert szervi megbetegedést.

Azon általános, minden esetre illő elveket, melyek szerint a hysteriás gyermekek kórházi gyógykezelésekor eljárunk, a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A környezetnek absolut nyugodtsága az emotio legcsekélyebb árnyéka nélkül, még a *legviharosabb hysteriás tünettel szemben is.*

2. A mihamarabb vagy talán rögtönösen bekövetkezendő gyógyulás bizonyosságának a *környezet magaviselete által* mintegy önkéntelenül való elárulása.

3. A gyermek egyénisége túlérvényesülésének absolut elnyomása, a szigorú, *kivételes elbánást nem tűrő* kórházi fegyelem által.

4. A hysteriás tünetnek *„voluntarizálása"* (akaratosítása), azaz a betegség képzetétől való szétválasztása és az akarati, tehát felelős cselekmény képzetéhez való kapcsolása.

5. Gyógyszeres és physicalis gyógykezelés, a mennyiben a psychotherapia vagy a testi állapot megkívánja.

Ezen általános irányelvek önként folynak az előzőleg mondottakból. A bennük foglaltak nem egyebek, mint a rationalis psychés nevelésnek alapvonásai. Czéljuk a phantastikusan appercipiáló psychétől az apperceptiv feszültséget befelé irányító félelmi affectusokat távoltartani és ugyanakkor és vele együtt a phantastikus apperceptióra való hajlamot, de legfőképpen az apperceptiv feszültség befelé irányultságát is lehetőség szerint leküzdeni. Az előbbi czélt szolgálja minden, a mi a kis beteg biztonsági érzetét, a gyógyulásban való bizalmát fokozza, az utóbbiakat a biztonságérzetet növelő behatások, a túlzott önérvényesülés és önértékelés leküzdése és a *logikus apperceptio fejlesztése* által a fegyelmi rendszabályok szolgálják.

Az odavetőleg vázolt környezetek bármelyikében keletkezett legyen a hysteriás tünet, mindig ijedtséget és részvétteljes feltűnést kelt a környezetben. Ez az ijedtség és ez a feltűnés azon momentumok, melyek legkárosabban hatnak a beteg psychéjére. Ennek a mindenképpen hysterizáló hatású környezetnek tonusával homlokegyenest ellenkező hangulatú környezetbe jut a beteg, ha alkalmas kórházi osztályra kerül. Míg ott a környezet rémüldözése által saját félelmi affectusa csak növeltetett, csodálkozó részvéte által saját egyéniségének rendkívülisége és fontosságának tudata emeltetett, addig itt a környezet nyugodt biztonsága, a tünettel szemben való minden csodálattól mentes indifferentiája és a fegyelem által a többi egyenlő értékű társ közé való besorozása élesen érezteti a kis beteggel, hogy betegségében semmi ijesztő, semmi nyugtalanító sincsen, hogy saját egyéniségének sem betegségéből, sem egyéb okból kifolyólag semmivel sincs több jelentősége, mint többi kis betegtársáénak, hogy betegsége könnyű természetű, sokkal könnyebb, mint bármely más társáé, talán nem is igazi betegség s hogy gyógyulása absolut biztonsággal, saját akarata segítségével, igen rövid idő alatt feltétlenül be fog következni. Ezen kedvezően előkészített talajon kezdődik az orvos működése, melynek főczélja a tünet voluntarisatiója, még pedig úgy, mint az eset kívánja,

vagy tisztán, egyszerű rábeszélés, illetve tiltás által, vagy ha szükséges, physicalis vagy gyógyszeres eszközök igénybevételével.

Az egyszerű *rábeszélést* a ritkábban előforduló bénulásokban szoktuk alkalmazni, támogatva gyengébb, vagy ha kell, erősebb Faraday-féle áram alkalmazásával, midőn a voluntarizálást oly módon igyekezünk elősegíteni, hogy a farádos áram által rángásokat kiváltva mondjuk a betegnek: „Hiszen látod, mozog a lábad, nincsen semmi baja, már csak azért nem tudsz járni, mert nem akarsz, most már csak akarnod kell és jól fogsz járni."

A gyakrabban előforduló hysteriás görcsök, hányás, öklöndözés stb. ellen a voluntarizálást a *Bókay János* tanár által már rég gyakorolt igen egyszerű és kitünően bevált módon alkalmazzuk. A kis beteget felszólítjuk: „*Mutasd meg*, hogy *csinálod!*" Ezen felhívásra majdnem kivétel nélkül azonnal bekövetkezik a productio és reá a replika: ha te ezt így *csinálod*, akkor többé *nem szabad csinálnod*. S ez az egyszeri tiltó kijelentés többnyire elég is. Ha nem lenne elég, úgy a másnapi látogatás alkalmával már jön a feddés a helytelen magaviseletért. S ha ez sem elég, következnek a „büntető" therapiás eljárások. Mert valljuk meg őszintén, a hysteria therapiájában még felnőtteken is elég gyakran és teljes jogosultsággal használunk szándékosan kellemetlen eljárásokat, tisztán azon czélzattal, hogy a betegnek hysterizáltsági állapotával a kellemetlen következmény képzetét állítva szembe, a vezethetőség kiforszirozása által érjük el a gyógyulást. Valljuk meg, hogy mikor a hysteriásoknak kellemetlen szagú és ízű gyógyszereket rendelünk, mikor *kellemetlen* therapiás eljárásoknak vetjük alá (pl. gyomormosás vagy orron át való táplálás, vagy mint például a Salpétrièreben volt szokás: sötét szobába való internálás), akkor voltaképpen nem teszünk egyebet, mint hogy hatalmunkat megmutatva, gyógykezelés czímén szándékosan kellemetlen érzeteket provokálunk.

A felnőttek hysteriája ellen ezen eljárások érthető okokból csak ritkábban vezetnek czélhoz s így kevésbé jogosultak, de gyermekeken teljes sikerrel s így teljes joggal alkalmazhatók. Ezen különbség oka az, hogy úgy külső, mint belső okokból a gyermek még nevelhető, a felnőtt már nem vagy csak nehezen.[6] A gyermek physiologiai gyengeségéből és psychéjének impressionabilitásából egyrészt, társadalmi függő helyzetéből másrészt, következik, hogy nevelhető, vagyis, hogy szükség esetén ismételten alkalmazott kellemes vagy kellemetlen hatásokkal psychéjében oly gátló és indító kapcsolatokat létesíthetünk, melyek kezdetben tudatosan, mint elkerülendő következmények, később automatásan, mint ösztönszerű impulsusokhoz irányítják cselekményeiket.

Ha tehát a tünet akaratosítása sikerült, a mi szintén elég könnyen szokott sikerülni, akkor ezen következő lépés, szükség szerint jutalommal és dicsérettel vegyesen, mint a nevelésnek elengedhetetlen következménye, teljes mérvben alkalmazható és alkalmazandó. Azt talán felesleges említenünk, hogy szigorúan ügyelünk arra, hogy a személyzet tapasztalatlanabb része, mely esetleg némi hajlandósággal birhat ezen rendszabályok félremagyarázására, túlzásba ne menjen, ámbár azt is mondhatjuk, hogy nem is fordult még elő sohasem, hogy a gyermekekben ilyen okra visszavezethető ellentállásnak, daczosságnak vagy pláne félelemnek jeleit tapasztaltuk volna.

Alig hiszem, hogy ezen elvek és rendszabályok ellen komolyabb gyakorlati vagy theoretikus ellenvetéseket lehetne tenni.

Gyakorlati szempontból nem, mert hiszen eredményeink nagyon kielégítők voltak, recidiva csak egyetlen egy esetben fordult elő, akkor is csak múló jelentőségű. Későbbi visszaesésekről immár tíz évre terjedő tapasztalatunk alatt nincs tudomásunk s így feltehetjük, hogy a gyógyulás oly gyökeres volt, mint a milyent a hysteriában egyáltalában elérni lehet.

A theoria szempontjából vita tárgya lehetne, hogy az a módszer, a mely kórházunkban a gyakorlati tapasztalat alapján már régen meghonosodott s a melyet theoretikus alapon is teljesen helyesnek és adaequatnak tartunk, csakugyan megállja-e a kritikát a psyche későbbi evolutiójának szempontjából is, s hogy azon mód, mely szerint a hysteriás gyermekeket befolyásolni s a hysteriás symptomákat leküzdeni szoktuk, nem létesít-e ismét oly elnyomásokat, melyek későbbi fokozott hysterizálásra vezethetnének?

Kétségtelen, hogy ezen aggodalom indokolatlan. A rationalis nevelés is jórészben csak gátlások létesítése által dolgozik, mely gátlásoknak feladata az asocialis affectusokat és vágyakat elnyomni, illetve a gyermekeket ezek kielégítéséről leszoktatni. Az irrationalis nevelés ettől abban különbözik, hogy elnyom *jogosan* érvényesülő affectusokat és vágyakat, érvényesülni enged jogosulatlanokat s hogy az affectusok elnyomására is helytelen eszközöket (ijesztés, elvonás stb.) alkalmaz.

A midőn mi kis betegeinket gyógykezelés alá veszszük, első dolgunk a helyes milieuhatás útján a *félelmi affectusokat* megszüntetni. Az így már előkészített talajon — s ne felejtsük el, gyermekről van szó! — igyekezzünk néhány szóval a tünet akaratosítását elérni s a jövőre nézve tiltólag hatni. Azon kellemetlen behatások, melyeket a kellemetlen gyógyeljárások képviselnek, egész más színben tűnnek fel a gyermek előtt, mint a régi félelmet keltő hatások, melyek betegségét okozták. Tudja és érzi már eleve, hogy elkerülésük jórészt saját akaratától függ, mihamarább tapasztalja, hogy ezek őt egyéni integritásában nem veszélyeztetik, voltaképp tehát nem is félelmetesek, csak kellemetlenek. Tudja, hogy rendszeressé váló megjelenésüket saját akarati cselekménye által redukálhatja és meg is szüntetheti, sőt hogy a kellemetlen következményeket kellemesekkel is helyettesítheti. A gyógykezelés *nem félelmes, csak ellenszenves* s így az általa keltett affectust nem szabad összetévesztenünk azon félelemmel, mely például a mumussal, a fekete emberrel, a kéményseprővel, az ördöggel stb. való ijesztgetés nyomán kél, mely csakugyan a legalkalmasabb arra, hogy a phantastikus appercepticóra való hajlamot nevelje nagyra.

Egész más a helyzet az elnyomott affectus-megnyilvánulás, a meggátolt psychés esemény szempontjából is, mert míg amott jogos ösztönnyilvánulások vagy legalább is indokolt affectusok túlzott elnyomása megy végbe, helytelen eszközökkel, addig itt egy olyan psychés jelenség nyilvánulásával szemben emelünk gátat, mely a normalis psychés causalitással nem volt indokolható és melynek jogosulatlansága az akaratosítás által be is bizonyíttatott. Éppen ezért meggátlása még a tökéletlen értelmiségű fiatal individuum előtt is hasznosnak fog feltűnni és így végeredményben nem mint kellemetlen elnyomó, hanem mint kellemes affectusoldó, a lefolyást könnyítő behatás fog szerepelni.

[6] A felnőttet nem nevelhetjük, nem vezethetjük, mert vele szemben hatalmunk csak annyi van, a mennyit ő maga koncedál, vagyis többnyire csak annyi, a mennyiben előtte érthetetlenek, mystikusak vagyunk.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató-tanár: Preisz Hugó dr.)

Fertőzés vibrio Metschnikoffi-val emberben.

Irta: ***Lénárd Vilmos*** dr., tanársegéd.

Az ázsiai cholera kórokozójának *Koch R.* által történt felfedezése óta alakilag teljesen megegyező számos hasonló vibriót írtak le, sőt ezek egy részét súlyosan beteg choleragyanus egyének ürülékében találták. Ha azonban kutatjuk, hogy ezen vibrióknak mennyiben tulajdonítható kórnemző szerep, azt találjuk, hogy az észlelők legnagyobb része pusztán jelenlétükből következtetett ugyan kórokozó voltukra, de ezt kellőleg nem bizonyította.

Tudjuk, hogy a szervezetbe hatolt pathogen bacteriumok ott specifikus ellenanyagokat (agglutininek, bacteriolysinek

stb.) termelnek, melyek serologiai reactiókkal kimutathatók. Ezen antianyagok azonban csak azon esetben keletkeznek, ha a szervezet az illető kórokozóval közvetlen relatióba lép, vagyis ha a pathogen bacterium fertőzést, betegséget hozott létre. Nagyobb mennyiségű ily antianyagok jelenlétéből tehát joggal következtethetünk visszafelé a kérdéses bacterium pathogen szerepére.

A choleragyanus betegek ürülékében talált nem cholera-vibriókat ismertető munkák közül leginkább figyelemre méltó *Kolle* és *Gottschlich*[1] közleménye. Az 1894.-i lissaboni súlyos hasmenéses járvány alkalmával (a melyben 15.000 egyén betegedett meg) 50 esetet vizsgáltak s köztük 44-ben az ürülékben tetemes mennyiségű vibriót találtak, mely alakilag s tenyészetbeli tulajdonságaiban igen hasonlított a cholera-vibrióhoz, ellenben a specifikus biologiai reactiókat nem adta.

Hogy e nagyszámú megbetegedést a talált vibrio okozta, csak az esetben tehetnők fel, ha a vizsgált betegek vérében a vibriónak megfelelő specifikus antianyagokat sikerült volna kimutatni. A közölt adatokból azonban ez nem tűnik ki.

Mindezideig egyedül *Kandiba*[2] vizsgált ily szempontból két esetet, a hol choleragyanus egyének ürülékében tömegesen talált vibriók nem bizonyultak choleravibrióknak. Az egyik kitenyésztett vibrióról sikerült megállapítani, hogy a *Metschnikoff*-félével azonos; a vibrio Metschnikoffival készült savó a végtiterig agglutinálta, viszont a kérdéses vibrióval kezelt állat savója a *Metschnikoff*-féle vibrióval mutatott a végtiterig agglutinatiót. A betegek serumában azonban specifikus antianyagok nem voltak kimutathatók, a miért e vibrióknak aetiologiai jelentőséget *nem* tulajdonítottak.

Ez ideig tehát nem ismerünk oly esetet, melyben kétségtelenül megállapították volna, hogy nem cholera-vibrio emberben bélmegbetegedést és intoxicatiót tud előidézni. Az alább közlendő esetben azonban a megejtett bakteriologiai és serologiai vizsgálati eredmények alapján kétségtelennek látszik, hogy a súlyos bélmegbetegedést és intoxicatiós tüneteket valóban az ürülékből kitenyésztett és vibrio Metschnikoffinak megállapított vibrio idézte elő.

Az eset a következő: P. A. 43 éves laboratoriumi szolga 1911 márczius 31.-én kora reggel heves hasmenéssel megbetegszik. Altestében görcsöket, egész testében feszülő izomfájdalmakat érez. *5 perczenkint* híg, barnás, savószerű, nyálkaczafatokkal vegyes folyadékot ürít. Állandó tenesmus mellett folyton gyengül s délelőtt 11 óra felé már súlyos collapsus képét mutatja. Arcza sápadt, ólmos színű, szemei beesettek, szája szederjes, bőre hideg, pulsusa filiformis, majd a beteg eszméletlenül összeesik. Néhány pillanat mulva magához tér, de néhány perczczel később hideg verejtékkel a köztakarón újra kollabál. Föleszmélés után negyedórával már sokkal jobban érzi magát, délután is jól van, csak igen gyenge. Másnap teljesen egészségesnek mondja magát, hasmenése megszűnt. A következő napokon már rendes munkáját végzi. A megbetegedés előtt magához vett ételek után érdeklődve, sikerült megtudni, hogy megelőző nap estéjén egész családjával füstölthúst evett, azonban egyedül csak ő betegedett meg.

Az eset vehemens tüneteivel méltán kelthette az ázsiai cholera gyanuját, annál is inkább, mivel a betegnek, esetleges vigyázatlansága folytán, alkalma lehetett cholerás anyaggal érintkezni.

Az ürülékkel rögtön megejtett *mikroskopi vizsgálat* valóban *vibriót* derített ki, mely a többi jelenlévő, legnagyobbrészt pálczikaalakú bacteriumot számban messze túlhaladta. Az ürülékkel oltott *peptonvíz* felszínén már 6 óra mulva lehelletszerű hártya nőtt, a mely *tisztán vibrióból áll.* Ugyancsak *ürülékkel szélesztett agaron* 24 óra mulva majdnem tisztán vibriókból álló telepek nőttek. E telepek azonban nem homogenek s áttűnők, mint az ázsiai vibrio koloniái, hanem inkább szürkések s a concentrikusan fényezett fémkoronghoz hasonló rajzolatot mutatnak.

A többféle magas értékű, agglutináló cholerasavókkal végzett negativ eredményű vizsgálatokból pedig végleg kiderült, hogy a kitenyésztett vibrio *nem choleravibrio.*

Agglutinatiós kisérletek.

I.

Savó	Agglutinatio
Az intézetben készült cholerasavóval (tit. 1 : 80·000)	0
Paltauf-féle cholerasavóval (titer 1 : 1500)	0
Pasteur-féle cholerasavóval (10 000-ig beállítva)	0

Azonban biztos vibrio Metschnikoffival kezelt nyúl savója a kérdéses vibriót a végtiterig agglutinálja.

II.

Vibrio	Agglutinatio v Metschnikoff-savóval
Vibrio Metschnikoffi	1 : 6000
Kérdéses vibrio	1 : 6000
Vibrio cholerae as.	0

A kérdéses vibrióval immunizált nyúl savója viszont a *Metschnikoff*-féle vibriót agglutinálta a végső titerig.

III.

Vibrio	Agglutinatio kérdéses vibrióval készült savóval
Kérdéses vibrio	1 : 5000
Vibrio Metschnikoffi	1 : 5000
Vibrio cholerae as.	0

A kérdéses vibrio tiszta tenyészetének 1 norm. kacsnyi mennyisége (2 mgr.) 250 gr.-os tengeri malaczot 6—18 óra alatt öl. (Subcutan és peritonealis fertőzés.) Az oltás helyén véres oedema, az állat vére igen sok vibriót tartalmaz. Kölesnyi agartenyészettel mellizomzatba vagy bőrtasakba oltott *galamb 24 óra alatt elpusztul.* A fertőzés helyén véres oedema, az izomnedvben tömérdek vibrio.

A *Pfeiffer*-féle kisérletben a *Metschnikoff*-savó védte a kérdéses vibrióval oltott tengeri malaczot, viszont a kérdéses vibrióval készült savóval sikerült a vibrio Metschnikoffival fertőzött állatot megmenteni. Cholera-savó az állatokat nem védte s a kérdéses vibrio savója sem védte a cholerával fertőzött kisérleti állatot.

Ha még hozzáveszszük, hogy a talált vibrio gelatinát erélyesen folyósít, a nitrosoindolreactiót adja s monotrich, nem merülhet fel kétség aziránt, hogy azonos a *Gamaleia*[3] által baromficholeránál talált s vibrio Metschnikoffinak elnevezett vibrióval. *R. Pfeiffer* Berlin északi kikötőjében észlelte, *Kutscher* szerint pedig folyóvizekben, pocsolyákban, háziállatok (disznó) beleiben közönséges.

Emberben ezideig csak *Kandiba L.* (lásd fent) és *Kolle és Gottschlich*[4] észlelte, azonban pathogen szerepet nem tulajdonított neki. Utóbbi szerzők az 1903.-i alexandriai cholerajárvány alkalmával betegek ürülékében choleravibrióval együtt, valamint egyedül heves hasmenéseknél találták.

A vibrio Metschnikoffi előfordulása az emberi béltractusban tehát kétségtelen.

Felmerült már most az a kérdés, vajjon az esetünkben talált vibrio Metschnikoffi aetiologiai összefüggésbe hozható-e a megbetegedéssel s a vibriók jelenléte nem volt-e csak accidentalis jelenség.

A beteg savójával a 7. és 13. napon végzett agglutináló

[1] Zeitschrift f. Hyg. 1911, Bd. 44.

[2] Zeitschrift f. Hyg., 1911. Bd. 69.

[3] Ann. de l'Inst. Past. 1888.

[4] Zeitschrift f. Hyg., 44. k.

kisérletekből azonban kiderült, hogy a serumban tetemes mennyiségű specifikus agglutininek termelődnek, miért is következtetnünk kell, hogy a súlyos *tüneteket e vibrio okozta.*

IV.

Agglutinatiós kisérlet a beteg savójával.

A kitenyésztett vibriót agglutinálja:	A beteg savója		G. normalis embersavó	L. normalis embersavó	B. normalis embersavó
	7. napon	13. napon	0	0	0
	1 : 50	1 : 150			

Mint látjuk, a beteg savójának agglutinatiós titere a második hétben emelkedett. Normalis emberserum a vibriót nem agglutinálta.

Ezek után kétségtelen, hogy a talált Metschnikoff-féle vibrio okozta a leírt megbetegedést. Felmerül már most az a kérdés, hogy a beteg hol fertőzhette magát e vibrióval. Mivel annak idején az intézet istállójában vibrio Metschnikoffival oltott állatokat tartottak, legközelebb áll az a feltevés, hogy a szolga vigyázatlansága folytán ez állatok útján fertőződött.

A hitelesen észlelt vibrio Metschnikoffi jelenlétét bélbetegek ürülékében megtoldhatom még egy esettel, a mely a magyarországi 1910 évi cholerajárvány alkalmával a *Preisz Hugó* dr. egyet. tanár vezetése alatt álló choleralaboratoriumban került megfigyelés alá. Az eset Czeglédről küldetett fel, a beteg savóját azonban, sajnos, nem volt alkalmam vizsgálni. *Zsivkovics A.* dr., Czegléd városi tisztiorvos szíves volt a betegen tett klinikai megfigyeléseit velem közölni.

„Virág József 38 éves máv. kalauz Budapestről jöve $1^1/_2$ liter szilvát evett meg és arra 2 pohár tejet ivott. Mivel *bélgörcsei, hányása és hasmenése* choleragyanussá tették, a helybeli járványkórházban 8 napon át megfigyeltetett.

Harmadnapra teljesen felgyógyult, a családjában *hasonló megbetegedés nem fordult elő.*"

Itt is feltünő az eset vehemens lefolyása s a *gyors gyógyulás.*

A felküldött, higan folyó sárgás bélsárban szintén már mikroskopice is találhatók voltak vibriók, a peptonvizes előtenyésztés eredménye pedig úgyszólván tiszta vibriokulturát adott. Az agglutinatiós kisérlet cholerasavókkal negativ, vibrio Metschnikoffi-savóval azonban *positiv.* A vibrio többi morphologiai, tenyészetbeli és biologiai tulajdonsága szintén megfelel a Metschnikoff-féle vibriónak.

Tehát cholerajárványos és járványmentes időben bélmegbetegedésekben találunk az ürülékben a cholera kórokozójához hasonló vibriót. Minden egyes gyanus esetben a kitenyésztett vibrio biologiai reactiókkal (agglutinatio, *Pfeiffer*) való identifikálásának elengedhetetlen voltát ez is igazolja.

Hogy miért nem okoz az eddig csak állatpathogennek ismert Metschnikoff-féle s egyéb vibrio, mely a szabad természetben állandóan előfordul, emberben gyakrabban megbetegedést, talán megérthető, ha felteszszük, hogy valamely egyén ellenállóképessége bizonyos körülmények hatása alatt (gyenge tápláltság, betegség stb.) annyira csökkenhet, hogy a különben nem pathogen csíra az illető szervezetben elszaporodhat s kóros hatást fejthet ki. Viszont feltehető az is, hogy a vibrio megváltozhatik bizonyos körülmények folytán tulajdonságaiban s bizonyos fokú virulentiára tehet szert.

Az irodalomból ismeretes s a közölt esetekből úgy látszik, hogy a nem choleravibriók által előidézett megbetegedések heveny lefolyása után igen gyorsan beáll a gyógyulás s contact fertőzést nem okoznak. A lissaboni 15.000 eset közül is csak egy végződött halálosan.

Észleléseim a következőkben foglalhatók össze: Choleragyanus egyén ürülékéből vibriót tenyésztettem ki, mely a specifikus serumreactiók alapján Metschnikoff-féle vibriónak bizonyult. A beteg savójában e vibriónak megfelelő antianyagokat sikerült kimutatnom, a súlyos intoxicatiós tünetek előidézőjének tehát e vibriót kell tekinteni. A Metschnikoff-féle vibriónak emberre pathogen voltát ezideig nem ismertük.

Közlemény az egyetemi III. számú belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.)

Az epe bakteriologiai és chemiai vizsgálata in vivo; diagnostikai eljárás a typhus abdominalis korai felismerésére.

Irta: *Királyfi Géza* dr., első tanársegéd.

(Vége.)

Meg kell emlékeznünk röviden azon további eseteinkről is, a melyek positiv bacteriumlelettel jártak, daczára annak, hogy sem gyomor-bélbetegségek, sem, legalább is kimutatható módon, epeútmegbetegedések nem forogtak fenn.

IV. táblázat.

Szám	Diagnosis	Bakteriologiai lelet	Fehérje
1	Anaemia perniciosa	coli (nem mozog)	0
2	Morb. Addisoni	staphylococcus	0
3	Haemoglobinuria paroxysmalis	spórás bac. (?)	0
4	Emphysema pulm.	coli (szőlőczukrot nem erjeszt)	++
5	Myodegen. cordis	staphylococcus	0
6	Tbc. (gyomorpanaszok)	staphylococcus	0
7	Tbc. (gyomorpanaszok)	staphylococcus	+++
8	Leukaemia	coli (nem mozog)	++
9	Septicaemia	coli (?)	+++
10	Sepsis	coli	+

E csoportban 10 észleletünk van. Feltünő ezekben a staphylococcusleleteknek nagy száma (4); 5 izben a typusos bacillus colit kaptuk (mozgás, czukorerjesztés hiánya), egy izben (haemoglobinuria paroxysmalis) valaminő, közelebbről meg nem határozható spórás bacillus tenyészett ki.

Kérdés, hogy ezeket az eseteket miképpen értelmezzük. Két eshetőség áll fenn e positiv bacteriumleleteknek a magyarázatára. Első sorban számolnunk kell azzal, hogy daczára a hiányzó vagy legalább is nem jellegző klinikai tüneteknek, talán mégis lappangó cholecystitissel állunk szemben. Hiszen közismert dolog, hogy az epekövek, a melyek pedig rendszerint cholecystitises alapon fejlődnek, hányszor lefolynak az életben a nélkül, hogy jellemzőbb tünetet okoznának. Nem zárkózhatunk el teljesen az elől, hogy ezekben az esetekben talán szintén ilyen tünet nélkül lefolyó cholecystitis forgott fenn. Még valószínűbbnek látszik ez a feltevés, ha — mint pl. egy emphysema-esetünkben — többször megismételt vizsgálatkor ugyanazon eredményt kapjuk. Sőt, ha szorosabban átkutattuk ezen betegeinknek az anamnesisét, több esetben reá is akadhattunk ilyen bizonytalan gyomorpanaszokra, határozatlan jellegű hasfájdalmakra, a melyeknek a képe alatt tudvalevőleg igen gyakran lappangó cholecystitisek rejtőzhetnek.

A másik lehetőség ezekben az esetekben a másodlagos fertőzés. Különösen akkor kell másodlagos fertőzésre gondolnunk — épp úgy, mint más irányú bakteriologiai vizsgálatok alkalmával —, a midőn staphylococcus-leletet kapunk. Másodlagos fertőzések alatt a mi szempontunkból főképpen a szájüregfertőzések értendők és ezek között tudvalevőleg éppen a staphylococcusoknak igen nagy szerep jut.

Vizsgálatainknak másik része az epe bakteriologiai vizsgálatán kívül a chemiai vizsgálatra, illetve szorosabban véve az epe fehérjetartalmának vizsgálatára irányult. Physiologiai körülmények között az epe fehérjementes, illetve igen kevés fehérjét a benne levő mucin, mint fehérjenemű anyag révén tartalmaz. Valódi, megalvadó fehérje azonban a normalis viszonyok között elválasztott epében nincsen.

A hullaepében megalvadó fehérjét, tehát mint *Bouisson* elnevezte, *albuminocholiát* többen találtak, részben német, de különösen franczia vizsgálók, így *Pouchet, Thénard, Létienne,*

Tissier, Lehmann, Frerichs, Brauer stb. *Brauer** azután állatkisérletben in vivo is tudott ilyen albuminocholiát experimentálisan előidézni epefistulás kutyákon aethyl- és amylalkoholnak nagyobb mennyiségben való beadásával. Szerinte ez a májparenchyma alkohol okozta bántalmazottságának az eredménye, a mely épp úgy jut kifejezésre az albuminocholiában, mint akár a veseparenchyma megbetegedése albuminuriában. Az epe fehérjetartalmának vizsgálatára vonatkozó más jelentősebb irodalmi adatra nem akadtam, a mi érthető is, ha tekintetbe veszszük, hogy *Boldyreff* eljárásáig tulajdonképpen nem is volt semmiféle olyan technikánk, a mely az élőből nagyobb mennyiségű epe birtokába juttatott volna.

Vizsgálataimban, a melyek eredetileg a cholecystitisre vonatkozó adatok megismerésére törekedtek, az epének ilyen irányú chemiai vizsgálatával azt igyekeztem megállapitani, hogy nem volna-e lehetséges cholecystitisben, mint gyuladásos folyamatban, a fehérjetartalmú lobterméknek, exsudatumnak az epéhez való keveredését konstatálni, illetve megfordítva, az epének positiv fehérje-reactiója révén nem volna-e lehetséges a cholecystitis klinikai diagnosisára megbizható újabb adatokat nyernünk.

Erre a czélra, az olajreggeli után nyerhető epének bakteriologiai vizsgálatát elvégezvén, a visszamaradt epe egy részével sulfosalicylsav-reactiót végeztünk. Annak a lehető ellenvetésnek kikerülésére, hogy positiv fehérjereactio esetén talán a gyomorban jelenlevő vagy visszamaradó N-tartalmú anyagok, illetve fehérjét tartalmazó ételszármazékok adják a reactiót, a vizsgálatot mindig reggel, üres gyomorra végeztem. Másodsorban, a netaláni motoros insufficientia okozta hibaforrás kikerülésére (a mint az különben már a vizsgálatok első részében, a bakteriologiai vizsgálat czéljaira szintén szükségessé vált) a gyomrot előzőleg minden alkalommal steril vízzel kimostam, harmadszor a mosó folyadékot magát előzőleg szintén sulfosalicylsavval a fehérjetartalom szempontjából megvizsgáltam. Ilyen cautelák mellett, úgy hiszem, az epének a vizsgálata alkalmával mutatkozó fehérjereactiót joggal lehet csakugyan magából az epéből, illetve a duodenumból származottnak tekinteni.

Az epe mucintartalmára való tekintettel, a sulfosalicylsavval csupán mérsékelt zavarodást mutató, gyenge fehérjereactiókat figyelmen kivül hagytam és jelentőséget csupán a valóban kifejezett, nagy csapadékképződéssel járó, igen erősen positiv reactiónak tulajdonitottam.

Ezek után meg kell mindenekelőtt állapítanunk azt, hogy kétségtelen összefüggés, kapcsolat áll fenn az epe fehérjereactiója és az epe bacteriumtartalma között. Azokban az esetekben, a melyekben fehérjereactio volt kimutatható, minden egyes alkalommal positiv bacteriumleletet is kaptam; egyetlenegyszer sem volt positiv a fehérjereactio olyankor, a midőn az epe sterilnek mutatkozott. Megfordítva a dolog nem egészen áll, mert positiv fehérjereactio mellett ugyan mindig positiv volt a bacteriumlelet is, de viszont positiv bacteriumlelet mellett nem minden esetben kaptunk positiv fehérjereactiót. Ezen körülmény is a mellett szól, hogy a positiv fehérjereactio csakugyan jelentőséggel bír és hogy azt valóban az epéből, illetve a duodenumból származottnak, nem pedig a gyomorban visszamaradt, fehérjetartalmú alkatórészek által okozottnak kell tekintenünk.

Az epe fehérjetartalmának vizsgálatakor kitűnik, hogy — csupán egy, klinice is kérdéses és a bakteriologiai vizsgálatkor is negativ lelettel járó esetnek a kivételével — összes cholecystitis-eseteinkben a fehérjereactio positivnak bizonyult. Positivnak mutatkozott továbbá azon cholelithiasis-esetekben is, a melyek positiv bacteriumlelettel jártak.

A gyomor- és bélbetegségek rubrikájában erősen positiv reactiót adott a streptococcus + staphylococcussal járt colitis, kevésbé erősen positivat egy colival járó carcinoma ventriculi és ismét igen erősen positivat a typhusbacillus tiszta kulturájával járt typhus abdominalis 3 esete. A többi szerv megbetegedése kapcsán erősen positiv volt 4 bacillus colival és egy staphylococcussal járt esetünk.

* Brauer: Untersuchungen über die Leber. (Zeitschr. f. physiolog. Chemie 40 köt. 1903. 192. o.)

A negativ bacteriumlelettel járt többi 39 eset mindegyikében a fehérjereactio szintén negativnak mutatkozott.

Ha a fehérjereactiónak klinikai jelentőségét mérlegeljük, akkor ezek után azt kell mondanunk, hogy a bő csapadékot adó, erősen positiv fehérjereactiót szolgáltató epe minden valószínűség szerint cholecystitis által van feltételezve. Ez természetes is, mert csakis e cholecystitises fehérjetartalmú exsudatumnak a hozzákeveredése teheti az egyébként fehérjementes epét ilyen bőségesen fehérjetartalmúvá.

Azokban az esetekben, a melyekben erősen positiv fehérjereactiót kaptunk, a nélkül, hogy a klinikai jelek alapján cholecystitis biztosan megállapítható lett volna, nem lehet elzárkóznunk az elől — a mit egyébként a hasonló körülmények között mutatkozó positiv bacteriumleletekről is mondottunk —, hogy, a tünet nélkül lefolyó epekövek gyakoriságának számbavételével, talán mégis lappangó cholecystitisekkel állunk szemben.

Az epe positiv fehérjereactiója egyúttal értékesíthető volna talán azon szempontból is, hogy olyan esetekben, a midőn positiv bacteriumlelet mellett — a másodlagos fertőzés lehetőségének számbavételével — kételyek merülnek fel az ránt, hogy csakugyan cholecystitis forog-e fenn, ezt a kérdést a fehérjereactio positiv vagy negativ eredménye értelmében dönthessük el.

Az albuminocholia kérdésének megbeszélésénél még egy körülményre óhajtanék röviden kitérni. A mint fentebb hangoztattam, *Brauer* azt állítja, hogy az albuminocholia, tehát az epében a fehérje megjelenése a májparenchyma bántalmazottságának csak olyan biztos jele, mint akár az albuminuria a veseparenchyma megbetegedésének. Ennek a megczáfolására hepatitis, lues hepatis és egyéb májeseteinken kívül különösen egyik észleletünkre hivatkozom (66.), a melyben a májnak olyan rendkívül súlyos functiozavara volt jelen, a májparenchymának olyan tökéletes elpusztulásával, hogy az az élőben a súlyos icterus gravis kórképével, a bonczolóasztalon az atrophia hepatis flava-hoz nagy mértékben hasonló elváltozásokkal járt és a mely esetben az epe a bakteriologiai vizsgálat alkalmával mégis sterilnek mutatkozott és sulfosalicylsavval fehérje szintén nem volt kimutatható. Bizonyságául annak, hogy a fehérjereactiót csakugyan inkább a cholecystitissel és nem a májparenchyma megbetegedésével hozhatjuk összefüggésbe.

Csak egész röviden óhajtok beszámolni vizsgálataimnak azon részéről, a mely az epének mikroskopi vizsgálatára vonatkozik. A kérdés ezen részére bővebben kiterjeszkedni nem szándékozom, egyrészt, mert *Petry*, a mint fentebb hangoztattam volt, e kérdést már bővebben fejtegette, másrészt, mert — a mint meggyőződtem — a mikroskopi kép nagyobb mértékben számbavehető és értékesíthető diagnostikai jeleket nem szolgáltat. Mindenekelőtt hangsúlyoznom kell, hogy *Petry* észleleteit a magam részéről teljesen megerősíteni nem tudtam; a cholelithiasis eseteiben szerinte kimutatható epekőalkotórészeket, legalább is teljes biztossággal, felismernem nem sikerült. A polynuclearis leukocyta-leletek, ha elszórtan vannak, nagyobb jelentőséggel szintén nem ruházhatók fel. Mindenesetre a feltűnő nagy számban jelentkező genysejtek — a mint az különösen egyik streptococcussal járó acut cholecystitis-esetünkben mutatkozott — bizonyos fokig, mint gyuladásos jelenség, értékkel és talán diagnostikai jelentőséggel is bírnak. A fehérjereactio azonban a genysejttartalommal, úgy látszik, nem tart mindenben lépést. A mint ugyanis egyikmásik észleletünk bizonyítja, az epe igen erősen positiv reactiót mutathat akkor is, ha a mikroskopi képen sejtes alakelemeket felismernünk nem sikerül.

Kiemelendőnek tartom egyúttal azt, hogy az epeutak kibélelő hámját vagy az *Eppinger, Brauer, Haupt* és mások által leírt ú. n. epecylindereket a mikroskopi képben szintén nem találtam meg. A mikroskopi vizsgálatnak ezek szerint nagyobb jelentőséget csak azon esetben volnék hajlandó tulajdonítani, ha az feltünően nagyobb mennyiségű genysejtnek a kimutatásával járna.

Vizsgálataim végeztével még azon körülményre óhajtom a figyelmet felhívni, hogy most, a midőn a duodenalis szonda

kezd a belgyógyászati inventariumban helyet foglalni, vizsgálataim eredményei talán még pontosabb módon lesznek ellenőrizhetők.

Összefoglalás.

1. Rendes körülmények között a duodenum felső részlete sterilnek látszik (69 eset közül 39-ben = 56·5%).

2. Az olaj-próbareggeli útján nyert epe bakteriologiai vizsgálata a cholecystitis-eseteknek legnagyobb részében positiv eredményre vezet és az előidéző bacterium e módszerrel kimutathatónak látszik. Leggyakrabban a bac. coli, ritkábban streptococcus, staphylococcus vagy más pathogen bacteriumok szerepelnek.

3. Cholelithiasis eseteiben az epe bakteriologiai vizsgálata csak kivételesen jár positiv eredménynyel. Egyrészt, mert az epeutak elzáródása mechanice megakadályozza az epével együtt a bacteriumok kiáramlását, másrészt, mert a cholelithiasisok bizonyos százalékában steril epekövekkel állunk szemben *(Aschoff, Riedel)*.

4. Az epeutak bántalmain kívül főképpen a gyomor és bél megbetegedései járnak positiv lelettel. A gyomor-bélrendszer pathologiai bacteriumflórája ilyenkor bizonyos fokig az epe bacteriumképét leplezheti.

5. A gyomor-bélmegbetegedések eseteiben kimutatható bac. coli gyakran egyik-másik biologiai tulajdonságában eltér az ép béltractus állandó lakója gyanánt ismeretes colitól. (Mozgásképesség, szölőczukorerjesztés.)

6. Az epének ilyen módon végzett bakteriologiai vizsgálata igen fontos diagnostikai eijárásnak igérkezik a typhus abdominalis korai felismerésében. Positiv eredménynyel járhat olyankor is, a midőn még a Widal-reactio is negativ, úgyszintén a midőn a vér és a székletét bakteriologiai vizsgálata eredményre nem vezet.

7. Az epeutak, a gyomor és a bél betegségein kívül az egyéb betegségekben mutatkozó positiv bacteriumleletek értelmezésére két eshetőség áll fenn: vagy mégis talán lappangva lefolyó cholecystitis (ismeretes a tünet nélkül lefolyó epekövek gyakorisága), vagy másodlagos fertőzés. Ez utóbbira kell gondolnunk főképpen a staphylococcus-leleteknél.

8. Az epének bacteriumfertőzöttsége és fehérjetartalma között szoros összefüggés áll fenn. Sulfosalicylsavval bőséges csapadékot adó, erős fehérjereactio csak azokban az esetekben mutatható ki, a melyek a bakteriologiai vizsgálatkor is positiv lelettel járnak. Ezekben az esetekben a positiv bacteriumletet és az erősen positiv fehérjereactio cholecystitis mellett szól. A gyenge fehérjereactiónak diagnostikai jelentősége nincsen (mucin, stb.). A positiv fehérjereactio, az albuminocholia tehát a cholecystitis és nem a májparenchyma bántalmazottságának a jele.

9. Azon esetekben, a midőn erős fehérjereactio nyerhető cholecystitis biztos klinikai jelei nélkül, szintén számolnunk kell a talán lappangva, tünet nélkül lefolyó epehólyaggyuladás lehetőségével.

10. Az epe mikroskopi vizsgálata nagyobb diagnostikai jelentőséggel nem bír. Egy-két polynuclearis leukocyta jelenléte semmiféle következtetésre sem jogosít fel. Csupán azon esetben, a midőn nagyobb mennyiségű genysejt mutatható ki mikroskop alatt, lehet bizonyos fokig az epeutak lobos elváltozásaira következtetnünk. A fehérjereactio a genysejtüledéktől független.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A gyermekorvoslás tankönyve. Irták: *Bókay János* dr., *Flesch Ármin* dr. és *Bókay Zoltán* dr. II. rész.

A tankönyv II. része a heveny és idősült fertőző betegségeket tartalmazza. A hevenyeket *Bókay János*, az idősülteket pedig *Bókay Zoltán* irta meg.

Bár, mint *Bókay János* irja, a heveny fertőző betegségek csak „de facto“ gyermekbetegségek, „de jure“ azonban mindannyian előfordulnak a felnőtt korban is; mégis, mivel éppen a gyermekkorban oly gyakoriak, a gyermekorvosok foglalkoznak vele a legtöbbet és a gyermekorvosoknak köszönhetjük, főleg az utóbbi évtizedekben, ismereteink fejlődését e téren. Mindenki tudja, mily részt vett ki magának e munkából *Bókay János* és hogy ez irányú dolgozatai alapvető munkák. Nem szólva a skarlátról, a varicelláról, a negyedik betegségről, a diphtheriáról, a serumbetegségről stb. szóló dolgozatairól, elég ha utalok az intubatióról irt nagy monographiájára, a mely az egész világon forrásmunka. Ezek után felesleges méltatnom az ő általa irt részt, hisz nagy klinikai tapasztalata minden most működő orvos előtt, a ki többé-kevésbé az ő tanítványa, közismert. Nagy szeretettel irta meg e részt s azért igen élvezetes is az, úgy hogy könyvének tanulmányozása sohasem fárasztó, hanem lebilincselően érdekes olvasmány. Kitünően sikerült a különböző kiütések leirása. Mint klasszikus leirásra utalok a kanyaró és a skarlát fejezetére. A therapiás részben sehol semmi polypragmasia, mindenütt a józan, a sokat tapasztalt klinikus szól hozzánk. Igen tanulságossá teszi *Bókay János* részét, hogy minden betegség tárgyalása előtt rövid kis történeti részt ad. Egyáltalában lehetetlen észre nem venni, hogy a szerző régi, sőt igen régi autorok munkáit is áttanulmányozta. Annál feltünőbb jelenség ez, mert az utóbbi időkben úgyis azt szoktuk tapasztalni, hogy a modern szerzők, elolvasva a legújabb czikkeket, rég tudott, de gyorsan elfelejtett dolgokat fedeznek fel minduntalan.

A német irodalmon kívül igen jól ismeri a szerző a franczia és az angol irodalmat is, úgy hogy e könyvből tanulni fog mindenki. Csak egy megjegyzésem volna e rész ellen. A könyv bevezetésében *Bókay János* rövid theoriás részt ád az infectióról és az immunitásról. E fejezet túlrövid. Jó alkalom lett volna klinikai szempontból áttekintést adni az utóbbi évek e téren való nagy haladásáról.

Hiszen e kérdésekben is sok szép dolgot produkáltak a gyermekorvosok. De ezenfelül, ha valaki meg akarja érteni a fertőző betegségek keletkezését, gyógyulását, a visszamaradó immunitást, a serumtherapiát és ennek jövőjét, akkor e téren bizonyos ismeretekkel kell rendelkeznie. Igaz, hogy *Bókay János* sokat pótol e tekintetben a vaccinatio, a diphtheria, a serumbetegség fejezetében. *Bókay Zoltán* pedig a tuberculosis fejezetében. Ha feltételezzük is, hogy az olvasó ezen ismereteket más specialis munkákból már tudja, akkor is túlrövid e fejezet.

Az idősült fertőző betegségeket a tuberculosis tárgyalása vezeti be. *Bókay Zoltán* általánosságban tárgyalja a tuberculosis pathologiáját, diagnostikáját és therapiáját, mivel az egyes szervek tuberculosisa e szervek egyéb megbetegedéseinek fejezetében újra szerepel. Hogy ily körülmények között e fejezet megírása egyike a legnehezebbeknek, az kétségtelen, és előre bocsájtom, hogy *Bókay Zoltán* jól oldotta meg a feladatát. Ha mégis teszek egyes észrevételeket, ez nem azért van, mintha e fejezet értékét csorbítani akarnám, hanem mivel e könyv megérdemli, a mint az történni is fog, hogy további kiadásokat érjen meg s így lehessen majd e kisebb hibákon javítani, a melyek fáradságos munkájában akárhányszor elkerülik a szerző figyelmét. Igy tollhibának kell tartanom, hogy *Bókay Zoltán* a 338. lapon a tuberculinról azt mondja, hogy az kisajtolt antitoxin. A midőn felsorolja, hogy a tuberculosisos szervezet bizonyos esetekben elveszti antitestképző tulajdonságát, csak a heveny miliaris gümőkórt és a gümőkóros agyhártyagyuladás végső szakát említi, pedig elvész ez a tulajdonság minden súlyos destructióval járó tuberculosis végső szakában, és elvész, a mit gyakorlati szempontból feltétlenül fel kellett volna említeni, a kanyaró folyamán is. A tuberculosis therapiájában aránytalanul nagy helyet foglal el az egyes gyógyhelyek felsorolása, pedig a sok ezer tuberculosisos gyermeknek csak kis töredéke fogja ezeket igénybe vehetni, ellenben a légkúrának, a nap gyógyító hatásának, a fektetés fontosságának csak pár eldugott, közbeszúrt sor jut.

Az oly fontos diaetának 9 sort szentel *Bókay Zoltán*,

és ezenfelül, legalább részemről, e kérdésben nem értek vele egyet. A tuberculinkezelést is igen röviden intézi el a szerző; az én tapasztalataim szerint, ha a kezelést, a mint ő ajánlja, 0·01 mgr.-mal kezdjük el, vajmi kevés e kezelésre alkalmas beteget fogunk találhatni, mert az esetek többségében ezen dosissal lázas tuberculin-reactiót fogunk kiváltani. Evvel szemben igen szabatosan írta meg *Bókay Zoltán* a tuberculosis diagnostikáját, különösen a különböző tuberculinpróbákat.

A scrophulosis fejezetében a szerző túlgyorsan siklik át a most is még élénk vita tárgyát tevő kérdésen, hogy tulajdonképpen mi minden tartozik a scrophulosishoz; itt is nagyobb részt kellett volna szánni a diaetás therapiának. Nagy gonddal van megírva a lues fejezete. *Heim Pál* dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A Shoemaker-féle sphincterplastikáról ír *P. Frangenheim*. A végbél incontinentiájának megakadályozására többféle műtétet, illetve myoplastikai eljárást kiséreltek meg. Ezen műtéti beavatkozások közül egyike a legjobbaknak az, melyet *Shoemaker* a 38. sebészcongressuson ismertetett és a melynek lényege, hogy a musculus glutaeus maximust használja fel a sphincter pótlására. A műtét után a betegek nemcsak a kemény, hanem a híg széket is vissza tudják tartani, olaj-, glycerin- avagy víz-beöntéseket alkalmazva, az így alkotott záróizom a legtökéletesebben működött. Kitünően alkalmazható ezen methodus végbélelőesés esetén avagy carcinoma recti resectiója után jelentkező incontinentia eseteiben is. A szerző egyik esete 13 éves fiú-betegre vonatkozik, a ki a végbéltájára ható súlyos sérülést állott ki. A seb gyógyulásáig a betegnek minden székletét után igen nagy fájdalmai voltak és csak a seb teljes begyógyulása után több héttel vette észre, hogy székletétét nem tudja visszatartani. Feltünő volt a betegen, hogy az anus, a nélkül, hogy nagyobb ellenállást kellene legyőznie, három ujjnak könnyen átjárható. Az egész analis gyürűt hegszövet vette körül. Sphincterszakadásra tették a diagnosist és a jelenlevő incontinentia meggátlása czéljából a *Shoemaker*-féle sphincterplastikát kisérelték meg. A műtétet oly módon végezték, hogy a beteget hasra fektetve, két parallel metszést ejtettek, kezdve két ujjnyi távolságban a középvonaltól az os coccygis csúcsának magasságában. Ezen bemetszések kb. 10 cm.-re lefelé futottak, majd pedig mindkét oldalon kifelé tértek a femur azon részéig, mely körülbelül egy tenyérnyire a trochanter csúcsa alatt foglalt helyet. A lateralis bőrlebenyek lepraeparálása után mindkét oldali glutaeus maximus szabaddá tétetett, egy ujjnyi vastag kötege izoláltatott és az izomról annyira leválasztatott, a míg a nervus glutaeus látszott. Most az egyik izomköteg a rectum felett, a másik a rectum alatt elhelyeztetvén, catgutvarratokkal egymáshoz fixáltattak. A bőrlebenyek visszahajtása után a seb az alsó zug drainezésével elzáratott. 6 héttel a műtét után a beteg tökéletesen meggyógyult, a széket és szeleket visszatartja, az ujj bevezetésekor kb. 2 cm.-re az anus felett erős ellenállás érezhető, mely csak egy ujjnak járható át. A szerző hasonlóan jó eredményt észlelt carcinoma recti miatt végzett resectio után is. Természetesen figyelemmel kell lennünk arra, hogy ezen eljárás nagy beavatkozás és a seb infectiója elég könnyen jöhet létre, úgyszintén a leválasztott izompamat elgenyedése, illetve üszkösödése is. (Medizin. Klinik, 1911, 53. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Idegkórtan.

A fülészeti vizsgálat értékéről a koponyasérülések megitélésében írt *Rhese*. Commotio cerebri után gyakran marad vissza a vestibularis apparatus túlérzékenysége; igaz, hogy ez gyakori általában neuropathiás egyéneken, de mindenesetre megkülönbözteti a beteget az egészségestől, a simulanstól. Így igen érdekes a vestibularis apparatus izgatásának (a fül hideg vízzel való kifecskendezésének) hatása a pulsus-számra; ez egészségesen is a pulsus kis szaporodásával jár, de betegen határozott felszökését okozza, általános rosszulléttől, az arcz kipirulásától kisérve, a mi néhány perczig eltarthat és ezután pulsuscsökkenés, halványság, collapsusszerű állapot következik. Igen értékes továbbá a vestibularis vizsgálat annak megitélésében, hogy a balesetesek után anynyiszor panaszolt szédülés való-e vagy sem. Igaz, hogy biztosan csak negativ irányban dönt, a mennyiben ha a caloriás inger ismételt alkalmazásával nem tudjuk a szédülés-rohamot előidézni, akkor a panaszt valótlannak tekinthetjük. Positiv irányban szolgáltat adatokat ismét, ha a vestibularis apparatus túlingerlékenységét állapíthatjuk meg: ha már hirtelen lehajláskor, hirtelen fejmozdulatkor, a forgószéken való egyszeri forgatás után határozott nystagmus mutatkozik. A fejszédülés után visszamaradó s az általános neuropathiás túlérzékenységet sokszor szintén meg lehet különböztetni az által, hogy csak az egyik oldalon válthatók ki a túlzott reactiók. (Medizinische Klinik, 1911, 7. sz.) *L.*

Elmekórtan.

Az alkohol és a homosexualitas összefüggését tárgyalja *Naecke*. Az alkohol arra nem disponált személyeken nem vált ki valódi homosexualitást és legfeljebb ittas állapotban követnek el némelyek psudohomosexualis cselekedeteket. Ha azonban a megfelelő dispositio megvan, akkor az alkohol, mint más factor is, a homosexualis inversio jelentkezését elősegítheti. Az alkohol hatása az urningokra ugyanolyan, mint az egészséges egyénekre. Az urningok csak ritkán és keveset isznak, nagyon sok közöttük az antialkoholista, de ha részegesek, akkor miben sem különböznek a hetero-sexualis iszákostól és ugyanazon eltéréseket is mutatják. A részegség okai ugyanazok, mint a heterosexualisokéi. (Allgemeine Zeitschrift f. Psych. LXVIII. k. 852. l.)

Goldberger Márk dr.

Ureabrominnal elért eredményeit ismerteti *Böhming*. A szerző az ureabromint (bromcalciumhúgyanyag) 52·0 : 300·0 majd pedig 40·0 : 300·0 oldatban adta, még pedig felnőtteknek naponta 2—3 evőkanállal, fiataloknak 3 kávéskanállal. Az első oldat 20·0 : 150·0 bromkáli-oldatnak felel meg. Az ureabromin jó hatást fejtett ki, a mikor a brom adagolása alkalmával bromismus tünetei jelentkeztek, ugyanís e szer adagolásakor a bromismus tünetei elmultak és a mellett a brom hatása nem csökkent. Ha az ureabromint 2 hónapig adta és újból *Erlenmayer*-féle brom-oldatot rendelt, akkor a bromismus tünetei később jelentkeztek. Ideges aggodalom, álmatlanság esetén épp oly jól használható, mint a többi bromkészitmény, előnye, hogy a brom kellemetlen mellékhatásai nem mutatkoznak. (Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. k. 473. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A differentialis pneumographról és alkalmazásáról gyermekeken ír *Ssokolow*. Oly műszert szerkesztett, melynek segélyével a két mellkasfél légzési kitéréseit egymás mellé állítva érzékítheti. A két mellkasfélre emeltyűket erősít, melyek egy papirkorongra iró segítségével felrajzolják a légzési kitéréseket graphikon alakjában. A közleményhez mellékelt táblákon normalis légzésmozgásokat látunk, a mikor a két görbe parallel fut egymás mellett. Ezzel szemben kisebb-nagyobb eltéréseket mutatnak a chorea, mediastinalis daganat, súlyos pneumonia eseteiben fölvett görbék. Ugyancsak eltérők a differentialis pneumograph görbéi physikalisan nem kimutatható beszűrődés eseteiben, melyekben a Röntgen-felvétel igazolta csak a beszűrődés helyét. Eltérések vannak még peribronchialis és mediastinalis mirigytúltengés és mellhártyaizzadmány eseteiben is. (Jahrbuch f. Kinderheilk., XXV. köt., 3. füzet.) *Péteri* dr.

Járólagos tuberculin-kezelés a gyermekkori gümőkórban és scrophulosisban. A tuberculin-adagok, melyeket *Wittich* a járólagos kezelésnél alkalmazott, $^1/_{1000}$ mgr.-tól 20

mgr.-ig terjedtek, a kezelés igen óvatosan és lassan emelkedő adagokkal történt. A beteganyag kifejezett scrophulosis és kezdődő bronchialis mirigyekből kiinduló tuberculosis volt. Nyilt tuberculosis eseteiben oltás nem végeztetett. A görvélykóros gyermekeken, a kiken az adag 3 mgr.-ig terjedt, az eredmények kielégítők voltak, még pedig: 1. a külső, scrophulosisra jellegzetes tünetek visszafejlődtek; 2. a phlyctaenás folyamat megszűnt; 3. a bőr-tuberculidok visszafejlődtek; 4. az étvágy javult és a testsúly emelkedett; 5. a közérzet javult.

Kezdődő gümőkór eseteiben az eredmények szintén kielégítők voltak. A befecskendéseket a gyermekek jól tűrték és csak jelentéktelen hőemelkedések mutatkoztak. Az eredmények a következőkben nyilvánultak: az előbb erősen labilis hőmérsék idővel a normalis határok közt maradt, a subjectiv panaszok elmaradtak, az étvágy javult, a testsúlygörbe emelkedett, az éjjeli izzadás megszűnt, a közérzet javult és a csillapíthatatlan hasmenések megszüntek. Szúrási reactiók sokszor nagy mértékben mutatkoztak, de nem jártak lázzal.

Mindezek alapján a szerző az óvatos tuberculinkezelést scrophulosis és kezdődő gümőkór eseteiben ajánlatosnak tartja. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, XXV. kötet, 2. füzet.)

Péteri dr.

Venereás betegségek.

Salvarsan és latens mikrobismus czímen közli tapasztalását *J. Ruhemann* (Berlin-Wilmersdorf). Tudvalevő, hogy az intravenás salvarsan-injectiók nyomán jelentkező toxikus jelenségeket a legtöbben a physiologiai konyhasóoldatnak mikrobás fertőzésére vezetik vissza. A mérgező hatás ilyenkor olyképpen is magyarázható, hogy a bacteriumok endotoxinjai a salvarsan mérgező hatását jelentékenyen fokozzák. *Ehrlich* laboratoriumában pl. két orosz szerző kimutatta, hogy trypanosomás egereken a salvarsan toxicitása nyolczszor erősebb, ha szervezetükbe egyúttal a bacterium colinak endotoxinja is jutott. A szerző két esete kapcsán azt a nézetet vallja, hogy nem szükséges a bacteriumoknak az injectióhoz használt vízben való jelenléte, hogy a salvarsan mérgező hatása fokozódjék, hanem lehetséges szerinte, hogy a bacteriumok már eleve benn vannak a szervezetben, a mikor a salvarsan-injectio végbemegy. A szervezetnek ez a latens mikrobismusa a különben egészséges szervezetben nem ismeretlen fogalom. A szerző első esetében az intravenás salvarsan-injectio nyomán diffus meningo-encephalomyelitis tünetei fejlődtek ki. „Latens mikrobismussal" azért magyarázza *Ruhemann* ezt az esetét, mert a 30 éves nőbeteg egyrészt az injectiót minden cautela mellett szakavatott kézből kapta, másrészt az injectio idejében influenzában szenvedett. Fölveszi tehát, hogy ebben az esetben a salvarsan súlyos toxikus hatását nem a vízben levő bacteriumok, hanem a szervezetben már bennlevő pathogen bacteriumok okozták. A második esetben, mely ugyancsak nőre vonatkozott, a toxikus tünetek ugyancsak igen súlyosak voltak. Ennek a betegnek sputumában a szerző pneumococcust és micrococcus catarrhalist tudott kimutatni. Szerinte tehát ez az eset is a fönti fölvételt támogatná. *Ruhemann* ezek alapján szükségesnek tartja, hogy minden injectio előtt kutassunk előbb arra nézve, nem folyt-e le a közelmultban valamilyen fertőzéses bántalom. Praeventiv módon olyképpen is küzd a szerző a „latens mikrobismus" ellen, hogy minden injectióval egyidejűleg pyramidont vagy aspirint ad a betegének, a mint ezt különben már mások is ajánlották. (Medizinische Klinik, 1912, 12. sz.) *Guszman.*

Bőrkórtan.

A Payr-féle műtétnek arczlupus eseteiben való alkalmazását kisérelte meg *J. Fabry* (Dortmund). *Payr* a közelmultban egy új elvet vitt be a lupus therapiájába. A míg ugyanis eddig a lupus vulgaris elleni beavatkozás a fölszín felől ment végbe, addig *Payr* a bajt a bőr alatt, a subcutisból támadta meg. Eljárása abból állott, hogy a lupusos gócztól 1 cm.-nyi távolságban az ép bőrben jobbról-balról, tehát kétoldalt a fasciáig terjedő két metszést végzett. A két metszés közé fogott lupusos bőrt azután fölpraeparálta, úgy hogy a beteg rész tulajdonképpen lebenynyé vált. A két metszésen keresztül a beteg bőrlebeny alá perubalzsamba mártott jodoformgaze-t húzott, a melyet 8 naponkint váltott. *Payr* ezzel az eljárással több ízben tudta a lupust meggyógyítani. A tamponok végleges kihúzása hetekkel később történik, a mikor a lebeny újra az alaphoz nő. Az eljárás gyógyhatását a bőséges kötőszövetburjánzással magyarázza. Megerősítette ezt a tapasztalást *Doutrelepont* is. Mindkét szerző azonban csak a végtagok lupusát kezelte; *Fabry* most 5 esetben arczlupus-eseteken próbálta ki az eljárást. Az arczon a viszonyok úgy látszik nehezebbek s *Fabry* az eljárást úgy módosította, hogy a lupusos góczot egy harmadik oldalon is fölszabadította, úgy hogy a beteg lebeny időszakosan csak egy széles nyélen függött össze az arcz bőrével. Tapasztalását a következőkben foglalja össze: 1. A *Payr*-féle aláaknázás oly lupusos esetekben kerülhet alkalmazásba, a melyekben az excisio és a *Thiersch*-féle transplantatio akadályokba ütközik. Az eljárásnak nagy jövője lehet a lupus sebészi therapiájában, a mi annál inkább fontos, mert a sebészi kezelés kétségtelenül a leggyorsabb eredményre vezet. 2. Módosítva az eljárás az arczlupus ellenében is alkalmazható, sőt idővel talán éppen az ilyen esetek lesznek a legalkalmasabbak, mert az arczon a totalexstirpatio kozmetikailag nem mindig kielégítő. A végtagokon ellenben a lupus ellenében továbbra is az exstirpatio, vagy az azzal összekötött transplantatio lesz az alkalmasabb. 3. Az aláaknázás eljárása makacsul recidiváló arczlupus-esetekben is alkalmazható lesz. 4. Természetes, hogy a *Payr*-féle eljárással kezelt esetekben is szükséges az utólagos ellenőrzés s ha recidivás göböcskék jelentkeznek, akkor azokat úgy kell gyógyítani, mint a hogy azt más alkalommal szoktuk (kiégetés, vegyi vagy physikai eljárás). 5. Öt eset közül négyben sikerrel járt az eljárás, mert a lupus legalább is jobb természetűvé vált. A végleges eredményről az észlelési idő rövidsége miatt ma még nem lehet beszámolni. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 111. k. 2. f.)

Guszman dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az aponal nevű újabb hypnoticumról nagyon dicsérően nyilatkozik *Simonstein*. Húgyanyagchloridnak amylenhydratra hatása útján állíttatik elő. Az amylenhydrathoz hasonlóan — de erősebben — hat, tehát főleg olyan esetekben használ, a melyekben az elalvás megy nehezen. 1 grammra legfeljebb 1 óra alatt 6—8 óráig tartó nyugodt alvás következik be; utána a betegek teljesen üdén érzik magukat. Előnye a jó íze is. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1912, 11. szám.)

Typhus okozta bélvérzés hat esetében jó eredményt ért el *John* defibrinált vér befecskendezésével. A vért egészséges emberből vette venaesectio útján és üveggyöngyökkel defibrinálás után tüstént befecskendezte körülbelül 30—50 cm^3 mennyiségben a czomb bőre alá. (Ref. La semaine médicale, 1912, 10. szám.)

Asthma bronchiale ellen *Kayser* szerint jó szolgálatot tesz a calcium chloratum: Rp. Calcii chlorati 20·0; Syr. simpl. 40·0; Aqu. destill. ad 400·0. 2 óránként evőkanálnyi veendő be tejjel.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 21. szám. *Lechner Károly:* A gyermek kóros szellemi világa. *Steiner Miksa:* Orrműtétek tamponade nélkül.

Orvosok lapja, 1912, 22. szám. *Máthé Gábor:* Csecsemő- és gyermekkórház, mint az állami gyermekvédelem kiegészítő intézményei.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 22. szám. *Alapy Henrik:* A gyermekek genyes mellhártyaizzadmányainak gyógykezelése. *Weisz Ede:* A hát idült csúzáról. „Gyermekorvos" melléklet, 2. szám. *Fischer Aladár:* 1. Diverticulum Meckeli és appendicitis. 2. A fossa iliaca furunculusok által okozott genyedése. *Wolf Gyula:* Az urobilinuriáról és az Umber-Ehrlich-féle reactióról.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Pattantyus Ábrahám Márton* dr. illavai országos fegyintézeti főorvosnak a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Krompecher Ödön* dr és *Kétly László* dr. budapesti egyetemi címzetes rendkivüli tanárokat a király nyilvános rendkivüli tanárokká nevezte ki. — *Rosinger József* dr. dobsinai körorvost vasuti orvossá, *Vertán Emil* dr.-t a pécsi, *Fehér Manó* dr.-t a nagytapolcsányi közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Koller Gyula* dr. királyi tanácsos, a Dunagőzhajózási társaság volt főorvosa, e hó 30.-án 83 éves korában. A megboldogult élete folyását, önzetlen és sikeres működését orvoskulturánk fejlesztése terén *Genersich* tanár megkapóan ecsetelte ezelőtt hat évvel (l. lapunk 1906. évi folyamának 28. számát), a mikor 50 éves orvosdoktori jubileuma alkalmával átnyujtotta neki a doktori diszoklevelet. Emlékét kegyelettel őrzi első sorban a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, a melynek alapításában és fejlesztésében mint a társulatnak évtizedeken át titkára, majd alelnöke ritka buzgósággal vett részt. De kegyelettel őrzi meg emlékét lapunk is, a melynek alapításától kezdve hive volt s a melyet régebben irodalmi dolgozataival is fölkeresett, így már 1857. évi első évfolyamunkban találkozunk nevével. A földi javakból, a melyekben a sors részesítette, mindig szívesen és feltűnés nélkül juttatott oda, a hol könyűt kellett apasztani. A budapesti egyetem orvosi karán orvosok özvegyei és árvái számára tett 30.000 koronás alapítványa csak kis része annak, a mit a jótékonyság terén tett. Áldott legyen az emléke! — *Schwartz Izsó* dr. pusztaföldvári községi orvos. — *W. M. Gunning* dr., a szemészet nyug. tanára az amsterdami egyetemen, 77 éves korában. — *E. Strasburger*, a híres bonni botanikus, a modern sejttan egyik megalapítója.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *A legyek betegségterjesztő szerepéről* közöl újabb adatokat *Newsholme.* (Rep. to the local gov. board on publ. health, New series, 53. szám.) Igy kimutatták, hogy különböző bélélősdiek (taenia solium, oxyuris vermicularis, ascaris stb.) petéit a legyek tovahurczolhatják, még pedig nem csupán testük felületén, hanem belükben is. Lépfene-bacillussal fertőzött legyek ürülékében a lépfene-bacillus 15—19 nappal a fertőzés után még kimutatható. — *Az élő és a nem élő bacteriumoknak megkülönböztetésére* mikroskopi vizsgálattal nemrégiben egyszerű módszert ajánlott *Proca.* Szerinte a methylenkékkel festett élő bacteriumok higított (1 : 10) carbolos fuchsinnal utánafestve, megtartják kék színűket, míg a nem élők vörös színűvé lesznek. *Kayser* (Centralblatt für Bakt., Abt. I., Orig., 62. kötet) vizsgálatai alapján megbizhatónak mondja ezt az eljárást. — *Haemophilia* két esetében *Sicard* és *Gutmann* jó eredménynyel használta a natrium nucleinicumot, 0·10—0·20 grammos adagban fecskendezve a bőr alá vagy az izomzatba. (Société méd. des hôpitaux, 1912 febr. 10.)

Gáger Károly dr. kir. tanácsos orvosi működését Bad-Gasteinben ismét megkezdette.

Személyi hirek külföldről. *F. Schenk* (nőorvostan), *E. Hoke* a (belorvostan) és *H. Kahn* (élettan) dr.-ok, a prágai cseh egyetem magántanárai rendk. tanári czimet nyertek. — *M. Polosson* dr., a sebészet ny. r. tanára a lyoni egyetemen, nyugalomba vonul. — *Naunyn* tanár, a strassburgi egyetem volt híres belklinikusa, a ki most Baden-Badenben lakik, május 23.-án ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát. — Junius 22.-én lesz 40 éve, hogy *Kocher* tanár elfoglalta a berni egyetem sebészeti tanszékét. Tisztelői ez alkalommal ünnepélyt rendeznek a hírneves sebész tiszteletére. — A hallei közegészségtani intézet igazgatója, *C. Fraenkel* tanár, nevét *Fraenken*-re változtatta. — *A. Rispal* dr.-t a toulousei egyetemen a bakteriologia tanárává nevezték ki.

Hirek külföldről. Berlinben egy év óta valóban hézagpótló intézet áll fenn: orvosi irodalmi központ. Egy évi fennállása alatt 211 megbizást teljesített; egyes kérdésekre vonatkozó irodalmat állított össze czímek és referatumok alakjában, tudományos dolgozatok fordítását eszközölte idegen nyelvekből németre és németből más nyelvekre stb. Az intézmény élén *Berger* dr. áll (Berlin-Friedenau, Krausstrasse 12); munkatársainak száma 36, részben németek, részben külföldiek. — Márczius 11.-én nyitották meg az új hongkongi egyetemet, a melyhez hozzácsatolták a már 1887 óta fennálló orvosi tanintézetet is. Az egyetem összes tanárai angolok.

Érdekes önéletrajzban ismerteti egy akromegaliában szenvedő londoni orvos, *L. P. Mark*, betegségének fejlődését s testi és lelki szenvedéseit (Acromegaly. A Personal Experience. London, 1912). Állapota igen lassan fejlődött; már gyermekkorában feltünők voltak durva vonásai s nagy kezei, de csak 50 éves korában jutott ő maga annak a tudatára, hogy akromegaliája van; a diagnosist az akromegalia első pontosabb leirója, *P. Marie* is megerősitette. Egész ifjúkorát ideges zavarok, álmatlanság, fejfájás, stb. keserítették el, de az utóbbi évtizedben mind e bajok megszűntek, bár az akromegaliája szemlátomást tovább fejlődik. Legkellemetlenebb tünet az alsó állkapocs erős megnövekedése, mely igen megnehezíti a rágást; bár a fogai épek voltak, műfogakat kellett csináltatnia, hogy kellően táplálkozhassék, de ezekkel is nehezére esik a rágás.

A panamai földszoros asszanálása 1904 óta, a mikor a csatorna épitését az Egyesült-Államok vették át, nagy lépésekkel haladt előre. Addig a földszoros a világ legegészségtelenebb területének hírében állott, és joggal is. Az első vasutvonal építése 1850—55-ig s a csatorna építése 1881—1889-ig rengeteg emberáldozatba került; hat hónap alatt rendesen elpusztult vagy munkaképtelenné lett valamennyi munkás, s újakkal kellett őket helyettesiteni, a kiket leginkább Kinából és Nyugat-Afrikából toboroztak. 1881—1889-ig 22.189 munkás lett a sárgaláz, malária és vérhas áldozatává. 1889-től 1904-ig szünetelt a munka; ekkor vette a csatorna ügyét Amerika a kezébe. Az amerikaiak első dolga volt a terület asszanálása, különösen a mocsarak betömése útján. Ennek az eredménye, hogy most a munkások közt 1000 emberre már nem 240 haláleset esik, mint annak előtte, hanem csak 7,5 s a csatorna építése zavartalanul haladhat előre s közeledhet néhány év mulva várható befejezéséhez.

Lapunk mai számához a *Chemisehe Fabrik „Nassovia“, Wiesbaden* **„Spermathanaton“** elnevezésű specifikus anticoncipiensről szóló prospektusa van mellékelve.

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

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT**
Telefon 26—96.
VI., Ó-uteza 39. sz.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

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

Ó-Tátrafüred **magaslati gyógyhely** (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek.
Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

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

REINIGER, GEBBERT és SCHALL r.-t. Budapest, Rákóczi-út 19.
Villamos orvosi készülékek. Radium-emanatorium-berendezések.

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1.-éig **Franzensbad** („Prinz Wales“).

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-uteza 64. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

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

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

BAD HALL Felső-Ausztria Dr. RICHARD FISCHEL rendel Budapest szállodában.

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.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Dr. WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN
Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
Védjegy.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1912 május 21.-én) 425. l. — A római VII. nemzetközi tuberculosis-congressus. 425. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1912 márczius 16.-án.) 427. l. — A Magyar Szent Korona Országai Balneologiai Egyesületének közgyűlése 1912 április 21.-én. 429. l. — XXII. magyar balneologiai congressus (III ülés 1912 április 20.-án.) 429. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 429. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1912 május 21.-én.)

Elnök: **Entz Géza.** Titkár: **Lengyel Béla.**

Orvosi érdekű tárgy volt:

Ónodi Adolf levelező tag előterjesztése a klinikáján vezetése alatt készült következő dolgozatokról:

1. Dörner Dezső: Az agyvelő kisérleti punctiója.

Emberen orrbajok által okozott 108 agytályog nagyobb része csak a bonczasztalon lett megállapítva; 13 eset műtétre meggyógyult, 29 esetben a beavatkozás nem járt eredménynyel. *Dörner* az agytályogok punctiójakor előforduló veszélyek tanulmányozására 19 kutyakisérletet végzett, a melyek eredményeként kitünt, hogy az agykéreg és a rostos állomány sértését, az oldalkamarák megnyitását, sőt még a kiterjedt vérzéseket is az oldalkamarákban a kutyák jól tűrték el. A beavatkozás következtében beállott bénulások rövid idő multán visszafejlődtek. Az agypunctióra használt eszközök közül a 2 mm. átmérőjű, mandrinnal ellátott tűt találta a legjobbnak. A subduralis üregeknek megvédése czéljából, a melyek a punctio nyílásán át kiürülő geny által fertőződhetnek, *Miodovszky* ajánlata nyomán jodtincturás ecsetelést végzett a kemény agyburkon és jodtinctu.ával átitatott tamponokat helyezett a durára, hogy a jodtinctura mint izgató szer az agyburkok között összetapadásokat hozzon létre. A kisérletekből kitünt, hogy a jodtinctura alkalmazása nem jár az óhajtott eredménynyel, még pedig azért nem, mert azon esetekben, a melyekben a jodtincturát csak tisztán ecsetelés alakjában alkalmazta, éppenséggel semmi elváltozást sem talált a bonczolás alkalmával, míg azon esetekben, a melyekben jodtincturával átitatott tamponokat helyezett a durára, ha a tampon rövid ideig volt a durán, egyáltalán nem vagy csak alig okozott gyuladást a lágyburkokon és az agyon és csak alig volt valami kis izzadmány, a mely a burkokat összetapasztotta; ha pedig hosszabb ideig volt a durán a tampon (3 vagy több napig), a dura elhalt. Ennek alapján a jodtincturás tamponok elhelyezésével nemcsak hogy nem védhetjük meg a subduralis üregeket az esetleges infectiótól, hanem még újabb veszélynek, nevezetesen a dura elhalásának lehetünk okozója.

2. Freystadtl Béla: Az agyvelő és a hangképzés.

A vizsgálatokat kutyákon végezte oly módon, hogy az állatok occipitalis lebenyének megfelelő helyen trepanatiós nyiláson át a nagyagykocsányt, a hidat, a nyúltvelőt különböző magasságban átmetszette. A műtét után megfigyelte a hangszalagok mozgását, valamint az állatok hangadását. Az állatok elpusztulása után a formalinban megkeményített agyon végzett bonczolás állapította meg a metszés pontos helyét. Négy esetben féloldali volt az átmetszés. Az első esetben 2 mm.-rel a corpora quadrigemina elülső dombja előtt érte a metszés a középagyat, az agyalapig áthatolva teljesen átmetszette a bal pedunculus cerebrit. A második esetben a hátulsó ikertest elülső részét érte a metszés s teljesen átszelte a híd bal felét. A harmadik esetben a metszés közvetlenül a hátulsó ikertestek mögött érte a IV. agykamara fenekét, melynek bal felét teljesen átmetszette. A negyedik esetben a IV. agykamara fenekét az elülső és hátulsó ikertestek közti haránt-vonaltól 8 mm.-nyire metszette át jobboldalt. Egy esetben a IV. agykamara feneke mindkét oldalt teljes szélességében átmetszetett. A metszés az elülső és hátulsó ikertestek közt levő harántvonaltól 15 mm.-nyire, a calamus scriptoriustól 9 mm.-nyire esett, 9 mm. mélységig terjedt s csupán a basalis, alig 2 mm.-nyi területen volt meg az összefüggés a nyúltvelő felső és alsó része között.

E kisérletek 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 $^2/_5$ része ép marad. A reflex útján előidézett exspiratiót hallható hang kiséri.

A kutyákon nyert ezen kisérleti 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. Az irodalomban gyakrabban leírt és a cerebralis megbetegedéssel oki összefüggésbe hozott hangszalagbánulások positiv alappal eddig még nem bírnak és a jövőben végzendő klinikai észleletekkel összekötött kórbonczolástani és kórszövettani vizsgálatoknak van fentartva a kérdés tisztázása.

3. Ónodi László: Az oculomotorius, a trochlearis, a trigeminus és az abducens viszonya az iköbölhöz.

Vizsgálatainak eredményei a következők: 1. Az iköböl vékony áttetsző csontfala 12 mm. hosszú területen közvetlenül érintette az oculomotorius törzsét. 2. Az iköböl vékony áttetsző csontfala kis területen közvetlenül érintette a trochlearis törzsét. 3. Az iköböl vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a trigeminus első ágát 7, 10 (két ízben), 11, 12 és 20 mm. hosszú területen. 4. Az iköböl vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a trigeminus második ágát 6, 10 (két ízben), 13, 17 és 20 mm. hosszú területen. Egy esetben a trigeminus második ágának lefutása az üregfalon egy 2 cm.-nyi hosszú előmborodó vonalban volt látható. 5. Az iköböl vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette az abducens törzsét 7, 10, 11, 12, 13 és 20 mm. hosszú területen. 6. Egy esetben a jobb iköböl vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a baloldali oculomotorius, a trochlearis, a trigeminus első ága és az abducens törzsét. 7. A többi esetben az iköböl semminemű szomszédos viszonyban sem állott az oculomotorius, a trochlearis, a trigeminus és az abducens törzsével. 8. Az iköböl vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a clivust 10 (két ízben) és 14 mm. magasságban, 8, 10, 17 és 18 mm. szélességben. Azonkívül az iköblöt a clivustól egy 6, 12 (két ízben) és 16 mm. vastag csontréteg választotta el. 9. Azon említett esetekben, a melyekben az iköböl benső szomszédos viszonyban állott a oculomotorius, a trochlearis, a trigeminus első és második ága és az abducens törzsével, meg van adva a bonczolástani alap az iköbölbántalom által feltételezett részleges vagy teljes szemizombénulás és trigeminus-neuralgia magyarázatára. 10. Azon említett esetekben, a melyekben a jobb iköböl a bal oculomotorius, a trochlearis, az első és második trigeminuság és abducens törzsével állott benső szomszédos viszonyban, meg van adva a bonczolástani alap az egyoldali iköbölbántalom által feltételezett ellenoldali részleges vagy teljes szemizombénulás és trigeminus-neuralgia magyarázatára.

A római VII. nemzetközi tuberculosis-congressus.

Ismerteti: ***Kovács József*** dr.

A congressust ez év április 14.-én nyitotta meg *Baccelli* tanár, volt olasz minister, az olasz király, királyné s 56 állam kiküldöttje jelenlétében. A magyar kormány képviseletében *Tóth Lajos* ministeri tanácsos válaszolt *Baccelli* üdvözlő szavaira.

A congressust közvetlenül megelőzte a X. nemzetközi tuberculosis-conferentia, mely 4 napos ülésszakban beható discussio tárgyává tette a következő, különben a congressust is erősen foglalkoztató kérdéseket: a nő szerepe a tuberculosis elleni küzdelemben, az universalis tuberculosisellenes mozgalom rendszeresítése, heliotherapia, tuberculintherapia és a bovin fertőzés jelentősége a tuberculosis elleni küzdelemben. Ez utóbbi, 1901-ben Londonban *Koch* által történt felvetése óta sokat vitatott kérdésben a conferentia határozatot is hozott, melyet később a congressus is magáéva tett s mely így hangzik: „A tuberculosis-prophylaxis főfeladata az emberről-emberre, főleg a családon belül való fertőzés megakadályozása, a bovin eredetű fertőzés ellen fennállott óvrendszabályok azonban — bár az embernek bovin fertőzése ritkább — továbbra is fenntartandók."

A mi magát a congressust illeti, a megjelentek impozáns tömege és az összehordott anyag mennyisége oly intensiv szorgalomra, komolyságra és lelkesedésre engedett következtetni az orvosi világ, a társadalom és az államok részéről, mely könnyen ellensúlyozta azokat a kívánnivalókat, melyeket a hiányos rendezés és a közlemények elég nagy részének tudományos értéke hagyott fenn.

Az anyagot a congressus 4 sectióban dolgozta fel; az I. sectio tárgyalta a társadalmi védekezést a tuberculosis ellen, a II. és III. sectio a tuberculosis belső és sebészi gyógykezelését, a IV. sectio a tuberculosis kóroktanát és epidemiologiáját.

A sectiókon kívül külön előadásokat tartott *Landouzy* (Páris) „A socialis tényezők fontosságáról a tuberculosis aetiologiájában", *Kraus* (Berlin) „A tuberculosis korai diagnosisáról", *Maragliano* (Genua) és *Webb* (Colorado) „A tuberculosis elleni vaccinatióról", *Sahli* (Bern) „A tuberculin-kezelés vezérelveiről", *Philip* (Edinburgh) „A tuberculisatióról és detuberculisatióról", *Sanarelli* (Bologna) „A tuberculosis biologiai fejlődéséről az emberben" és *Calmette* (Lille) „A tuberculosis elleni küzdelem tudományos alapelveiről".

Az I. sectio a társadalmi védekezés faktorai közül elsősorban a *nők szerepét* tárgyalta a tuberculosis elleni küzdelemben. *Rabinovitsch Lydia* (Berlin), *Annemansné* (Belgium), *Böttcherné* (Berlin), *Murray Leslie* (London) s mások referáltak e kérdésben, mindannyian fontosnak itélve a nő szerepét főleg a családban, a fertőzés eredendő helyén. Szükségesnek tartják a nők szakszerű nevelését ezen irányban s előadják azokat az eredményeket, melyeket Angliában, Belgiumban, de főleg Németországban eddigelé elértek.

A második thema keretében *„Az iskolák befolyásáról a tuberculosis terjedésében" Badaloni* (Róma) terjesztette be tanulmány-sorozatát, mily mértékben szerepelnek rosszul készített iskolapadok s rossz testtartás praedisponáló momentumként hiányos vérventilatio és elégtelen tüdőtágulás folytán. *Maggiora* (Modena), *Castellini* (Florenz), *Lennhof* (Berlin), *Folks* (New-York), *Bors* dr. (Pécs), *La Motte* (Baltimore) s másoknak a tanulók, a tanítószemélyzet és az iskola hygienéjéről, az iskola ellenőrzéséről, az erdei iskolák előnyeiről stb. tartott értekezései után a sectio a következő határozatot hozta:

„Az összes államok felszólíttatnak, hogy népszerű iratok és a tuberculosis elleni küzdelem alapelveire való oktatás által hassanak oda, hogy az iskolák is hathatósan támogassák a tuberculosis elleni küzdelmet."

Következő themája a sectiónak: *„A jóléti intézmények együttműködéséről prophylaktikus- és gyógyintézetekről"*.

De Fleury (Páris) a Grancher-rendszernek, a gyermeknek a fertőzés köréből való eltávolításának az eredményeiről, *Philip* (Liverpool), az Edinburgh-rendszerről, az iskola, a gyermek és a gyermek otthonának állandó ellenőrzéséről szól. *Tamburini* (Róma), *Patzeys* (Liège), *Otis* (Boston) és *Brunelli* a magán- és közjótékonysági intézmények coordinált működésében látja a mozgalom sikerét, *Lenhoff* (Berlin) magyar mintára a gyermekvédelmet, német mintára a munkásbiztosítás elvét, *Fuchs-Wolfring* (Davos) sanatoriumok helyett a specifikus kezelést, *Rey* (Páris) az iskolák reconstructióját ajánlja. Végül a sectio a következő határozatokat fogadta el:

I. Minden eszközzel támogatandók azon intézmények, melyek a gyermekeknek a fertőzés köréből való eltávolítását célozzák.

II. Tudományos tételek meddők lesznek mindaddig, míg a kormányok nem teszik magukévá a kérdést s míg a szükséges költségek előkerítését specialis adók kivetésével lehetővé nem teszik.

A tuberculosis bejelentésének kérdésében *Gualdi* (Róma) a bejelentés eddigi történetét, *Hope* (Liverpool) a kötelező bejelentés eredményét adja elő Angliában, a hol azt a tehenekre is kiterjesztették. *Küss* (Angicourt) a halálesetek kötelező bejelentését és a lakás desinfectióját kívánja.

A hozott határozatok a következők:

I. A congressus e referatumok alapján reméli, hogy az államok törvényhozásukba beveszik a kötelező bejelentés elvét nemcsak a nyilvánvalóan fertőző, de valamennyi tuberculosus betegségben, hogy e bejelentés tekintettel lesz emberi és egyéni érdekekre s hogy azt kellő prophylactikus intézkedés is követni fogja.

II. A congressus tekintettel arra, hogy lehetetlen tudományos elveket vagy egészségügyi törvényeket alkalmazni a nélkül, hogy a közvélemény ennek szükségéről informáltassék, feltétlenül szükségesnek tartja a vándormúzeumok és instruáló vándoriskolák létesítését.

A *lakásegészségügy* jelentőségéről a tuberculosis prophylaxisában referált *Rossi-Doria* (Róma), ki az építkezéseknek szigorúbb hatósági ellenőrzését kívánja. *Juillerat* és *Rey* (Páris) a levegő és napsugarak mint természetes desinfectorok fontosságát hangoztatta.

A vita után hozott határozat így hangzik: A congressus az államoknak oly technikai iskolák felállítását ajánlja, melyek egészségügygyel, főleg pedig házegészségügygyel is szakszerűen foglalkoznak.

Az *alkohol és tuberculosis* kérdésében *Woodhead* (Cambridge) és *Triboulet* (Páris) statisztikai adatokra támaszkodva az alkoholnak a tuberculosisra való praedisponáló hatására mutat rá; az állatkísérletek ez irányban nem voltak bizonyítékoknak felhasználhatók. *Fuchs-Wolfring* (Davos) iszákosokon végzett vérvizsgálatokból resistentia-csökkenést mutat ki mint alkoholhatást. *Laitinen*, *Schmidt*, *Sanarelli* és mások hozzászólása után következett a *kivándorlás és tuberculosis* kérdésének tárgyalása. *Stella* (New-York) a kivándorlók kötelező biztosítását és betegalap létesítését, *Candido* (Nápoly) a visszatérteknek főleg tuberculosisos betegségekre való megvizsgálását ajánlja. *Contessa Daniellie* (Róma) a kivándorló nők és gyermekek érdekében szólal fel.

Sanarelli, *Bonis* bárónő és mások hozzászólása után a sectio a következő resolutio elfogadását ajánlja: A congressus kívánja a kivándorlók kötelező biztosítását tuberculosis ellen és kellő prophylaxisos védelmi intézmények létesítését a visszatértekkel szemben.

A *háziipar befolyásáról a tuberculosis terjedésére* referált *Carozzi* (Milano), ki jól szellőzött és világított hatósági műhelyeket sürgetett; *Jacchia* az élelmiszerkereskedők gyakori tuberculosisáról, *Smith* az angol hatóság sikereiről szólt a béruzsora megszüntetésében. Hozzászóltak *Botelho*, *Bresciani* és mások. A hozott határozat így szól: A congressus az otthondolgozók részére jobb és szigorúbb egészségügyi szabályrendeletek hozatalát sürgeti.

* * *

A II. sectio első tárgya volt az *immunitás vívmányainak alkalmazása a tuberculosis kezelésében*, még pedig a szervezet ellentálló erejének emelése, valamint activ és passiv specifikus kezelés által.

Az első kérdésről értekezett *Courmont* (Lyon) és *Citron* (Berlin). *Courmont* az általános hygienés-diaetás kezelésen kivül activ és passiv immunizálással, főleg pedig vaccinatio nyujtotta előnyökkel éri el a resistentia-fokozást. *Citron* szerint a teljes immunitás lehetetlen. Az amúgy is nagy természetes ellentálló erőt főleg gyermekeken s akkor, ha terhelt család-

ról van szó, lehetőleg korán, az első positiv Pirquet után azonnal fokozni kell specifikus kezeléssel.

A *specifikus activ kezelés* kérdésénél *Neumann* (Bécs) a specifikus diagnostikai módszerek után a tuberculintherapiáról szól, mint a tüdőgümőkór kezelésének ezidőszerint legértékesebb módjáról. *Calmette* (Lille) a tuberculinkezelés előnyeiről és a tuberculin megválasztásáról szól. Az a tuberculin a legjobb, a mely legnagyobb antigenhatás mellett legkevésbé mérgező.

Teissier és *Arloing* (Lyon) a *passiv specifikus* szerek, a *Maragliano, Marmorek, Arloing, Lannelongue, Achard* stb. féle serumok mellett emel szót, melyeknek mindegyikével javulást és gyógyulást értek el hygieno-diaetás kezelés mellett.

Wein (Budapest) hozzászólásában az activ specifikus anyagokkal és serumokkal szembehelyezi mint antitoxikus szert a *Spengler*-féle I. K.-t, kiemeli annak főleg diagnostikai, de gyógyító értékét is, a mennyiben, ha rövid időre is, de kétségtelen immunitást tudott vele elérni, míg a tuberculinok csak tuberculinimmunitást eredményeznek.

A közlemények közül felemlítendő *Much*-é (Hamburg) a mesterségesen immunizált állatok vérében talált antitestekről, *Bernheim*-é (Páris) a dioradin-therapiáról, *Ferreira*-é (S.-Paolo) a tuberculintherapiáról sanatoriumban és ambulatoriumban, *Capparoni*-é (Róma) a tuberculosisos mellhártya- és hashártyalobok jodoformos kezeléséről, *Doyen*-é (Páris) a vegyes fertőzéses tuberculosisok phymalose-kezeléséről.

Geszti (Békésgyula) szerint a lecithinnel kevert tuberculinnak úgy helyi, mint általános reactiója gyengébb. A lecithinkezelés nem befolyásolja a lázat, csak fokozza a lázellenes szerek hatását.

Szabóky (Meran-Gleichenberg) a prognostikai jelek értékéről szól. Kifejezett dispositio, vegyes fertőzés, több bacillus, a sputum fehérjetartalma, labilis hőmérsék, állandó súlycsökkenés, diazoreactio rendszerint rossz prognosist nyujt.

Linden grófné (Bonn), *Meissen* (Hohenhonnef) és *Strauss* (Barmen) a *Finkler*-féle chemotherapiai methodussal elért jó eredményekről számol be s további kisérleteket ajánl.

A mesterséges pneumothorax a tüdőgümőkór kezelésében volt második tárgya a sectiónak. E kérdésben referált *Forlanini, Scharl* és *Dumarest*. *Forlanini* (Pavia) módszerének localis s általános hatásáról és a contraindicatiókról szól. Szerinte az eljárás veszélytelen s nem akadályoz meg másmilyen gyógykezelést. *Scharl* (Budapest) felsorolja a *Brauer*-féle metszéses eljárás előnyeit és a műtét indicatióinak a kiterjesztését ajánlja. *Dumarest* (Hauteville) *Forlanini* methodusát ajánlja a betegségnek már korábbi szakában, szélesebb körű indicatióval.

Lobmayer (Budapest) 30 Brauer-műtétet végzett kisebb technikai módosításokkal. A műtéti eredmények jók, végleges itéletet nem mond, mert legrégibb esete is csak $1^1/_2$ éves. *Brauer* módszerét *Forlanini* eljárása fölé helyezi. *Saugmann* (Vejleflord) és *Brauns* (Hanover) *Forlanini* módszerét ajánlotta, úgyszintén az olaszok nagy többsége is, kik részéről rengeteg sok közlemény hangzott el.

A discussio után resolutióképp a congressus, miután lelkesen üdvözli elsősorban *Forlanini*-t, azután *Brauer*-t, *Saugmann*-t, *Dumarest*-t és mindazokat, a kik tapasztalataikkal a kérdés tisztázásához hozzájárultak, annak a reménynek ad kifejezést, hogy a módszer mihamarabb széles körben fog elterjedni.

A napsugárzás hatásáról a tuberculosis kezelésében értekezett *Zuntz* (Berlin), *Morin* (Leysin) és *Schrötter* (Bécs). Szerintük a napfény hatása nem állandó, különösen az anyag- és gázcserére való hatása szorul további kutatásra. Elismerik e mellett a fény bactericid hatását, valamint kedvező befolyását főleg sebészi, de abdominalis és latens tuberculosisesetekben is. Ennek kifejezéseképp a congressus elismeri a heliotherapia gyakorlati értékét és jelentőségét.

Igen érdekes és sokat vitatott volt *a latens tuberculosisnak és diagnosisának kérdése*. *Hutinel* (Páris) a csecsemők tuberculosisának korai diagnosisáról beszélt. A congenitalis tuberculosis ritka ugyan, de előfordul. A tej által való fertőzés ritka, sokkal gyakoribb a környezet fertőző hatása. *Giuffré* (Palermo) a korai diagnosis functionalis, physicalis, biologiai és klinikai jeleit ismerteti. *Hollós* (Szeged) szerint anaemiás, neurastheniás tünetek tuberculosis gyanuját keltik, mielőtt még objectiv tünetek ily betegséget elárulnának. A legtöbb tuberculosis kezdetben ily larvált alakban jelentkezik és a tünetek helyes felismerése a therapia tekintetében is igen fontos, de fontos főleg a tuberculosis elleni küzdelemben. *Maragliano* és *Schönberg* (Hamburg) a Röntgen-sugarak jelentőségéről értekezett a korai diagnosisban. *Wein* (Budapest) előadta, hogy az antitoxikus szerek diagnostikai alkalmazása fontos szolgálatot tett oly betegségformák helyes értelmezésében, melyek a gümőkórral addig kapcsolatba sem hozattak s melyek kezdetleges állapotukban könnyebben gyógyíthatók. *Pottenger* (Monrovia) a nyak- és mellizmok gyakori elváltozásáról szól a tuberculosis korai stadiumában. *Góth* (Budapest) vizsgálatai azt mutatták, hogy a mesterségesen bevitt mész a tüdő mésztartalmát nem növeli, a tuberculum elmeszesedését s így a gyógyulást tehát nem befolyásolja. Mészpor tartós inhalatiója inkább lehet eredményes. *Berlin* (Köln) a *Kuhn*-féle szívókosárral elért jó eredményekről számolt be. *Hollós* (Szeged) szerint menstruationalis zavarok és amenorrhoea igen gyakran tuberculosisos intoxicatiós tünetek és specifikus kezelésre szépen javulnak.

A physicalis lelet internationalis jelzésének szükségét hangoztatta *Flick* (Philadelphia), ki e mellett internationalis kórtörténeti lapokat is ajánlott. Hasonló értelemben szólalt fel *Saugmann* és *Queirolo* (Pisa).

A tuberculosisos nők terhességének megszakítása volt a sectio utolsó tárgya. *Bossi* (Génua) a tuberculosist a graviditás oly complicatiójának tekinti, mely annak megszüntetését indikálja. *Martin* (Berlin) az összes diagnostikai módszerekkel biztosan megállapított tüdő- vagy gégetuberculosisban szenvedő nő terhességét megszakitandónak véli. Totalexstirpatiót csak multiparákon enged meg. *Bar* (Paris) tuberculinreactio segélyével óhajtja megállapitani a tuberculosis jellegét, rosszindulatú esetekben szintén a megszakítás mellett van. *Queirolo* (Pisa) tagadja, hogy a terhesség minden esetben súlyosbítja a tuberculosis lefolyását.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1912 márczius 16.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Húgysavas kristályok által előidézett perinephritis fibrosa esetei.

Illyés Géza: Évekkel ezelőtt *Rovsing* ismertetett 4 esetet, melyek szerinte egészen különösen jellemző kórképet alkotnak; az irodalomban közölt azon eseteknek legnagyobb része, melyeket nephralgia vagy nephralgia haematurica czímen leírtak, ezen csoportba tartoznak. A betegek rohamokban jelentkező vesetáji fájdalmakban szenvednek, mely rohamokhoz időnként haematuria is társul. A vizeletben véren kívül még sok húgysavas kristályt és uratot találhatunk. A műtét alkalmával a capsula propriában találunk elváltozásokat: ez erősen megvastagodott, opák, környezetével és a vesével erősen összenőtt. Kétségtelen, hogy maga a húgysav, melynek gyuladást előidéző tulajdonságai eléggé ismeretesek, idézi elő ezen sclerotizáló és perinephritis fibrosához vezető folyamatot, a mint azt az én eseteimben kimutatott húgysavas kristályok is igazolják. A műtét, a melyet ilyenkor végezni kell, a nephrolysis, mely abban áll, hogy a vesét a környező heges megvastagodott szövetből, illetőleg a saját tokjából kiszabadítjuk, a capsula propriát teljesen eltávolítjuk.

1907-ben 43 éves nő került elém, a ki előadta, hogy 8 hónap óta időnként ismétlődő heves, hirtelenül jelentkező, kólikaszerű jobboldali vesefájdalmai vannak. A pontos cystoskopos, valamint functionalis és Röntgen-vizsgálat semmi kóros elváltozást sem derített ki, csak a vizeletben lehetett találni állandóan húgyhomokot. A fennálló nagy fájdalmak

miatt végre műtétet végeztem: a jobb vesét feltártam, midőn a saját tokot a rendesnél vastagabbnak, nagyobb foltokban opáknak találtam s a vesén is helyenként kisebb-nagyobb behúzódások voltak láthatók. A tok lehúzása után a felületen mindenütt elszórva finom homokszerű, sárgás, bizonyos beállításkor csillogó, fénylő, részben letörölhető, részben pedig a vesén erősen tapadó kristályokat láttunk. A vesetokot egészen kiirtottam s a veséből egy darabot szövettani vizsgálatra kimetszettem. *Entz* dr. volt szives a vizsgálatot végezni. Szerinte a vesetokból kimetszett szövet-részlet nagyrészt heges, hyalinosan elfajult kötőszöveti kötegekből állott, a vese felületéről készített kaparékban pedig fenőkőalakú jegeczeket és tűalakú jegeczekből álló gömbkristályokat láttak, melyek nyilván húgysavas sókból állottak. A gyógyulás teljesen zavartalan volt, a beteg meggyógyult és fájdalmai teljesen megszüntek. Erős húgysavas diathesis elleni gyógymódot rendeltünk. Egy év mulva a beteg újból hasonló fájdalmakkal jelentkezett, ekkor már véres vizelés is mutatkozott. Ujabb pontos vizsgálat után a vesét megint feltártuk, megint megtaláltuk a húgysavas kristályokat és megint kiirtottuk a megvastagodott capsula propriát. Utána a fájdalmak megszüntek s a beteg meggyógyult. Nyolcz nap mulva azonban harmadszor is meg kellett operálni. Ez történt 1909 októberében. A beteget utoljára 2 hét előtt láttam, piros pozsgás egészséges asszony, ki azóta 28 kg.-ot hízott, rendes foglalkozását végzi, teljesen jól érzi magát. Időnként erős húgysavas diathesis elleni kúrát tart és vizeletében homok csak igen ritkán jelentkezik. A mostani vizeletvizsgálat adatai szerint a vizelet fajsúlya 1018, benne fehérje található nyomokban, más kóros részt azonban nem tartalmaz

A másik esetem 51 éves férfire vonatkozik, kinek veséjét kőre gyanus symptomák és a Röntgen-fényképen is látható gyanus kőárnyék miatt feltártam. A műtét alkalmával a vese körüli zsíros tokban tömött góczokat találtam, melyekben recsegő, malterszerű törmeléket éreztem. Magában a vesében azonban semmi kórosat sem találtam. A zsíros tokot és a saját tokot eltávolítottam. A beteg teljesen meggyógyult, jól érzi magát, fájdalmai megszűntek.

Harmadik esetemben, 26 éves nőben, kinek a veséjében a műtétkor vesekövet is találtunk, a vese alsó pólusán erősen megvastagodott saját tok mellett finom kis húgysavas kristályokat találtam. A kő eltávolítása és a saját tok kiirtása után a beteg teljesen meggyógyult.

Ezen esetekben tehát kétségtelen, hogy a kólikaszerű fájdalmakat a vese felületén kiváló, szabad szemmel is látható húgysavas sók idézték elő, melyek a vese tokjában lobos kötőszöveti megvastagodást hoztak létre. A folyamat természetesen recidiválhat.

Szokatlan nagyságú gonococcus-telep.

Picker Rezső: Elsősorban egy fiatalember első, 8 hónapos gonorrhoeájából származó, a prostata-massage váladékából készített és serumos agaron nőtt kulturát mutatja be. Az oltás 1911 november 19.-én történt, a fejlődés 48 óra mulva indult meg és további két nap mulva vette kezdetét a telepnek szokatlan erős terjedése; a kultura Gram-negativ diplococcusokból áll. Három héttel utóbb már négyzetcentiméternél nagyobb a kultura felülete, növése évgyűrűszerű, parallel, ívelt vonalakban haladt. Két hónap mulva 4 cm. hosszú és $1^1/_2$—2 cm. széles a telep, a tulajdonképpeni közép jól látszik rajta barnás kiemelkedés alakjában, alatta egy jobbról balfelé haladó sötét gerincz fut végig a kulturán, mely kis másod- és harmadlagos telepeket visel. A növést széles udvar jelzi, legszélén igen vékony, 2—3 mm. széles parallel gyűrűket viselő karimával.

Ebből a kulturából továbboltott február elején serumos agarra; az ebből fejlődő kultura szintén e nagy typust mutatja másod- és harmadlagos telepekkel; a széle az évgyűrűszerű ívelt vonalakat mutatja. Nagyjában köralakú, 2—2 cm.-nyi átmérővel. Az ezen telepből vett kis kacsnyi III. átoltás 2 nap mulva szintén már nagy gombostűfejnyi nagyságra nőtt meg.

Ezzel kapcsolatban bemutatja gyüjteményének más nagytypusú gonococcus-telepeit is, melyeket részint Thalmann-agaron, részint serumos agaron növesztett. E kulturákról fényképeket is köröztet.

Az orrüregbe nőtt fog esete.

Safranek János: Érdekes és ritkább rendellenességet mutat be 28 éves férfin, a ki luese miatt az egyetemi bőr- és bujakórtani klinikán áll kezelés alatt és a kit endonasalis vizsgálat czéljából küldöttek az orr- és gégegyógyászati klinikára. A betegnek állitólag 7—8 éves korában gyuladása volt az orrában, a mely miatt kórházi kezelésben volt és csontokat távolitottak el az orrából; ez időtől keltezi a kemény szájpadlásán levő perforatiót is. Körülbelül 12 éves korában bal felső egyik incisivusa kihullott és körülbelül ez idő óta a bal orrfelében csontos képletet érez.

A régebben lefolyt, nyilván lueses folyamat okozta destructiókról nem szólva, az introitus nasitól mintegy 1 cm.-nyire a bal orrfélben egy incisivus alakulatú, koronájával az orrfenék és oldalsó orrfal találkozási helyén ülő fog látható. A felső fogsor jobboldalt teljes, míg baloldalt mindkét incisivus hiányzik; de míg az incisivus medialis alveolusa megvan, addig a lateralisé hiányzik; a caninus csenevész.

A leírt anomalia meglehetősen ritka, a rhinologiai irodalomban mintegy 25—30 eset található, a stomatologiai gyakorlatban gyakrabban fordul elő. Történelmi érdekességű, hogy az első ilyen esetet *Göthe* irta le „Reise in der Schweiz“ czímű művében, a melynek egyik levelében egy 19 éves korában sorvadásban elhalt nő koponyáján talált anomaliát meglepő pontossággal irta le és magyarázatát is adta ez anomaliának.

A fogak ezen heterotopiájának genesisére többféle magyarázat van: A fogcsíra inversiója, midőn a fogcsírának 180°-nyi szög alatt való rotatiója jön létre fejlődés közben történő eltolódás következtében; az állkapocs növekedésének elégtelen volta folytán térhiány is szerepelhet; kezdettől fogva hibás elhelyeződésű fogcsírákról is lehet szó és végül az ébrényi életbeli os intermaxillare fejlődési anomaliájáról. Gyakoribb a fog az orrban a fogak hiányos volta, ritkább teljes fogsor mellett, a midőn tehát feles számú fogról van szó.

Meckel leggyakoribb okul egy tejfog persistentiáját veszi fel, a mely a maradandó fog útját állja és ez a szomszédságba áttör; ha a fogcsíra valami ok miatt invertálódik, a fog az orrban jelenik meg. Az orrban rendszerint incisivust vagy caninust találunk; a sinus maxillarisban molarist vagy praemolarist.

Tekintve, hogy esetünkben nyilván lues következtében a beteg gyermekkorában roncsoló folyamat volt az orrban és a szájpadláson, közelálló a feltevés, hogy a destructiós folyamat következtében a fogcsírának eltolódása és utóbb az orrba áttörése jött létre.

A fog az amúgy is zavart orrlégzést még inkább akadályozta s azért el fogjuk távolítani.

A „phonoskopos percussio“, új vizsgáló módszer.

Tornai József. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Bálint Rezső: Az előadó azon kitételére reflektál, hogy módszerével egyes esetekben a gyomor és a vesék határai is kikopogtathatók. Utal azokra a vizsgálatokra, melyeket *Korányi Frigyes* a vese- és *Korányi Sándor* a gyomorkopogtatás terén végzett, a melyek azt mutatják, hogy úgy a vese, mint a gyomor határai igen kevés kivétellel minden esetben megállapithatók kopogtatással. Lehet tehát, hogy az előadó eszközével finomabb viszonyokat is ki tud mutatni, de az, hogy a gyomrot és vesét kikopogtatja, nem új dolog, mert az közönséges kopogtatással is sikerül. Ugyanez áll a nagy erek kikopogtatásáról is a mellkason.

Tornai József: *Bálint* tagtárs sajnálatomra félreértett. Én ugyanis egy szóval sem mondtam, hogy módszerem az eddig használt különféle kopogtatásmódokat feleslegessé teszi. Azt sem állítottam, hogy az eddigi kopogtatásmódokkal a gyomrot, a veséket és a mediastinum nagy ereinek projectióját stb nem lehetett kikopogtatni. Eszközöm használata azonban — azt hiszem — sokat könnyít az ilyen finomabb kopogtatás alkalmával.

(Folytatása következik.)

A Magyar Szent Korona Országai Balneologiai Egyesületének közgyűlése 1912 április 21.-én.

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

Az *elnök* az ülést megnyitva, meleg szavakkal emlékezik meg az egyesületnek elhunyt két tagjáról, *Grünwald Mór* dr.-ról és *Molnár József*-ről, kiknek emlékét a jegyzőkönyvben megörökítik.

Vámossy Zoltán, az egyesület főtitkárja, jelentésében a következő fontosabb momentumokról számol be:

A mult évi congressus vendégei voltak az *osztrák balneologiai egyesület* küldöttei és tagjai, viszonzásul mi képviseltettük magunkat az ő közgyűlésükön és testületileg keressük fel merani congressusukat. *A fürdőtörvényjavaslat* új átdolgozásában leküldetett az egyesülethez; az igazgatóság behatóan foglalkozott vele, memorandumban tette meg észrevételeit főleg abban az irányban, hogy állami segítség és adókedvezmények nélkül fürdőügyünk fellendülése még az új törvénytől sem remélhető. A tavaly kiadott *fürdő-album* nagy sikeréről számol be; ezt az actiót a legfényesebb fürdőidény követte, a mit nem lehet csak az olasz cholerának betudni. Szemrehányással említi, hogy a *„fürdő-orvosi“* czím zavartalan használata, továbbá az *adókedvezmények* ügyében beadott feliratok válasz nélkül maradtak, s elutasíttatott az egyesület avval a kérelmével is, hogy 3—4 személy részére — kikkel Magyarország *tudományos balneographiáját* akarta helyszíni tapasztalatok alapján megiratni — szabad utazást eszközöljön ki egy idényre. Sikerült az egyesület közbelépésének, hogy az *országos betegpénztár* és több magyar fürdő között létrejött egyezség az Állami munkásbiztosító pénztár megerősítését is megkapta. Hasonló szerződéses viszonyt igyekszik az egyesület teremteni egyes fürdők és a *tanítók sanatorium- és üdülőhely-egyesülete* között. *A drezdai nemzetközi hygiene-kiállításon* az egyesület tisztán tudományos jellegű csoportkiállítással vett részt, miért nagy elismerő oklevelet kapott; részt vett a földmívelési minister által *az ártézi kútfúrások* korlátozása ügyében összehívott értekezleten; szoros kapcsolatba lépett az agilis Balatoni Szövetséggel, hogy a *fürdőorvosok* biróilag megítélhető minimalis *honorariuma* a Budapesten érvényben levő I. díjszabás szerint történjék.

Az egyesület taglétszáma alig változott: a mult évben volt 355 tagja a tudományos osztálynak, 107 a gazdasági osztálynak: összesen 462. Jelenleg 356 tudományos osztálybeli és 110 gazdasági osztálybeli taggal 466 tagja van az egyesületnek.

A balneologiai *szakirodalom* ez évben 30 tudományos dolgozattal és 22 agitationalis vagy irány-czikkel gyarapodott és két folyóirat látja el a szakhírlapirodalmat.

Ezután még a nevezetesebb engedélyezésekről, fürdőépítkezésekről, nagy bérletekről számolt be.

A közgyűlés a titkári jelentést tudomásul vette és a titkárnak fáradhatatlan, buzgó, önzetlen munkásságáért köszönetet szavazott.

Édeskuty Jenő pénztáros jelentése szerint az egyesület vagyona 2031 K 70 f. Az 1911. évi bevételek összege 6768 K 87 f., a kiadások összege 6191 K 60 f., a pénztármaradvány 577 K 27 f.

A közgyűlés a jelentést tudomásul vette, a pénztárosnak a felmentvényt megadta és neki is köszönetet szavazott.

Vámossy Zoltán főtitkár felolvasta ezután a pályázatok eredményéről szóló jelentését. Az 1911. évben megjelent balneologiai dolgozatokból kiemeli *Dalmady Zoltán, Farkas Márton, Schulhof Vilmos, Sümegi József* munkáit mint érdemeseket; a díjat *Safranek János* „Az inhalatiós therapia mai állása“ czímű dolgozata nyerte el.

Hankó Vilmos felolvasta a prospectus-pályázatról szóló jelentést. A *Rottenbiller*-féle plaquette-et Pöstyén-fürdő nyerte el.

Vámossy Zoltán felolvasta az 1913. évi prospectus-album tervezetét, melyet a közgyűlés egyhangúlag elfogadott. Felolvasta továbbá a beérkezett indítványokat, melyeket a közgyűlés részben elfogadott (*Hoffenreich Mór, Szilárd István, Óvári Ferencz* indítványa), részben az igazgatósághoz utasított (*Sümegi József, Lenkei Vilmos* indítványa).

XXII magyar balneologiai congressus.

(III. ülés 1912 április 20.-án d. u. 5 órakor.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

(Vége.)

Löw Sámuel: A magyarországi fürdők látogatottsága 1911-ben.

Az országos statisztikai hivatal kimutatásában 212 fürdő van felsorolva, de csak 199 helyről vannak adatok közölve.

Az 5 csoportra osztott fürdők összlátogatottsága a következő volt (a zárójelben levő számok a szaporodást vagy csökkenést tüntetik fel az előző évhez képest):

a) 36 hévvízi fürdőben	95.353 vendég	(+	12.531)
b) 86 hideg ásványvízfürdőben	86.651 „	(+	12.837)
c) 27 tóparti fürdőben	81.049 „	(+	19.709)
d) 29 magaslati gyógyhelyen ...	30.658 „	(+	2.588)
e) 21 vízgyógyintézetben	7.502 „	(—	1.081)
Összesen: 199 fürdőben	301.213 „	(+	46.584)

Ebből a látogatottságból volt 158.738 állandó vendég (+ 19.269), 142.475 ideiglenes (+ 27.315), 267.864 belföldi (+ 42.954), 33.349 külföldi (+ 3630).

Az 1911. év forgalmát tehát 46.584 *többlettel* zárjuk le és ha azokba a fürdőkbe, a honnan az adatok hiányoznak, az előző évi létszámot állítjuk be, akkor a *többlet 50.503.* Ilyen feltűnő emelkedést még sohasem észleltünk; az előadó szerint úgy a gazdasági fellendülésnek, mint a kedvező időjárásnak volt benne része.

A vízgyógyintézetek csekély deficitjét leszámítva, a többi csoport mindegyike részesedik a többletben, a legnagyobb arányokban a tóparti fürdők, melyek között a balatoni fürdők látogatottságának emelkedése évek óta észlelt örvendetes jelenség.

Vámossy Zoltán: A vendégforgalom-statisztikára bátor vagyok megjegyezni, hogy nem a vendégek száma a döntő, hanem az, hogy mennyi időt töltöttek a fürdőn. Ezért kívánatosnak tartom, hogy a vendégek számát az ott töltött napok számával megszorozzuk. Ezen adatokat ne a statisztikai hivatalnak, hanem a balneologiai egyesületnek küldjék be.

Löw Sámuel: Az ásványvízforgalom 1911-ben.

I. *Természetes ásványvizek.* Összes behozatal volt 71.831 mm. 1,867.606 korona értékben (az előző évhez képest 5559 mm. kevesbedés 144.534 korona értékben), összes kivitel 202.653 mm. 4,863.672 korona értékben (7441 mm. kevesbedés 178.584 korona értékben), tehát a kiviteltöbblet (activitás) 130.822 mm. 2,966.066 korona értékben (kevesbedés 1882 mm. 34.050 kor. értékben).

Az osztrák relatio a következőképpen alakult: Behozatal 65.450 mm. 1,701.700 kor. ért. (kevesbedés 5772 mm. 150.083 kor. ért.), kivitel 24.440 mm. 586.550 kor. ért. (kevesbedés 720 mm. 17.290 kor. ért.), tehát a behozataltöbblet (passivitás) 41.010 mm. 1,115.150 kor. ért. (kevesbedés 5052 mm. 132.782 kor. ért.).

Egészben véve az ásványvízforgalom minden irányban jóval gyengébb volt, mint az előző évben, a csökkenést — sajnos — már néhány év óta tapasztaljuk.

Jelentékenyebb kivitelünk a következő országokba volt (a kivitel nagysága szerinti sorrendben): Németország 36.132, Olaszország 29.630, Franciaország 25.484, Ausztria 24.440, Északamerikai Egyesült-Államok 20.865, Nagybritannia 15.036, Oroszország 12.112, Románia 8445, Argentina 6101 mm.

II. *Mesterséges, illetve szénsavval telített ásványvizek:* Igen jelentéktelen forgalom. Behozatal 225 mm. 900 kor. ért., kivitel 3620 mm. 72.400 kor. ért.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az elfagyott részek elhalásának megakadályozásáról beszélt *Köhler* a kieli orvosegyesület február 29.-én tartott ülésén. Férfit mutat be, a kinek mindkét lábán az öregujj és a lábközép szomszédos része harmadfokú fagyást szenvedett. A bőr kékesfekete volt, az érzés teljesen megszűnt az illető részeken, tűszúrásra nem állott be vérzés, az öregujjak állandóan jéghidegek voltak. Noha az állapot olyan

volt, hogy alig maradt más hátra, mint a demarkálódás bevárása és azután az elhalt részek typusos eltávolítása: mégis kisérletet tettek a *Noesske* eljárásával, vagyis az öregujjakon át harántul vezetett metszéssel iparkodtak a gyüjtőeres stasist megszüntetni és ezzel a verőeres vér odafolyását elősegiteni, a mely utóbbi czélból még a szívóharangot is erősebb negativ nyomással igénybe vették. Az eredmény jó volt, a mennyiben a fagyott öregujjak megmaradtak, rendesen működnek, érzékenységük visszatért. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 18. szám, 1016. l.)

Diabetes insipidus súlyos esetéről referált *Schütz* a wiesbadeni orvosok egyesületének április 3.-án tartott ülésén. A most 21 éves fiatalember betegsége alkalmasint már a kora gyermekéveiben kezdődött. 18 éves korában a fejét ért trauma és szellemi túlerőltetés kapcsán állapota annyira rosszabbodott, hogy naponként 40 liter vizet ivott, rövid idő alatt 35 fontot fogyott, aludni egyáltalában nem tudott. Konyhasóelvonásra és általános kezelésre állapota javult, úgy hogy most már csak 8 liter vizet iszik naponként, a vizelet fajsúlya 1000·5-ről 1003-ra emelkedett, 45 fontot gyarapodott s nemrégiben le tudta tenni az érettségi vizsgát. Érdekes, hogy a rendkívül nagy folyadékfelvétel daczára nem fejlődött szivtágulat. A strychnin ebben az esetben is kedvező hatású volt.

PÁLYÁZATOK.

1303/1912. szám.

Pestpilissoltkiskún vármegye kalocsai járásbeli, mintegy 3000 lelket számláló *Bogyiszló* községben szervezett **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi junius hó 18. napjának délelőtti 11 órájáig** nyujtsák be.

A választást Bogyiszló községházánál f. évi junius hó 20.-án d. e. 11 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalmazása:

1. törzsfizetés évi 1600 korona négyévenként ismétlődő 200–200 korona korpótlékkal;
2. a m. kir. belügyminister úr 192.837/1911. sz. rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék;
3. a modern kor igényeinek megfelelő természetbeni lakás;
4. az 1908: XXXVIII t.-cz. 22. § a alapján törvényhatóságilag megállapítandó látogatási díjak.

Kalocsa, 1912 május 22

A főszolgabiró.

2033/1912. k. i. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járáshoz tartozó X. körorvosi körben a homoródszentmártoni **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvosokat, kik ezen állást elnyerni akarják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat (oklevél vagy hiteles közjegyzői másolata, szolgálati bizonyítvány) hozzám **folyó év junius hó 20.-áig** adják be.

A kör székhelye Homoródszentmárton község gyógyszertárral. A körhöz tartoznak: Bágy, Lókod, Gyepes, Homoródremete, Abásfalva, Homoródkeményfalva, Homoródalmás, Kénos, Telekfalva, Sándortelke, Ábránfalva, Homoródszentlászló, Kányád, Jásfalva és Miklósfalva községek, összesen 16 község.

A körorvos köteles a községeket havonta egyszer beutazni, Homoródalmáson, Kányádon és Telekfalván még külön rendelési napot is tartani minden hónapban egyszer.

A körorvos javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 1000 korona évi helyi pótlék, 400 korona évi lakbér, 600 kor. évi fuvarátalány, ötévenként 200 korona korpótlék.

Rendelési díja székhelyén és lakásán nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, a községekbeni körútjai alkalmával 80 fillér.

Látogatási díja székhelyén és a községekben is nappal 1 korona, éjjel 2 korona; körutazáson kivül külön hivásra teljesitett beteglátogatásért a látogatási díjon felül *távolsági díj* czímén székhelyétől 2–4 km.-ig 2 korona, 4—8 km.-ig 4 korona, 8–12 km.-ig 6 korona és 12 kilométeren túl 8 korona illeti meg a körorvost. Ilyen alkalommal a körvosnak a fél részéről küldendő tisztességes fuvarra, vagy ha fuvart nem ad a fél, kilométerenként 40 fillér fuvardíjra van igénye. Ha a körorvos ilyenkor több beteghez hivatik, a távolsági és fuvardíj csak egyszer és pedig azon beteggel szemben számítható fel, ki az orvost a községbe vitette.

7 éven aluli gyermekek gyógyításánál a rendelési és beteglátogatási díjaknak csak a fele jár. Halottkémlés díja 2 korona, hússzemle díja 1 korona, orvosi bizonyítványokért 2 koronát számíthat fel; műtétekért az 1900. évi 13.300. B. M. rendelet IV. fokozatának legkisebb tételeit számíthatja fel.

Okland, 1912 május 13.

Szabady Tivadar, főszolgabiró.

3270/1912. eln szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál áthelyezés folytán megüresedett s a folyó évi junius havi közgyülésen választás útján betöltendő **külterületi kerületi tiszti orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állással évi 2000 korona törzsfizetés, 800 kor. napidij és fuvarátalány, 4 szoba, előszoba és melléképületekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin és 2 hold föld használata, valamint magángyakorlatra való jogosultsággal van egybekötve.

A 2000 korona törzsfizetés 5 évenként a törzsfizetés 10%-ával emelkedik mindaddig, míg ezen emelkedés a törzsfizetés 40%-át el nem éri. Ezen emelkedés a nyugdíjkiszabásnál figyelembe vétetik.

A megválasztandó külterületi kerületi orvos tartozik a szegény betegeket dijtalanul gyógykezelni, ellenben a fizetőképes betegektől a 132/1891. számú közgyülési határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni jogosult, nevezetesen: a beteg lakásán tett látogatásért nappal 2 koronát, éjjel 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésnél nappal 80 fillért, éjjel 1 korona 60 fillért. Hét éven alóli gyermekek kezeléséért a fenti díjak fele jár és a trachomások kezeléséért évi 500 korona helyeztetik a belügyminister részéről megtérítendőként kiadásba.

Megjegyeztetik, hogy a kerületi orvos részére szervezetileg megállapított 2000 kor. évi fizetés — az államtól a város részére juttatott, illetve juttatandó segélyből — az állami IX. fizetési osztály javadalmazásának megfelelő összegre, vagyis 2600 koronára kiegészíttetik, hogy továbbá ezen külterületi ker. orvos székhelye nem a városban, hanem a város belterületétől több kilométer távolságban levő tanyákon szétszórtan élő tanyai lakosság közt van.

Az állás **legkésőbb folyó évi július hó 15.-éig** elfoglalandó.

Felhivom ennek folytán mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt tiszti orvosi minősítettségüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz **folyó évi junius hó 20. napjának délutáni 1 órájáig** nyujtsák be. Ezen határidő után elkésve érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1912 május 22.

Lázár György dr., polgármester.

1839/1912.

A pécsvárosi közkórház sebészeti osztályán megüresedett **egy másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 K fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

Felhivom a pályázni kivánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előirt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Visy László* dr. úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czímezve, alulirott kórház igazgatóságához legkésőbb **folyó évi junius hó 15.-éig** nyujtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vétetni nem fognak.

Egyben figyelmeztetem a pályázókat, hogy állásukról való lemondásuk esetén helyüket csak a lemondástól számított 4 hét mulva hagyhatják el.

Pécs, 1912 május hó 19.

A kórházigazgatóság.

Szeghegy (Bácsmegye) 5830 németajkú lakossal biró községben egy újonnan szervezett **egyleti orvosi állás** évi 3000 korona készpénzfizetéssel betöltendő.

Pályázatok **1912. évi junius hó 20.-áig** alulirott elnökséghez nyujtandók be, a hol bővebb informatióval is szolgálnak. Német nyelv birása szükséges.

Szeghegy, 1912 május hó.

A munkásegylet elnöksége.

671/1912.

Szabolcsvármegye ligetaljai járásában Nyirlugos székhelylyel, Nyirlugos, Nyirbéltek, Nyirmihálydi és Nyirgelse községeket magában foglaló, újonnan alakított közegészségügyi körben, a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 kor.
2. Lakáspénz 400 kor.
3. Utiátalány 400 kor.
4. A szabályrendeletileg megállapított távolsági, beteglátogatási, rendelési díj, valamint a műtétekért, halottkémlésért, himlőoltásért és szemvizsgálatokért járó díjak.

A fuvarátalány, rendelési, látogatási díjakat megállapító szabályrendelet jelenleg ministeri jóváhagyás alatt áll, azonban a vármegye 516—1911. Bgy sz határozata e díjak igénybevételét engedélyezte.

Felhivom a pályázni szándékozókat, hogy pályázati kervényüket, az 1881. évi I t.-cz 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve hozzám **f. évi junius hó 13.-áig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás Nyirlugos községházánál 1912. évi junius hó 17.-én d. e. 10 órakor fog megtartatni.

Az állás azonnal elfoglalandó.

Nyiracsád, 1912 május 23-án.

Somlyó, főszolgabíró.

56. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1912 junius 9.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Marschalkó Tamás és Veszprémi Dezső: Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőr-bujakórtani klinikájáról és kórbonczolástani intézetéből. Szövettani és kisérletes vizsgálatok a salvarsanhalálra vonatkozólag. 431. lap.

Vladár Márton László: Néhány kritikai megjegyzés a skopolaminnarcosishoz. 434. lap.

Wohl Mór: Közlemény a Budapesti Munkásbiztositó Pénztár VI. kerületi urologiai és bőrgyógyászati osztályáról. Egy újabb jodkészitmény therapiás használata. 435. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Révész B.:* Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. — *Stein G.:* Grund-Schema der Geisteskrankheiten. — *Lapszemle. Sebészet. E. Sonnenburg:* Szabad peritonitis esetén a hasüreg bevarrása avagy drainezése a helyesebb eljárás? — *Elmekórtan. J. Charpentier* és *P. Jabouille:* Az elmebajosok osteomalaciája. — *E. Stierlin:* A katasztrófák következtében jelentkező ideges és psychés zavarok. — *Idegkórtan. Langelaan:* A Basedow-féle betegség tökéletlen alakjai. — *Gyermekorvostan. Neustädter* és *Thro:* Experimentalis poliomyelitis acuta. *Bőrkórtan. F. Loeb:* A Röntgen-égések ismerete. — *J. F. Kapp:* A különböző toilettepuderek. — *Venereás betegségek. Fr. Lesser:* Epileptiform rohamok salvarsan nyomán. — *Orr-, torok- és gégebajok. Killian:* A gégegümőkór orvoslása. *Orthopaedia. E. Schwarz:* A Roser-Nelaton-vonal diagnostikai értéke. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hirsch:* Argatoxyl. — *Lindenmayr:* Nátha. — *Theimer:* Otosclerosis. — *Camphausen:* Sotopan. — *Jödicke:* A status epilepticus gyógyitása. 436—440. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 440. lap.

Vegyes hirek. 441. lap.

Tudományos társulatok. 442—447. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőr-bujakórtani klinikájáról és kórbonczolástani intézetéből.

Szövettani és kisérletes vizsgálatok a salvarsanhalálra vonatkozólag.*

Irta: *Marschalkó Tamás* dr. tanár és *Veszprémi Dezső* dr. tanár.

A következőkben a salvarsan-halál okának, természetének felderítésére vonatkozó vizsgálataink eredményéről óhajtunk röviden beszámolni.

Munkálatunkhoz az impulsust ama sajnálatos haláleset adta meg, a melyről az orvosi sajtóban ugyan még közlés nem történt, de a mely pár nappal megtörténte után bejárta nemcsak a hazai, hanem a külföldi napisajtót is, és a melyről az orvosi világ is csak a napisajtó útján értesült.

Ama betegről van szó, a ki pár hónap előtt egy nagyobb vidéki góczpontban egyik kartársunktól, a ki — mint ezt mindjárt az elején kiemeljük — a műtét végzésekor a lehető legnagyobb lelkiismeretességgel és gondossággal járt el, és a kit semmiféle mulasztás nem terhel, intravenás salvarsaninjectiót kapván, pár órával a műtét után orvosa tanácsa ellenére vonatra ült, hogy lakóhelyére, Kolozsvárra visszautazzék, daczára annak, hogy már nem érezte magát egészen jól; és a ki ideérkezte után súlyos agytünetek közt megbetegedvén, két nap mulva eszméletlen állapotban a belgyógyászati klinikára szállíttatott, a hol további két nap mulva, tehát az injectio utáni ötödik napon, elpusztult.

Az eset kórtörténete, melynek szíves átengedéséért *Jancsó* tanárnak tartozunk köszönettel, a következő:

T. A. dr. 38 éves, kir. ügyész. 18 év előtt bujakórt szerzett. Exanthema. Akkor 6 hétig sublimatinjectiókkal kezelték. Azóta semmi syphilisellenes kezelést sem kapott. A beteg lesoványodott (testsúlya ruhástól 60 kilogramm), megviselt külsejű, fakó bőrszínnel. Időnként fejfájásai vannak. A májtájék nyomásra érzékeny. A nyakon, a könyökön, a lágyékhajlatban néhány kis mirigy tapintható.

Miután az 1911 november havában végzett Wassermann-reactio positiv eredményt adott, salvarsan-injectióra határozta el magát s e czélból Kolozsvártól majdnem 600 kilométernyire utazott egy nagyobb vidéki városban lakó orvosismerőséhez. November 10.-én d. u. $^1/_4$3-kor 0·528 salvarsant kap intravenásan 250 cm³ kétszer jól felfőzött physiologiás ClNa-oldatban, a rendes előírás szerint, normal natronlúggal alkalizálva. Délután 4 órakor rosszul érzi magát, hányásingerei vannak, egyszer hányt; azután kissé jobban érezte magát. Hőmérséke 37·1° C. 5 órakor gyalog kiment a vasúti állomáshoz és orvosa tanácsa ellenére elutazott, megtéve a hosszú utat Kolozsvárig, a hova másnap, 11.-én reggel érkezett meg.

November 11.-én reggel kirázza a hideg; többször hány. November 12. és 13.-án újra rázóhidegek; hőmérsék 40° C. November 14.-én d. e. 9 órakor elveszti eszméletét. Ilyen állapotban szállítják a mentők a belgyógyászati klinikára. Hőmérséke ekkor 36·5° C.

A beteg öntudatlan; olykor néhány pillanatra mintha magához térne. A pupillák szűkek, egyenlők, fényre enyhén reagálnak. Az arczon beidegzési rendellenesség nem észlelhető. Hyperaesthesia van jelen fokozott reflexekkel. *Trousseau*-tünet, *Kernig*-tünet és *Babinski* mindkét oldalt positiv. A végtagok petyhüdtek, időnként mozgatja azokat. A mellkasi szervek részéről sem kopogtatáskor, sem hallgatózáskor eltérés nem mutatható ki. Úgyszintén a hasüri szervek részéről sem.

November 14.-én délután $^1/_2$1 órakor epileptiformis görcsök jelentkeznek s mintegy 3 perczig tartanak. Este 8 óráig háromszor voltak ilyen görcsrohamai. Hőmérséke 37·2° C.

November 15.-én. Tegnap estétől ma délig az epileptiformis görcsök 10—12-szer ismétlődtek. Délelőtt még hyperaesthesia fokozott reflexekkel. Lumbalis punctio. Tiszta cerebrospinalis folyadék, a mely sulfo-salicylsavval tömeges csapadékot ad. A mikroskop alatt néhány lymphocyta és leukocyta.

Délután a végtagok petyhüdtek, nem érzékenyek. A reflexek nem válthatók ki. A légzés stertorosus. A hőmérsék 39·6° C. Este 9 órakor exitus.

A beteget akkor láttuk először, a mikor már in ultimis volt, nem voltunk azonban kétségben a felől, hogy ama halálesetek egyikével állunk szemközt, a melyeket salvarsan intravenás alkalmazása után már több esetben észleltek és publi-

* E vizsgálatokról az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostermészettudományi szakosztályának 1912 márczius 23.-i orvosi szakülésén és a római VII. nemzetközi dermatologiai congressuson számoltunk be. Munkálatunk egész terjedelmében az „Archiv für Dermatologie und Syphilis“ egyik legközelebbi füzetében fog megjelenni; itt csak bő kivonatban közölhetjük.

káltak — a legelső 3 esetet *Fischer*,[1] *Kannengiesser*[2] és *Almkist*[3] — és — látni fogjuk, hogy tévesen — mint enkephalitis haemorrhagicát írtak le; az irodalmat áttanulmányozva nem lehet kétségünk az iránt, hogy a *Leredde* és *Kuenemann*[4] által összegyüjtött halálesetek egy része, valamint a *Fritz Lesser*[5] által legutóbb publikált eset szintén ebbe a kategoriába tartozik.

A bonczolás (november 16.-án d. e. 10 órakor, *Veszprémi)* teljesen igazolta e feltevésünket. A bonczolás-jegyzőkönyvet itt egész terjedelmében közöljük:

A rendesnél alacsonyabb termetű, gyengén táplált, sovány férfihulla bőrszíne általában halvány. A jobb pupilla szük, a bal középtág. A kötőhártyák halványak, a pofák beesettek. A jobb és bal könyökhajlatban venaepunctio nyomai ragtapaszszal fedve. A lumbalis tájon a gerinczoszlop középvonalában a lumbalpunctio szúrási helye. A köztakaró részéről semmi szembeötlőbb elváltozás sincs.

A fejbőr halvány. A koponyaboltozat részarányos, fala megvastagodva nincs, nem tömör. A keményburok jól válik le; úgy külső, mint belső felülete síma. A gyüjtőéröblökben kevés, sötét vörös, híg vér. A lágyburkok a gyüjtőerek teltsége miatt valamivel vérdúsabbak; a vékonyak mindenütt átlátszók. Az oldalkamarák megnyitása alkalmával feltűnik, hogy a corpus callosum jobb oldala mintegy 5 cm. hosszú szakaszon sötétebb vörös, vizenyősen lágy és ezen a területen sűrűn telehintett porszerű vérzésekkel. Az elváltozás a corpus callosum egész vastagságára kiterjed, úgy hogy a vérzések a kamara-felszínen is nagy számmal látszanak. Az agykamarákban kevés tiszta savó van. Az érfonatok szederjesek. Az oldalkamarák hátulsó sarkában a kamara alsó fala az Ammon-szarvnak megfelelő kiemelkedés területén élénkebb rózsaszínnel tetszik át és egy pár pontszerű vérzést is mutat. Harántul átmetszve mindkét oldalon elég részarányosan az Ammon-szarv a fimbriába való átmenet helyén feketevörös vérzésekkel sűrűn telehintett, a vérzésektől kissé roncsolt, a bal oldalon erősebben mint a jobb oldalon. A halántéklebeny alsó részén, az agyalapi dúczok felé eső felületen, egészen a Sylvius-féle árokig, illetve az elülső polusig terjedve, a kéreganyag csaknem egész vastagságában sötétvörös vérzést mutat; a véres törmelékes roncsolódástól kissé mállékony. Az elülső polusban a fehér állomány is néhány pontszerű vérzést mutat. A vérzések általában a bal oldalon nagyobb kiterjedésűek, súlyosabbak. Az agyalapi dúczokban a nucl. lenticularistól lateralisan, a claustrum szomszédságában, továbbá az operculum fehér állományában szintén igen sűrűn pontszerű vérzések vannak, a bal oldalon nagyobb mennyiségben A vérzések szomszédságában az agy vizenyősen átivódottnak tetszik. Lágyulás sehol sem található. A Varol-híd felülete a lágyburkok alatt némi vöröses színnel tűnik át. Bemetszve peripheriáján a felülettel szinte párhuzamosan haladó több milliméter széles vérzéses réteget mutat, a melyben közelebbi megtekintéskor pontszerű, mákszemnyi, feketés-vörös pettyek látszanak. A vérzés a Varol-híd oldalsó részein háromszögalakban infarctusszerűen terjed be a középvonal felé. Az idegállomány a haemorrhagiás területen törmelékesen roncsolt. Legtömegesebb a vérzés a Varol-hidat éppen felező metszéslapon, ettől előre és hátrafelé mindinkább kevesbedik, mintegy gyérül és szétszórttá válik; a metszéslap olyan, mintha rendkívül apró vérpontokkal volna befröcskentve. A nyúltagyban, a kisagyban a vérzések szabad szemmel nem ismerhetők fel.

A szív középnagy, izomzata kissé petyhüdt, halvány barnavörös. Az aorta belhártyáján egy pár köles-lencsényi, karélyos szélű, sárgás, zsíros folt; billentyűi hártyásak, épek A kéthegyű billentyű egyik vitorlájának a széle valamivel vastagabb; az inhúrok vékonyak, megrövidülve nincsenek. A bal kamara belhártyáján a septumon egy mákszemnyi és egy kölesnyi szederjes-vörös vérzés látható.

A tüdők szabadok, általában légtartalmúak, a hátulsó részek különösen az alsó lebenyekben vérdúsak. Tapintáskor babnyi-borsónyi dudorokat lehet homályosan kiérezni. Az erősen vérdús metszéslapon ugyanolyan nagyságú, kissé elmosódott határú és mérsékelten kiemelkedő góczok vannak, melyek szürkés-vörösek, légtelenek. A hörgők nyálkahártyája sötétvörös, duzzadt.

A garat, a bárzsing, a gége nyálkahártyája halvány; a légcsőé belövelt. A nyelvgyöki folliculusok középnagyok.

A lép egy helyen a fali hashártyával összenőtt; általában kisebb; tokja ránczos; állománya petyhüdt; a trabeculák jobban tűnnek fel; a pulpa vérszegény, kevés kaparékot ad.

A gyomorban kevés szürkés-zöldes híg folyadék; a nyálkahártyája a fundus tájékán ágazatosan belövelt. A vékonybelek és a vastagbelek nyálkahártyája halvány.

A vesék középnagyok; tokjuk jól válik le; felületük sima; állományuk középtömött, valamivel vérdúsabb.

A húgyhólyag és a végbél nyálkahártyája halvány.

A máj kisebb, súlya 1160 gramm. Felülete sima, szélei kissé megvékonyodtak. Állománya a rendesnél valamivel petyhüdtebb, közép vértartalmú, sötétebb barnán színezett. Jobb lebenyében egyes kicsiny, elmosódott határú területecskéken a rajzolat kevésbé kifejezett, de egyébként feltünőbb eltérés a máj részéről nem található. (A májban qualitativ vizsgálatkor még elég sok arsent lehetett kimutatni. *Issekutz.*)

Diagnosis: Haemorrhagia punctiformis disseminata partim confluens cerebri, lobi temporalis, operculi bilateralis et in ponte Varoli, corpore calloso, necnon ad vicinitatem nucleorum lenticularium. Bronchopneumonia lobularis. Ecchymoses pericardii. Atrophia simplex hepatis et lienis.

Kórszövettani lelet: A szövettani vizsgálat czéljaira az agy legkülönbözőbb részeit használtuk fel; a szövetdarabokat formalinban fixáltuk, celloidinba ágyaztuk be, s a lehetőleg vékony (5 μ) metszeteket haematoxylineosinnal festettük.

Az agyban a makroskopos képnek megfelelően igen változatos kiterjedésű *vérzések* vannak, a melyek részint nagy, szabálytalan alakú egyes foltokban jelentkeznek, részint igen apró góczokat alkotnak, részint pedig mintegy elágazódva a környezetbe, hosszú keskeny sávokat alkotnak, a melyek egymással anastomozálnak és a közbeeső agyszövetben egyenként szétszórt vörös vértesteket tüntetnek fel. A góczok általában mindenütt szétesést még nem mutató, jól megtartott vörös vértestek tömegéből állanak s csak némelyikben láthatók helyenként szétszórtan nem nagy számban fehér vérsejtek is. A mi a vérzések területén az agyállomány magatartását illeti, arról kétségtelenül megállapítható, hogy súlyosabb elváltozást, a mely szövettanilag kimutatható volna, nem szenvedett el. Nevezetesen necrosisnak, genyes szétesésnek, vagy még csak lágyulásnak is semmi jelét sem lehet találni, csupán a nagyobb vérzések területén és szomszédságában mutatkozik némi vizenyős beivódás, csekély fellazulása az idegállománynak. A dúczsejtek jól festődnek, feltűnőbb megváltozás nem észlelhető rajtuk.

Másik igen szembeötlő mikroskopi lelet található az agy *hajszálerei* és *egyes nagyobb vérerei* részéről. Ugyanis a capillarisok nagy részét egynemű, hyalinos alvadék dugaszolja el, a mely egyesekben élénk rózsaszínnel, másokban inkább ibolyás színnel festődött. Ilyen erekben vörös vértesteket egyáltalán nem lehet találni. A tágabb capillarisokban s némelyik nagyobb érben a vörös vértesteknek nagyfokú összetorlódása tűnik szembe, olyan zsúfoltsággal, hogy a vértestek egyenként fel sem ismerhetők, hanem teljesen összefolyó és sajátos cinober-vörös színnel festődő tömeget alkotnak, úgy, a mint azt stasis esetében szoktuk találni. Néhol a stasis hyalinos alvadékban folytatódik, beterjedve az érelágazódásokba is. Más erekben fali thrombosis található. A thrombus vagy csak hyalinos, az ér falához félholdalakban hozzátapadó; vagy széteső vérlemezkék tömegéből, a vérlemezkék az ér lumenében excentrikus felrakódásban az intimához tapadva, alkotnak kisebb-nagyobb alvadékot, vagy pedig a vérlemezkék mellett még elég sok fibrin is képződött. A vérlemezkékből és fibrinből álló alvadékkal eldugaszolt erekben elég nagy számmal vannak felgyűlve polynuclearis leukocyták is, a melyek egyes erecskékben ellepik az ér falát, valamint a perivascularis résbe jutott vörös vértestekkel is keverődnek. Annyi azonban megállapítható a fehér vértestekről, hogy mindig thrombotizált erekben halmozódnak össze feltűnőbb számmal és ha az ereken kívül találhatók is, mindig csak a közvetlen környezetre, a perivascularis nyirokrésre szorítkoznak és gyér számmal vannak. Sehol sem találhatók olyan mennyiségben, hogy genyes infiltratióról, az agy állományának necrosisáról, genyes szétesésről lehetne szó. Thrombotizált erektől távolabb eső, önállónak tetsző genysejtfelhalmozódásnak sehol, egy metszetben sincs semmi nyoma.

A perivascularis nyirokrések a vérzéses góczokban vagy ezek környezetében szintén vörös vértestekkel teltek, másutt pedig megalvadt savót tartalmaznak.

Érdekes, hogy az agynak nem haemorrhagiás helyeiről kivágott darabokban is az erek aránylag igen nagy részében szintén megtalálhatók a stasis jelei, nemkülönben a hajszálereknek hyalinos alvadékkal való eltömülése, a nélkül, hogy vérzések mikroskopos vizsgálatkor is kimutathatók volnának.

A többi szervből, mint a tüdőből, a májból, a vesékből, a gyomorból készült metszetekben az igen nagyfokú

[1] Münchener mediz. Wochenschr. 1911, 34. sz.
[2] Ugyanott.
[3] Ugyanott.
[4] Les accidents du 606. Bullet. de la Société de Dermat. et de Syphiligr. séance du 7 decembre 1911. Ugyanott, février 1912.
[5] Berliner klin. Wochenschr. 1912, 13. sz.

vérbőség emelendő ki, a mely a tüdőkben és egyes erekben a stasis fokát is eléri; thrombosisok hiányzanak.

* * *

Ha már eleve is meg voltunk győződve arról, hogy a fennebb említett „enkephalitis"-haláleseteket, a melyek salvarsan intravenás befecskendezése után állottak be, egyáltalában nem lehet az úgynevezett *vízhibának* a rovására írni: esetünknek bonczoláselete és mikroskopos vizsgálataink eredménye még valószínűbbé tette, hogy itt *magának a salvarsannak mérgező hatásáról van szó.*

A kórtörténet és bonczoláslelet után nem szorul bővebb bizonyításra, hogy esetünkben a súlyos klinikai tüneteket — mint az eszméletlenséget, a görcsös rohamokat — az agy különböző részeiben nagy számmal keletkezett vérzések okozták, a melyek egyszersmind a legjelentősebb kórbonczolástani elváltozások is voltak.

Ezekre az agyvérzésekre nézve különösen kiemelendő azok részarányos elhelyeződése. Az agy két felében, ha nem is mindig egyenlő kiterjedésben és intenzitásban, de mindenütt azonos részletekben, egymásnak megfelelő agytájékokban találjuk a vérzéseket. Ez a részarányos localisatio pl. igen szembeötlő volt a Varol-hídban is, a hol szabályosan a középvonaltól két oldalra a híd domború felszínével párhuzamosan halad a vérzéses terület s kétoldalt egyenlő módon infarctusszerűleg szélesedik ki, a melynek csúcsa a Varol-híd középpontja felé tekint. Mindezen jelenségeket azért tartjuk fontosnak, mert igen alkalmasak annak a bizonyítására, hogy az elváltozások és az agy érrendszere között szoros összefüggésnek kell lenni.

A vérzések keletkezési módjára, közelebbi okaira nézve a mikroskopos vizsgálatokból nyerhető felvilágosítás.

Ugyanis az agy ereiben talált részint fali, részint obturáló hyalinos, vérlemezkés és fibrines thrombosisok a vérkeringés útjába iktatott olyan akadályok, a melyek az erek többi részében egyfelől pangásos, másfelől torlódásos vérbőséget, stasist okoznak. A vérkeringés ilyen súlyos megzavarása volna szerintünk a legközvetlenebb oka az agyvérzéseknek, a melyeket tehát *per diapedesim* keletkezett capillaris vérzéseknek kell tartanunk. E mellett szólnának azon körülmények, hogy sokszor a vérzés csak a perivascularis nyirokrésre szorítkozik, hogy a nagyobb góczok is apró mikroskopi vérzések összefolyásából támadtak. Esetünkben tehát a vérkeringési zavaroknak egymással oki és okozati összefüggésben levő egyes phasisai annyira kifejezetten találhatók meg, hogy az agyvérzéseket más természetű kórfolyamatra, nevezetesen gyuladásra, *enkephalitisre* visszavezetnünk teljesen indokolatlan, már csak azért is, mert lobnak, necrosisnak, ezekkel járó lágyulásnak kórszövettani jeleit sehol sem találtuk.

Ez a felfogás az agyvelő-elváltozások minősége, jellege tekintetében ellenkezik azokéval, a kiknek alkalmuk volt ugyancsak intravenás salvarsan-injectiók után elhalt egyéneken bonczolást és mikroskopi vizsgálatot végezni. A rendelkezésünkre álló, illetve hozzáférhető irodalmi adatok között főleg 3 esetet találtunk olyat, a melynek a részletes ismertetése alapján a mienkkel való összehasonlítás lehető. Nevezetesen *Kannengiesser*, *Fischer*, *Almkvist* közöl — mint már említve volt — egy-egy salvarsan-injectio után észlelt *enkephalitis haemorrhagica*-esetet. Mindhárom esetben igen egyező klinikai tünetek, mint magas láz, eszméletlenség, heves izgalmi tünetek, epileptiformis görcsök, coma után 4—5 nap mulva exitus állott be. Bonczoláskor az *Almkvist* és *Kannengiesser* eseteiben az agy különböző részeiben, a kéregben, duczokban és legtömegesebben, éppen mint a mi esetünkben, a *Varol-hídban* vérzéseket találtak. *Fischer* esetében csak mikroskopi vizsgálatkor tűntek fel s vérzések. Az erekben részint hyalin thrombusok (*Almkvist*), részint szemcsés fibrin-tömegek voltak (*Kannengiesser*). A vérzések részint góczszerűek, részint csíkokat alkotnak; a perivascularis nyirokrések vörös vértestekkel, leukocytákkal teltek, néhol hyalinos fibrin is található. A mi magának az agyállománynak az elváltozását illeti, az a leírások szerint nem mondható valami különösebben súlyosnak, a mennyiben mindössze gyűrűszerű vérzések által körülzárt mikroskopi kicsinységű „degeneratiós" vagy néhol necrosisos góczok látszanak s ezek is egy centralisan levő erecske körül találhatók, de a mint *Kannengiesser* leírja, vannak vérzések minden degeneratio nélkül is. Nem olyanok tehát ezek a leletek, a melyek az *enkephalitis* felvételét teljesen jogosulttá tennék. Még leginkább a fehér vérsejtek jelenléte szólhatna az elváltozás lobos természete mellett, azonban ez részint nem állandó lehet, részint pedig a vérzések tömege mellett egészen jelentéktelen, teljesen háttérbe szorul. Különben is thrombotizált erekben a vörös vértestek, fehér vérsejtek egyenlőtlen elosztódása, a fehér vérsejteknek egy tömegbe való fölhalmozódása éppen nem szokatlan dolog.

Mindezek alapján mi azt hiszszük, *hogy nemcsak a mi esetünkben, hanem minden olyan esetben, a hol salvarsan-injectiókkal kapcsolatban a leírt agyvérzések keletkeznek, ezek az agy ereinek thrombosisára vezethetők vissza és nem valamely fertőzés által okoztattak.* Tehát határozottan *vérkeringési zavarnak*, nem pedig *lobos folyamatnak* a következményei. Ennek a megállapítása azért döntő fontosságú, mert ha ez valóban így van, akkor nagyon sokat veszítenek valószínűségükből és jelentőségükből mindazon theoriák, a melyek a magas adagokkal végzett intravenás injectiók szerencsétlen következményeit nem a salvarsan hatásának tulajdonítják. Részünkről annyival is inkább hajlandók vagyunk az agybeli vérkeringés súlyos mngzavarásából magyarázni az elváltozásokat, mert az arsenről már régóta megállapított dolog, hogy a vérmérgek közé tartozik, hogy intravitalis capillaris-thrombosisokat okoz. Igy pl. bizonyítják ezt *Heilborn*, *Silbermann* kisérletei; *Heinz* vérlemezke-thrombusok képződését látta; *Alexander* pedig felveszi, hogy az idegekben, izmokban arsenmérgezéskor beálló degeneratiók is capillaris-thrombosisokra vezethetők vissza.[6]

Hogy ezt a kérdést, *vajjon maga a salvarsan okozhat-e ily elváltozásokat*, hogy tehát esetünkben s a többi, salvarsan intravenás befecskendezése után hasonló tüneteket mutatott, más szerzők által publikált esetben is valóban *salvarsan-mérgezésről* lehet-e szó, a megoldáshoz közelebb vigyük, az *állatkisérlethez* fordultunk, a melyeket két irányban folytattunk.

I. *A kisérleti állaton* — mi a házinyulat választottuk — *nagy adag salvarsan intravenás befecskendezése által mérgezést idéztünk elő, hogy lássuk, vajjon a klinikai tünetek, a bonczoláslelet és a szövettani kép, mutatnak-e hasonlóságot az emberen észleltekkel?* A befecskendezéseket kezdetben pár esetben a kipraeparált vena jugularisba, azontúl mindig a fülgyüjtőérbe végeztük.

A salvarsan-oldatot egészen úgy készítettük, mint az emberen történő oltásokhoz, tehát frissen párolt vízzel készített és jól felfőzött 0·5% ClNa-oldatban oldott salvarsan, normal natronlúggal lúgosítva, míg az oldat teljesen kristálytiszta lesz. Az egyedüli különbség csak az volt, hogy állatkisérleteinkhez nem 0·2 : 100, hanem 1% salvarsan-oldatot használtunk, mert különben ahhoz, hogy súlyos, sőt halálos mérgezést idézzünk elő, oly nagy mennyiségű folyadék befecskendezésére lett volna szükség — lévén házinyúlon a salvarsan tűrt adagja igen magas —, a melyet az állat nem bírt volna el.

Sajátságos, hogy eddig senki sem végzett ily irányú kisérletet, pedig a mieink meglepő eredményre vezettek. Egyedül *Kochmann*[7] közleményét említhetjük, a ki a greifswaldi egyetem gyógyszertani intézetében állatkisérleteket végzett, de ezek a kisérletek is más téren mozognak, és — mint más szerzők hasonirányú vizsgálatai is — főként csak a salvarsan toxicitásának meghatározására szorítkoznak, és semmiféle vonatkozásban sincsenek az emberen előfordult, agy-tünetekkel járó salvarsan-halállal.

Ezért *Kochmann*, a ki házinyulakon és kutyákon végzett intravenás salvarsan-befecskendezéseket, az idegrendszer

[6] *Lubarsch-Ostertag:* Ergebn. Jahrg. VII. 1900—1901. *Kionka:* Blutgifte. *Heinz:* Hdb. d. experim. Patholog. und Pharmakol. Bd. I.

[7] Münch. med. Wochenschrift, 1912, 1. sz.

részéről beálló kórbonczolástani és kórszövettani elváltozásokra nem is volt tekintettel és a bonczolások alkalmával csak a gyomor- és béltractus lobos elváltozásait írja le.

A mi ezirányú kisérleteinkre részletesebben itt nem terjeszkedünk ki, csak azok eredményeit említjük, a melyek röviden a következők voltak:

1. *A Hata által annak idején a házinyúlra nézve megállapított dosis tolerata salvarsani* (0·1 pro kilogramm testsúly) *igen magas.* Ezt már *Kochmann* is hangsúlyozza, a ki szerint ez az adag már éppenséggel a dosis letalist jelenti. Mi 10 házinyúlnak fecskendeztünk pro kilogramm testsúly 0·1 adagot: ezek közül csak 5 maradt életben, 5 ellenben elpusztult.

2. *Azok az állatok, a melyek pro kg. 0·1-nél csak valamivel is nagyobb adagot kaptak, kivétel nélkül elpusztultak,* és pedig azok, a melyek 0·15 és nagyobb adagot kaptak, pár órával a befecskendezés után, azok pedig, a melyek csak 0·11—0·12-t kaptak pro kilogramm, csak pár, két, két és félnap mulva.

A legérdekesebb azonban az, hogy ezek az állatok ugyanolyan vagy legalább is hasonló klinikai tünetek közt pusztultak el, mint az ember (eszméletlenség, görcsök), *e mellett a bonczoláslelet és a szövettani vizsgálatok eredménye is teljesen hasonló volt az* emberen talált, fennebb részletesen vázolt elváltozásokkal. Itt is ugyanazokat a pontszerű vérzéseket találtuk bonczoláskor az agyban, mint az emberben, míg a többi szerv a nagyfokú vérbőségen kívül itt sem mutatott nevezetesebb elváltozásokat. A mikroskop alatt itt is ugyanazt a képet — stasis, hyalinthrombosis és vérzések — találtuk az agyban, a nélkül, hogy kifejezett lobtünetek lettek volna jelen.

Sikerült tehát nekünk házinyúlon nagy salvarsan-adagok intravenás befecskendezése által körülbelül ugyanazokat a mérgezési tüneteket előidézni, mint a milyenek az emberen jelentkeznek; minthogy pedig ezenkívül úgy a szabad szemmel, mint a mikroskoppal látható kóros elváltozások is fedik egymást az emberen és az állaton: jogosult ama feltevésünk, hogy úgy esetünkben, mint a más szerzők által leírt intravenás salvarsan-injectiók után hasonló tünetcomplexum mellett beálló halálesetekben is csak magának a salvarsannak mérgező hatásáról lehet szó.

(Vége a jövő számban.)

Néhány kritikai megjegyzés a skopolamin-narcosishoz.

Irta: ***Vladár Márton László*** dr., Szt. Erzsébet-zárda-kórházi főorvos.

Felbátorítva *Brunner Fr.* dr. közleményétől, a mely a Münchener mediz. Wochenschrift 1912. évfolyamának 3. számában „Vorsicht mit dem Skopolamin“ czím alatt jelent meg, kötelességemnek tartom beszámolni eddigi tapasztalataimról, melyeket ezen szerrel végzett narcosisaim alkalmával szereztem. Nem áll módomban a műtétek százairól referálhatni s így következtetéseim sem arrogálhatják maguknak azt, hogy absolut becsűeknek tekintessenek.

Mindazonáltal tekintve azt, hogy a skopolamin pharmakodynamice nem teljesen kipróbált, többé-kevésbé ismeretlen vegyület, a melylyel eddigelé különféle klinikákon és kórházakban csak próbákat végeztek, úgy vélem, hogy minden megfigyelés, legyen az bár a legapróbb is, minden észlelés, terjedt légyen az bármily kevés esetre is, értékkel kell hogy birjon. Ilyen szempontból mérlegelve a kérdést, hiszem, hogy egyéni impressióim is tartalmazhatnak egynémely megszívlelendő igazságot.

Megjegyzem és előrebocsátom, hogy 1908 óta híve vagyok a beteg *műtéti előkészítésének* s ezért minden operálandó betegem a műtét előtti estén 0·5—0·7 veronalt + 0·02 dionint vesz be porban. 20 éven aluliaknak és 60 éven felülieknek a dosist erősen redukálom.

Igaznak tartom azt a tapasztalatot: *hogy a csendes narcosis előfeltétele az ép, a nyugodt és ki nem fáradt szív.* Az elő nem készített beteg álmatlan és izgalmas éjszakát tölt el s leromolva, izgatott és gyengült szívvel kerül a műtőasztalra. Valljuk meg őszintén, hogy minden beteg szemei előtt ott lebeg a fájdalom, a melyet el fog kelleni szenvednie s az a kételkedés, hogy a műtét milyen kimenetelű lesz.

Az operálandó beteg praeparálását szükségesnek tartom. Eltekintve azon esetektől, a hol sürgősen kell operálni, a legtöbb betegen ezen előkészülethez megvan a kellő idő. Miután a műtétek javarészét délelőtt végezzük, arra kell törekednünk, hogy a beteg éjjelét nyugodttá tegyük.

Ha végigtekintek statisztikámon, arra a meggyőződésre jutok, hogy veronallal altatott betegeim legtöbbje nyugodtan átaludta éjjelét és teljesen kipihent állapotban, nem egyszer még soporosusan került a műtőasztalra.

Az ilyen esetekben természetesen egy újabb narcoticum bevitele feleslegessé vált s így a beteget további előkészítés nélkül altattuk.

A kin a veronal- és dioninhatás reggel 8 óra körül teljesen eltűnt, alkalmasnak bizonyult a további előkészítésre.

Eddigele 15 betegen próbáltam ki a morphium-skopolamin- és 9 betegen a pantopon-skopolamin-befecskendezést. Betegeim életkora 17 és 55 év között variált. A morphium-skopolaminból az eredeti *Korff*-féle előírás szerint a *Riedel*-féle ampullákban foglalt adagot, 0·03 morphint + 0·001 skopolamint háromszorra fecskendeztem be, de minthogy úgy tapasztaltam, hogy ez az adag oly borzasztó nagy, hogy szinte merényletnek minősíthető a beteg élete ellen, redukáltam, úgy hogy egy Pravaz-fecskendőre 0·01 morphin és 0·0003 skopolamin, tehát az ajánlott adagnak csak $^1/_3$-a jutott s a hatás még így is nem egy esetben ijesztő volt. Megjegyzem, hogy operativ beteganyagom csak nőkből áll.

A pantopon-skopolamint *Brüstlein* ajánlatára a Hoffmann & La Roche-czég sterilezett ampullákban hozza forgalomba 0·04 pantopon- és 0·0006 skopolamin-tartalommal.

Brüstlein néhány sikerült eset kapcsán arra a következtetésre jut, hogy ezen adaggal oly nyugodt alvást lehet létesíteni, hogy az inhalatiós narcoticumra szükség nincs. Sajnosan tapasztaltam 9 esetem és 2 igen súlyos asphyxia kapcsán, hogy ez az ajánlat teljesen téves. *A pantopon-skopolamin-narcosis lehet kisegítő eszköze a chloroform- vagy aetherbódításnak, de azt veszedelmessége miatt nem helyettesítheti.*

A pantopon-skopolamin adagját szintén felére redukáltam, úgy hogy minden Pravaz-fecskendőre 0·02 pantopon és 0·0003 skopolamin jutott s a hatás némely esetben még így is igen erős volt.

Hogy a pantoponhatás a morphiumétól valamiben különböznék, nem tapasztaltam s így adott esetben teljesen mindegy, hogy melyiket választjuk.

Ugy a morphiumot, mint a pantopon-skopolamint betegeim 8 órakor kapták hypodermatice s pontosan 9 órakor kezdtük meg a műtétet. A narcoticum hatása egyénenként igen különbözőképpen nyilvánult. Volt olyan betegem, a ki mély álommal került a műtőasztalra, másokon csak kábultság jelentkezett. E szerint változott azután a belégzett narcoticum mennyisége is. A teljesen alvó beteg nem szorult bódításra. Az álom ezen esetekben feltünő nyugodt, de ezzel a lethargiás nyugodtságával legalább reám bizonyos tekintetben félelmetes impressiót gyakorolt. Ugy éreztem magamat, mint a ki elvesztette betege fölött a gyeplő dirigáló hatását és ki van szolgáltatva a hypodermatice bekebelezett szer egyénenként más és másképpen kifejtett hatásának.

Ha egy óra leforgása után csak kábulat állott elő, óvatosan chloroformot vagy aethert leheltettem be. Egyes esetekben már pár csepp belehelése után beállott a teljes alvás, máskor 5—10 cm^3 chloroform vagy aether fogyott el, a míg a beteg elaludt.

Az álom minden esetben nyugodtan, *excitatio nélkül* állott be s a *sikerült esetekben* igen nyugodt volt. Hányás 4 esetemben jelentkezett.

A felébredés egyeseken a műtét után gyorsan, a legtöbb-

jén azonban csak 1 óra mulva következett be. A nap javarésze szendergéssel telt el.

Mély skopolaminbódulat alatt a pulsus rhythmusos, de gyenge és kishullámú. A légzés igen lassú s időnként kihagyó.

Egyik betegemen, a kin kolpoperineorrhaphiát és ventrofixatiót végeztem, félelmetes asphyxiát szenvedtem át. A beteg este veronalt és dionint vett be, reggel 8-kor kapott bőre alá 0·02 pantopont + 0·0003 skopolamint. 9 órakor kissé kábult állapotban fektettük a műtőasztalra s néhány csepp chloroform belégzése után nyugodt és mély álomba merült. A mikor a kolpoperineorrhaphia utolsó öltéseit végeztem, a sebből kiszivárgó vér szine egyszerre sötétkékké változott s a betegen rendkívül súlyos asphyxia állott be. Az apnoë tartama alatt a szív izgatottan vert, a pupillák ad maximum kitágultak s a reflexek teljesen elmaradtak. Mesterséges légzésre és excitantiákra a beteg magához tért s teljes apathiában, tágra nyitott szemekkel, fájdalom nélkül állotta ki a ventrofixatiót.

Az operált csak 11 óra tájban tért teljesen magához.

A második eset elgyengült 47 éves asszonyt illet, kin osteomalacia miatt castratiót végeztem. Ez a beteg is teljesen az előbbi módszer szerint praeparáltatott. Alvó állapotban fektettük a műtőasztalra s nem adtunk neki bódítót. Műtét alatt elakadt a beteg lélekzete, pulsusa filiformissá vált, az arcz elhalványodott, a pupillák ad maximum kitágultak s az összes reflexek teljesen elapadtak. A légzést a legnagyobb erőfeszítéssel tudtuk csak fentartani, s mialatt az egyik segéd a beteg életbentartásával vesződött, a műtétet kínok között fejeztem be. A műtét után az állapot mitsem javult. Kámfor, strychnin, intravenosusan adrenalin, konyhasós hypodermoclysis semmit sem lendített a beteg kétségbeesett állapotán. Mesterséges légzésre és nyelv-huzogatásra meg-megindult ugyan a légzés, de a procedurák abbahagyásával újra beállott az apnoë. A légzés-typus nem a *Cheyne-Stokes*-féléhez hasonlított, hanem a *Biot*-féléhez, a melyben, a mint tudvalevő dolog, 3—4 *egyenlő* kilengésű légvétel után áll be a hosszú pausa. Ujabb ingerlésre a beteg végzett egy pár ilyen mély belégzést s utána megint a legmélyebb apnoë állott elő. Délután 2 órakor, tehát 4 órai szakadatlan munka után, végre assistentia nélkül légzett a beteg.

24 eset elvégre nem oly tömeg, hogy abból az ember végérvényes következtetéseket vonhasson le, de elég arra, hogy némi képet mégis alkothassunk magunknak. Az a kép, a mely az én lelki szemeim előtt kialakult, nagy óvatosságra kell hogy intsen mindenkit, a ki a skopolamint használni akarja. Való az, hogy a skopolamin teljesen individualisan ható, hatásában ki nem számítható szer, a mely nemcsak hogy nem paralyzálja a morphin vagy pantopon hatását, hanem azt határozottan *hatványozza*. A hatás egyenlőtlenségét bizonyítja az, hogy a míg az egyik beteg nyugodtan elbír 0·001-ot, addig a másik már ezen adag $^1/_3$-a után súlyos asphyxiát kap. A hatás latitude-je tehát igen nagy. Ha a dosis egyszer benn van a beteg testében, a gyeplő teljesen kiesett a kezünkből, azt a beteget mi dirigálni többé nem tudjuk. *A pharmacodynamikai hatás legszembeötlőbb, de egyúttal legvészesebb jelensége a légzési centrum bénulása, a mely teljes apnoëre vezethet.*

Teljesen tévesnek jelentem ki azt a felfogást, hogy a skopolamin használata mellett ne legyen szükség inhalatiós narcoticumra. A inhalatiós narcoticum hatása az altató kezébe van letéve, ő azt a szerint dirigálja, hogy vagy többet, vagy kevesebbet leheltet be a beteggel. A skopolamin azonban, ha egyszer a vérbe kerül, ott már nem dirigálható és teljesen egyénileg fejti ki hatását. Meg vagyok róla győződve, hogy *Brüstlein* az ő pantopon-skopolamin-narcosisával nem fog iskolát csinálni, s a ki egy-két asphyxiát átélt, beláthatja, hogy ez a módszer az általános bódítás terén nem fog polgárjogot nyerhetni.

A skopolamin narcosisos és sedativ hatásának acméja a 2—3. órára esik, tehát jóval későbbre, mint a morphiumé vagy pantoponé, s így, ha a belégzett bódítószer hatásának tetőfoka összeesik ezzel, valószínű, hogy asphyxia fog bekövetkezni. Határozottan állítom, hogy az eddig ajánlott skopolamindosisok mind túlmagasra vannak szabva. A *Korff* által előírt *Riedl*-féle skopomorphinban háromszori befecskendésre 1 milligramm skopolamint kap a beteg, a *Brüstlein*-féle ampullák mindegyikében pedig 6 decimilligramm van belőle. Úgy vélem, hogy nem helyes az a tendentia, a mely oda törekszik, hogy a skopolamin befecskendezésével teljes bódulatot hozzon létre, s az aethert és chloroformot nélkülözhetővé tegye.

Egyoldalú kritikát gyakorolnék azonban, ha az éremnek csupán csak az egyik oldalát mutatnám be, s nem szólnék arról, hogy milyen a narcosis lefolyása az úgynevezett *sikerült* esetekben. Mert tagadhatatlan, hogy ezek a sikerült esetek azok, a melyek az egész skopolamin-kérdést a felszínen tartják. Tagadhatatlan, hogy egyes, teljesen egyéni esetekben oly remek és csendes a narcosis, mint a milyet semmiféle inhalatiós bódító még a leggyakorlottabb altató kezében sem tud produkálni. Ezekben az esetekben az alvás csendesen indul meg, az excitatiós szak teljesen elmarad, mély, egyenletes és igen nyugodt álom következik be, melyből a felébredés fokozatos. A hányás-inger ritka, a magam esetei közül csak négyben tapasztaltam. Ha az egyéni reactio minden esetben ilyen idealis színben mutatkoznék s nem állana előttünk az a memento, a mely az asphyxia rémes képében jelenik meg, úgy bátran azt mondhatnám, hogy a narcosis kérdése nagy lépéssel haladt előre. Sajnos azonban, az egyéni viselkedés különbözősége oly tág határok között mozog, hogy ez teljesen útját vágja a szer általános használatának.

Közlemény a Budapesti Munkásbiztosító Pénztár VI. kerületi urologiai és bőrgyógyászati osztályáról.

Egy újabb jodkészítmény therapiás használata.

Irta: *Wohl Mór* dr, r. orvos.

A jodvegyületek belső használatakor az a főigyekezetünk, hogy minél nagyobb legyen a jodhatás s minél kisebb a jod fölszívódásával karöltve járó jodismus okozta kellemetlenség.

Érzékeny betegeken már kismennyiségű jod (0·05—0·12) bevétele kellemetlen ízt, émelygést s hányásingert okoz. Nagyobb adag (0·25) már szorongási érzést, sárgás, jodtartalmú folyadék hányását okozhatja s érzékenységét a gyomortájnak. Még nagyobb adag (0·4) bevétele ezen tünetek mellett pulsusgyorsulást, gastroenteritist, collapsust hozhat létre.

Hogy ezen tiszta jodhatást némiképpen csökkentsük s a kiválasztást némiképpen lassítsuk, a jodot szokásos alkalivegyületeiben adjuk.

A jodkalium, jodnatrium osztozkodik a jod hatásában, annak maró s más kellemetlen tulajdonságai nélkül. A jodalkaliák a szájban erősen sós ízűek s erősebb nyálfolyást okoznak, valamint a garatra s gégére némiképpen izgatólag hatnak. A gyomorban a jodkaliumból, ha tisztátlan jodsavat nem tartalmaz, nem hasad le jod, legfeljebb a gyomorsav behatása folytán jodnatriummá s chlorkaliummá változik s mint jodnatrium választatik ki a szervezetből. Tudjuk, hogy kiválik a nyálban, a vizeletben, a nyálkahártyákon, a tejben, az epében, a könyekben, a serosus hártyákon, az izületekben s a bőr fagygyumirigyeiben is (jodacne).

A jodalkaliák legnagyobb mennyisége már az első 24 órában elhagyja a szervezetet s 45 óra multán az utolsó adag is elhagyta a testet. Az emésztőcsatorna nyálkahártyáján kiváló jod főképpen az alsó béltractusban szívódik fel s a bélsárban már fölvétele után pár órával kimutatható. Legtovább tart a kiválasztása a nyálban (*Eulenburg*), itt még olyankor is kimutatható, a midőn a vizeletből már rég eltűnt (*Cl. Bernard*).

Kenőcsalakban a jodalkaliák nagyon csekély mennyiségben szívódnak fel. A fürdővízhez hozzáadva, még egy órai

fürdés után is alig mutatható ki a nyálban vagy a vizeletben. Ellenben nagy a felszívódó képessége a bőralatti kötőszövetből. De concentráltabb oldatokban a bőr alá fecskendezve nagy fájdalmat s lobot, genyedést okozhat. A végbélnyálkahártyáról is hamar felszivatnak a jodalkaliák, épp úgy a vaginából; a collum uterire ecsetelve jodtincturát, csakhamar megjelenik a jod a nyálban *(Hamburger, Breisky)*.

Welander a csecsemők vizeletében kimutatta a jodot, ha ezek jodtartalmú anyatejet szívtak. Ugyszintén a magzatvízben s a foetusban, ha a szülőnő jodot szedett.

Mivel jodalkali adagolása mellett a jod a könyek útján is kiválik, calomelhintőpor a szemre maró jodkéneső képződése folytán a kötőhártya kifekélyesedését okozhatja.

Egyik legkellemetlenebb mellékhatása a jodalkaliák bevételének azon elváltozás, melyet a felső légutak, az orr, a garat, a gége s a száj nyálkahártyáján okoz. Ezek alkotják azon tünetcsoportot, melyet a *jodnátha* s *jodsalivatio* néven ismerünk.

A köztakaró mirigyeiben ezek savanyú secretuma folytán a jodvegyületből szabad J szabadul ki s okozza a jodacnét s jodpustulákat. Valamivel később ugyan, mint a jodnáthát, de további adagolás esetén mégis mélyebb beszűrődéseket, furunculusokat is okozhat, ritkábban purpurás s bullosus bőrelváltozásokat *(Harlingen)*.

A vesére való hatását illetőleg tudjuk, hogy a vizeletet higabbá teszi, hogy húgysavtartalma s savi vegyhatása csökken. Ureumtartalma inkább fogy s a szervezetben circuláló Hg- s Pb-vegyületek (chronikus intoxicatiók eseteiben) kiválását a vizelet útján előmozdítja Hg- s Pb-albuminatok képződése alakjában.

Tudjuk, hogy a menses fejlődésére s fokozására befolyással van, hogy metrorrhagiát idézhet elő s hogy viszont a tejelválasztásra gátlólag hat.

Ritkábbak medicinalis adagoláskor azon tünetek, melyeket *chronikus jodismus* néven ismerünk. Nyilvánul pedig ez különböző fokú cerebralis tünetekben: nyugtalanság, álmatlanság, stenocardiás érzés, szívdobogás, gyorsított pulsus, fejfájás stb., nagyobb intenzitásában pedig jodvitiligo, szédülés, ingatag járás s paralysises tünetek, stupor s jodcachexia képében (*Wallace, Rodet*).

Schönbein s *Binz* ezeket a tüneteket is a HJ, illetve a jodmetalloid szabaddá tételével magyarázza a protoplasma víz- s szabad savtartalma folytán, a miből *Boeck* s *Sée* a jod különböző hatását magyarázza a különféle szervekre s a syphilises képletekre. De erről való fogalmunk még most is homályos. Inkább empirice állítjuk fel a jodkezelés különféle indicatióit: Általános kóralakokban, *syphilis ellen*, különösen a harmadlagos stadiumban, vérszegény, scrophulosisos, elgyengült betegeken, a kik a kénesőt éppen nem, vagy rosszul tűrik. Különösen lueses tophusok s dolores osteocopi ellen, csonthártya-gyuladások, bőr- s nyálkahártyagummák s ebből eredő fekélyek, heresyphilis (gumma s periorchitis), a máj, agy s gége syphilise, iritis és scleritis syphilitica, onychia s paronychia syphilitica eseteiben, a melyekben a jod különösen javalva van. *Idült saturnismus és hydrargyrosis* ellen, a mennyiben a mérgek kiválasztását a szervezetből elősegíti, a mint azt kifejtettük. *Scrophulosisban*, különösen a nyirokmirigyek, csontok s izületek bajaiban, ha a táplálkozás a sokáig tartott genyedés ellenére még nem hanyatlott tetemesen, ha láz nincs jelen s ha tüdőbeli elváltozások hiányzanak. *Elhizás* ellen különösen franczia szerzők szeretik használni, kivált ha ezen elhájasodás a belső secretio zavarai folytán (struma) áll be. Localis bajokban a jod használata javalva van: *Struma* egyszerű hypertrophiás s colloid alakjaiban. *Izzadmányok* ellen belső üregekben: peritoneum, pleura, pericardium, izületek exudatumaiban és méhkörüli izzadmányokban, belső és külső használattal. *Asthmában*, nagyobb adagokban. *Rheumás bajokban*, nevezetesen izomfájdalmak esetén, periostitises csont- és izületi bántalmakban localis alkalmazással kapcsolatosan. *Ideges állapotokban*, ha ezek syphilises elváltozások következményei, s ha az exsudatum nyomása vagy vongálása által a peripheriás idegekre vagy azok centrumaira hozattak létre. Apoplexia, sclerosis multiplex, intermittáló sántítás, tabes *(Erb)* eseteiben való használata is ekképpen értelmezhető. *Arteriosclerosisban* csökkenti a vér viscositását s az elfajult érterületeken a kisebb súrlódás folytán a keringési akadályokat csökkenti *(Walter)*.

A jodvegyületek használata esetén korlátozni kell az alkoholt, mert ez sietteti a jodismust *(Hagen)*, korlátozni kell oly gyógyszerek bevételét, a melyek a joddal a béltractusban maró vegyületekké egyesülnek, mint belsőleg kéneső, sublimat stb. A jodkészítmények hátrányos mellékhatását kiküszöbölni próbálták bőraláfecskendésre szánt jodvegyületek (jodzsírok, jodfehérje-készítmények) készítése által, melyek közül egyesek a gyakorlatban utat is törtek maguknak s használhatónak bizonyultak, de huzamos használatra nem alkalmasak, kellemetlen, fájdalmas helyi reactiójuk miatt (jodipin, jothion).

De a jodidok alkalmas pótszere, mely belsőleg, hosszabb időig, jodismus okozása nélkül, nagyobb adagokban is adható volna, eddig hiányzott.

Fischer és *Mering* azt derítette ki, hogy a nem kívánt mellékhatásokat jelentékenyen lehet csökkenteni, ha a jodot zsírsav vegyületében calciumhoz kötve alkalmazzuk. Ezen combinatio a *sajodin*.

Újabban hatásos s a jodalkaliáknál s a sajodinnál lassúbb felszívódású zsírsavas jodvegyületet hoztak forgalomba, a melynek kiválasztási időtartama hosszabb, a mi hatékonyságára mindenesetre nagy előny. E jódkészítmény a jodostarin „Roche“, mely additiós terméke a jodnak és taurinsavnak. Finom, fehér, íz- és szagnélküli kristályos por, mely vízben nem, csakis zsíroldó folyadékokban oldódik; nem vízszívó és fény behatására nem bomlik. Pontosan adagolt tabletták alakjában jön forgalomba, melyekből 1—6-ot adhatunk naponta.

A jodostarinnal számos esetben kisérleteztünk. Minden oly esetben, a melyben jod adagolása javalt, megpróbáltuk; így a syphilis késői másodlagos szakának és a harmadlagos szaknak minden megnyilvánulásakor; különösen gummák, osteoperiostitisek, orchitisek, onychiák eseteiben és vérszegény, scrophulosisos, elgyengült betegeken, ezenkívül még hereditaer lues eseteiben.

Alkalmaztuk a nem lueses megbetegedések közül a prostata idősült gonorrhoeás gyuladása esetén, lezajlott mellékheregyuladások után visszamaradt induratiók, hydrocele és gonorrhoeás izületgyuladás eseteiben.

Minden esetünkben megfigyeléseink alkalmával főleg az vezetett, vajjon, összehasonlitva eddigi bevált jodvegyületeinkkel, kifejt-e a jodostarin oly intensiv jodhatást, mint azok, jelentkezik-e jodismus, mikor és mily mértékben? Átlagban az előírt adagolás határán belül maradtunk — napi 6 tabletta —, de néhány esetben 8—10 tablettáig is emelkedtünk. Vizsgálatainkból kiderült, hogy a jodhatás *minden egyes esetben prompt beállott, tartós és egyenletes* maradt. *A gyomorra és a béltractusra káros hatást sohasem fejtett ki*, még akkor sem, midőn nagy adagokban adtuk. Intoxicatiót egy esetben sem észleltünk. Jodismust nagy ritkán okozott; csak akkor, ha igen nagy adagokban adtuk; még oly betegek is be tudták venni, kik egyéb jodvegyületekkel szemben idiosyncrasiával viseltettek.

Mindezek alapján mondhatjuk, hogy a jodostarin gyógyszerkincsünkre nézve nyereséget jelent és adott esetben mint veszélytelen és teljesen megbízható szer nyugodtan és sikerrel adagolható.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Révész B.: Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. 1911. Johann Ambrosius Barth, Leipzig. 194 oldal, 4·50 márka.

A nagyszebeni elmegyógyító intézet főorvosa szorgalmas munkájában részletesen és sok érdekes adatot összehalmozva dolgozza fel a maga elé tűzött themát. Külön tárgyalja az öt

világrész nagyobb országainak, tartományainak, vidékeinek elme- és idegbetegségeit, pontosan kiemelve az irodalomból mindazt, a mi egyes helyekre jellegzetes. Különösen érdekes az egyes endemiák és tropusi elme- és idegbajok részletes leírása. E mellett lehetőség szerint a psychiatria terén végzett újabb kutatásokat és irányelveket is mérlegeli és meglátszik, hogy munkája megirásakor az irodalmat kellő kritikával tekintetbe vette. Csak azt sajnálom, hogy a magyarországi viszonyokra nem tért ki részletesebben és sok kiváló tudósnak ezirányú munkáját nem vette figyelembe, pedig egyikmásikban elég érdekes és neves adatokat talált volna. Másrészt sajnálom, hogy *Hollós* dr. adatait a magyarországi paralysisre vonatkozólag minden megjegyzés nélkül közli, mert *Hollós* e kiváló munkájába önkéntelenül tévedések kerültek, a mikor a statisztikai adatokat vette tekintetbe, holott közismert dolog, hogy a mi statisztikánkban sok minden a paralysis rovatába kerül, a mi nem az, mert máshová nem osztható be. Ha erre tekintettel lennénk, akkor bizonnyal nem állana oly mereven a thesis, hogy Magyarországban aránytalanul sok a paralysis. *Révész Béla* munkája függelékeképpen az elme- és idegbajok faji sajátságainak okait külön-külön taglalja és sok érdekes adatot ismertet. *Goldberger Márk* dr.

Stein G.: Grund-Schema der Geisteskrankheiten. Josef Sáfár, Wien, 1911. 1·60 K.

A szerző *Wagner v. Jauregg* bécsi tanár klinikai előadásai alapján hat táblázatba foglalta össze az elmebajokra vonatkozó fontos adatokat. Egyáltalán nem vagyok híve a sémás táblázatoknak, de még kevésbé helyénvaló az elmegyógyászatban, mert talán sehol sincs oly sok variatiója, finomabb és feltűnőbb átmenete, combinatiója az egyes kórformáknak, mint éppen a psychiatriában. Ettől eltekintve azonban a munka feltétlenül ügyes, könnyen áttekinthető és lehetőség szerint mindent figyelembevevő táblázatai révén a hasonló munkák között jól megállja a helyét. Az elmebajokat 6 csoportba osztja és mindegyiket külön táblázatban foglalja össze. Az egyes csoportok a következők: 1. Hevenyés functionalis elmezavarok. 2. Idősült functionalis elmezavarok. 3. Alkoholos elmebajok. 4. Elbutulásos folyamatok. 5. Az agyvelő organumos megbetegedéseinek elmezavarai (a paralysis progressiva kivételével). 6. Pajzsmirigy-megbetegedések. Epilepsiás elmezavar, hysteriás elmezavar. Fejlődési rendellenességek. A táblázatok összeállításakor a szerző természetesen *Wagner v. Jauregg* klinikájának nézeteit, véleményeit tartotta szem előtt. *Goldberger Márk* dr.

Lapszemle.

Sebészet.

Szabad peritonitis esetén a hasüreg bevarrása avagy drainezése a helyesebb eljárás? Ezt a kérdést tárgyalja *E. Sonnenburg*. Mindenekelőtt fontosnak tartja, hogy a statisztikák összeállítása a peritonitisek különböző csoportjait illetőleg egységes megállapodás szerint történjék, csak egyenlő értékű statisztikák összehasonlítása alapján alkothatunk ítéletet a kezelés eredményéről. A szerző szerint elsősorban meg kell állapítani, hogy mit nevezünk szabad peritonitisnek. Szerinte kétségtelenül azon esetek is a szabad peritonitis appendicularishoz számítandók, a melyekben zavaros serosus vagy kissé genyes serosus izzadmány mutatkozik szabadon a fertőzés gócza, tehát itt a féregnyulvány körül, és pedig csupán jobboldalt. A statisztikának továbbá ki kell mutatnia az operativ beavatkozás időpontját is. A peritonitiseknek csoportokba való beosztásakor tekintetbe veendő ezenkívül az izzadmányok kiterjedése, a klinikai tünetek súlyos volta, mindenekelőtt pedig a fertőzés virulentiája. A peritonitis korábbi felismerésének és ennek folytán a korábbi sebészi beavatkozásnak köszönhető, hogy a peritonitis statisztikája mindenütt javult. Túlnyomó számban jobb prognosissal bíró korai esetek kerülnek kezelésbe.

A therapia abból indul ki, hogy mindenekelőtt a fertőző gócz, melyből a peritonitis kiindul és a melyet most könnyebben ismerünk fel mint annakelőtte, kiküszöböltetik a testből. A további kezelés attól függ, vajjon a peritoneum milyen mértékben vett részt. Ennek megitélése nem mindig egyszerű dolog. Nagyon helyesen azon voltak, hogy a peritonitis-esetek csoportosításakor a klinikai tünetek súlyos volta mellett az izzadmányok kiterjedésére legyenek tekintettel. De ezen körülmények nem határozzák meg eléggé a peritonitis operatiójának prognosisát; a hiányzó tényezők *az infectio virulentiája és a beteg ellentálló képessége (resistentiája)*. Ezeket a vér képe állapítja meg. A szerző statisztikája az erre vonatkozó adatokat is felöleli. Eseteit 3 csoportba osztja. Az átlagszámok (quantitativ és qualitativ fehérvérsejtmeghatározás) a fehér vérsejtek száma tekintetében az I. csoportban 18.000-et, a II. csoportban 21.000-et, a III. csoportban ugyancsak 21.000-et tesznek ki. Itt a különbség nem jelentékeny. Ezzel szemben a neutrophil vérkép átlaga az I. csoportban 18%, a II. csoportban 23%, a III. csoportban 40%. A III. sz. csoportban tehát a szervezet az infectio leküzdésében minden segítő erejére rá van utalva. Ha tehát egyébként súlyos klinikai tünetek, kiterjedt izzadmányok mellett még 40%-nyi, vagy azt meghaladó vérkép mutatkozik, akkor a prognosis absolute rossz, különösen kedvezőtlen pedig, ha a vérképben még myelocyták is megjelennek. Az sincs kizárva, hogy klinikailag középsúlyos esetekben az infectio virulentiája és az ezáltal feltételezett eltolódása a vérképnek oly magasfokú, hogy ezen eseteket is a kedvezőtlenekhez kell sorolnunk.

A szerző úgy a varrást, mint a drainezést és a köténytamponádot is alkalmazza. A varrást vagy drainezést (tamponádot) lehetőleg egységesen használja a műtét idejének, a klinikai tünetek súlyos voltának, beleértve a vérképet, az izzadmányok kiterjedésének tekintetbevételével. *Rotter* ajánlatát a varrás gyakrabbi alkalmazására vonatkozólag szívesen elfogadja, mert ezáltal a peritoneumra és gyógyító tényezőire még nagyobb feladat hárul, azonkívül ily módon a beteg inkább megkímélhető a hosszantartó ágybanfekvéstől. A varrást csak olyan esetekben tartja teljesen kizártnak, a hol kedvezőtlen neutrophil vérkép van jelen (40% és ennél több). Itt helyesnek tartja az elhasznált izzadmány kiürítését, miáltal a veszedelmes felszívódás megakadályozható. A peritonitis therapiájának egyik czélja ugyanis az exsudatio előmozdítása (bactericid tulajdonságánál fogva) és a felszívódás megakadályozása. Túlnagy izzadmány nem tekinthető gyógytényezőnek, itt bénuláshoz vezető felszívódás veszélye fenyeget. Tehát szükség van tehermentesítésre. Az infectio góczát lehetőleg a varrás előtt kell izolálni. Azon esetekben, midőn a szerző drainezést alkalmaz, lehetőleg belevarrja az appendixmaradékot, hogy e nyíláson a gázok távozhassanak és öblítés eszközölhető legyen. A drainezésnél jobban hat szerinte a köténytamponade, melyet sokan elvetnek, de a szerzőnek sohasem volt alkalma annak hátrányait észlelni. (Deutsche med. Wochenschrift, 38. évf., 10. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Elmekórtan.

Az elmebajosok osteomalaciájával foglalkozik *J. Charpentier* és *P. Jabouille*. Az elmebajosok között nem gyakoribb a törések száma, mint az épelméjűek között. Az elmebajosok, főképpen a paralysis progressivában szenvedők spontán fracturája czímén ismertetett esetek között sok olyan van, mely nem teljesen bebizonyosodott, vagy a fractura spontán voltához fér szó, vagy a törés más okra vezethető vissza, mint az elmebetegségre. Sok esetben, hol a szerzők „elmebetegek osteomalaciájáról“ beszélnek, egyéb megbetegedés jő számba. Mindazonáltal az „elmebajosok osteomalaciája“ nem utasítható el teljesen, mert egyrészt az esetek kisebb számában a megfigyeléshez szó sem férhet, másrészt kétségtelen, hogy az elmebajosok csontrendszerében találhatók vegyi és szövettani elváltozások. E kérdés végleges eldöntése úgy elméleti, mint törvényszéki szempontból fontos volna. (L'encephale, VI. évfolyam, II. félév, 430. lap.)

Goldberger Márk dr.

A katasztrófák következtében jelentkező ideges és psychés zavarokról ír *E. Stierlin*, a ki 6 katasztrófa (Valparaiso, Messina-Reggio, Courrières, Radbod, Müllheim, Brail) életben maradtainak testi és szellemi állapotát vizsgálta a szerencsétlenség helyén. Az óriási félelem a testi és lelki insultusok következtében egész sereg ideges és psychés zavart váltott ki. És pedig néhány nap alatt lefolyó „félelmi elmezavart", mely hysteriás vagy epilepsiás ködös állapothoz hasonlított, továbbá kimerüléses és *Korsakoff*-elmezavarra emlékeztető hevenyés megbetegedéseket idézett elő. Az életbenmaradtak nagy számában a katasztrófát követő első időben typusos, eddig még nem ismertetett ideges, főképpen vasomotoros tünetcsoport volt észlelhető, melynek főbb tünetei a következők: alvás-zavar, a pulsus szaporasága és labilitása, fokozott patellaris reflex, dermographia, nagyfokú izzadás, felfelé szálló melegség érzete, hideg végtagok, kephalalgia, vertigo, abulia, tremor. A hangulatuk általában feltűnő jó és nyugodt volt, gyakran vidám. A zavarok többnyire eltűntek, de némelyeken kifejlődött a tulajdonképpeni neurosis. A faji dispositióra jellemző, hogy a délolaszok disponáltak ugyan gyorsan eltűnő hevenyés hysteriás megbetegedésekre, de súlyosabb neurosisba csekély számban estek és ez is csak az első hónapokban fordult elő. Az északfranciaországi munkások főképpen hysteriás neurosisokra voltak hajlamosak. A jobbmódú németeken leginkább neurastheniás zavarokat észlelhetett.

A katasztrófára többé-kevésbé jellegző neurosis-alak az „Angstneurosis", de nem *Freud* felfogása értelmében. E kórkép középpontját a katasztrófára való emlékezéshiány alkotta.

Eddigelé a szerző a müllheimi vasuti szerencsétlenség 33 sérültjének 8 enyhébb-súlyosabb lefolyású traumás neurosisát ismeri. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, 2028 l.)

Goldberger Márk dr.

Idegkórtan.

A Basedow-féle betegség tökéletlen alakjairól ír *Langelaan*. A szerző ellene fordul azon törekvéseknek, melyek a Basedow-féle betegség tökéletlen alakjait különböző önálló kórformákra akarják széttagolni (basedowoid, thyreogen tachycardia). Szerinte a typusos Basedow-kórral csak a *Charcot*-féle „forme fruste" áll szemben, melyre jellemző, hogy már eleve astheniás constitutiójú egyéneken fejlődik ki s az egyes tünetek könnyen befolyásolhatók, ha a beteget teljes nyugalomba helyezzük. Ezen „forme fruste"-on belül hol az egyik, hol a másik Basedow-tünet áll előtérben, leggyakrabban a tachycardia és palpitatio; a többi tünet többnyire csak jelezve van; az egyes tünetek felválthatják egymást s a tachycardia is csak epizód a betegség egész lefolyásában. (Neurologisches Zentralblatt, 1912, 9. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

Experimentalis poliomyelitis acuta czimmel ismertetik érdekes eredményeiket *M. Neustädter* és *W. C. Thro*. Ma már kétségtelenül be van bizonyítva, hogy a poliomyelitis fertőző természetű megbetegedés, a fertőző anyag úgy látszik az orr váladékával kerül ki a szervezetből. Nagyobbfokú járványok pontos megfigyelése azt mutatta, hogy főleg a zsengébb korú gyermekek kapják meg a bajt és a járvány tetőpontja mindig a poros, meleg nyári hónapokra esik. A közvetlen környezet van leginkább veszélyeztetve s a lakásviszonyok a járványt nem befolyásolják.

E tényekre építve érlelődött meg a szerzőkben a hit, hogy a fertőző anyag tovaterjedése a por útján történik, valamint hogy a fertőzés kapuja az orr-garatüreg nyálkahártyája.

Kisérleteiket úgy végezték, hogy oly szobák söpredékszemétjéből, a melyekben poliomyelitises betegek tartózkodtak, vizes kivonatokat készítettek s ezeket részben subcutan, részben intracerebralisan vagy intraspinalisan kisérleti majmokba fecskendezték. A kisérletek alkalmával felhasznált szobapor oly szobákból származott, a melyekben különféle idős hűdéssel fekvő gyermekek laktak (a hűdések kora két naptól hat hóig terjedő volt). Részletesen három esetről számolnak be.

Az egyik esetben oly szoba porát vették kisérleti anyagul, a melyben egy két hét óta hűdött gyermek feküdt, egy más esetben olyant, a melyben a hűdés még egészen friss, 2 napos volt. Mindkét esetben az intraspinalisan befecskendezett kivonat a majmon hűdést váltott ki, az intracerebralis fecskendezés azonban nem. A hűdött állatot leölve, annak gerinczvelő-emulsiójából más majmokba oltva, azok szintén typusos hűdést mutattak. Míg a kisérletek ellenőrzésére szolgáló többi majmon, a melyeken a kontroll kedvéért közönséges söpredék-extractumokkal, egészséges majomgerinczvelő-emulsióval történt az oltás, semmiféle hűdés sem állott elő. A hűdött állatok leölése után a gerinczvelő nagy hyperaemiája mellett kisgömbsejtes diffus és perivascularis beszűrődés képe volt látható a szürke állományban mikroskop alatt. Az incubatiót 6—7 naposnak találták valamennyi esetben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 15. sz.)

Bókay Zoltán dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-égések ismeretéhez nyujt adatokat *F. Loeb* (Bonn). Jóllehet, hogy jelenleg már oly mérőeljárások birtokában vagyunk, a melyeknek megfelelő gondos alkalmazásával az esetek legnagyobb számában súlyosabb Röntgen-reactiókat s még inkább fekélyesedéseket meg tudunk akadályozni, mégis előfordulnak a gyakorlatban oly súlyosabb Röntgen-bántalmak, melyek eltekintve a ritkán észlelhető túlérzékenységtől, a sugarazásnak helytelen adagolásától keletkeznek. Az ilyen Röntgen-ártalmakat főként oly bőrbajok eseteiben kell föltétlenül kirekesztenünk, a melyek más therapiai eljárásokkal is gyógyíthatók, a nélkül, hogy hegesedésre vezetnének. A kellemetlen, sőt súlyos mellékhatások a legjobban közvetlen pontos méréssel vagy a *H. E. Schmidt*-féle eljárással kerülhetők el, ha ezt az $^1/_3$—$^1/_2$-es erythemadosisnak több héten át való adagolásával kombináljuk. A Röntgen-égések elkerülésének egy további lehetősége azokban az esetekben, a mikor egyetlen egy ülésben adjuk a teljes dosist, abban áll, hogy a sugarazást rövid távolságból végezzük, mert ilyenkor a Röntgen-cső tapasztalás szerint könnyebben marad constans. Ily módon az egy ülésben való sugarazás kevésbé veszedelmes, a mi fontos, mert ez a rövidebb eljárás nagy időkimélést jelent az orvosra és betegre nézve egyaránt. A szerző tapasztalása szerint a hasfal röntgenezésének egy esetében jól bevált a tűrhetetlen viszketés és fájdalom ellenében a *Bier*-féle forrólégszekrénynyel való kezelés. (Dermatologische Zeitschrift, 1912, 3. f.) *Guszman.*

A különböző toilette-puderekről ír *J. F. Kapp* (Berlin). A szerző orvosi szempontból vizsgálja az egyes arczporokat, hogy megállapítsa, melyek az ártalmatlan összetételűek s melyek a mérgező vagy legalább is káros hatásúak. A vizsgálat eléggé fontos, ha veszszük, hogy mennyien használják a pudereket a nélkül, hogy ügyet vetnének az esetleges káros hatásokra. *Kapp* nagy számban vizsgált növényi és ásványi pudereket, még pedig nemcsak vegyileg és mikroskopiailag, hanem bakteriologiailag is. Vizsgálatai szerint a vegetabilis puderek mindenkor károsíthatják a bőrt. Ez a károsodás főként a puderszemcséknek a bőr zsiradékában és a nedvességben való duzzadásából ered. Ez a mechanikai ártalom különösen a porusokba jutott puderszemcsék duzzadása által ronthatja a bőrt, mert a porusokat tágítja, nagyítja.

Aránylag legkevésbé ártalmas az amylum oryzae, mert szemcséi legkevésbé duzzadnak. Ezzel szemben leginkább ártalmas az amylum marantae, farina amygdalarum („mandulakorpa") és a farina fabarum. Az ásványos pudereknek a duzzadáson alapuló ez a káros hatásuk nincsen meg. Mechanikailag még leginkább a terra silicea és a calcium sulfuricum bánthatja a bőrt, mert az apró részecskék

élei sérthetik azt. Chemiai és mechanikai szempontból még legártalmatlanabbnak a zincum oxydatum, a talcum venetianum, a magnesium carb. praecipitatum és a baryum sulfuricum látszik.

A mérgező puderalkotórészek prototypusa tudvalevően a plumbum carbonicum, ezt különben már a legtöbb laikus is tudja. A szerző vizsgálatainak egyik érdeme, hogy kimutatja a hosszabban használt puderhintők (Puderquaste) ártalmas, sőt veszedelmes voltát. A bakteriologiai vizsgálatok ezt meggyőzően bizonyítják. Az ártalom elkerülése czéljából orvosilag csakis az egyszerű vattatampon a helyes, melyet már egyszeri használat után el kell dobni.

A ki nem tud vagy nem akar a toilette-puder használatáról lemondani, még leginkább úgy jár el helyesen, ha a növényi porok közül csak amylum oryzaet használ, vagy az ásványi puderek közül talcumot és zinkoxydot. Az esetleges ártalmait a puderezésnek kevés zsírral (pl. cold-cream) való bekenéssel és massage-zsal lehet ellensúlyozni. (Dermatologische Wochenschrift, 1912, 16. sz.) *Guszman.*

Venereás betegségek.

Epileptiform rohamok salvarsan nyomán czímen ír le két újabb esetet *Fr. Lesser* (Berlin). Az első eset 44 éves erőteljes férfira vonatkozik, a ki két hónapon belül 3 salvarsan-injectiót kapott. A 3. (intravenás) injectio után való 8. héten teljes öntudatlanság kiséretében hirtelenül heves görcsök támadtak, a melyek $1^1/_2$ óráig tartottak. A későbbi salvarsan-injectiókat nem kisérték többé a rohamok. A szerző második esete 39 éves erős férfit illet, a ki kezdődő tabesben szenvedett. 7 napon belül 2 erős intravenás (0·5, 0·6 gr.) salvarsan-injectiót kapott. A második injectio után az 5. napon hirtelen elveszítette az eszméletét, heves epileptiform görcsöket kapott, melyek néhány óráig tartottak. A beteg néhány órával később meghalt. Az agyvelő bonczolása leptomeningitist derített ki, lueses elváltozásnak azonban nyoma sem volt.

A szerző saját két esetét az irodalomban talált más 16 esettel csoportosítja, a miből kiderül, hogy az eddig észlelt epileptiform rohamokben két typus különböztethető meg. Az első typus a 18 eset közül 12-t ölel föl, melyekre az a jellemző, hogy az epileptiform roham az injectio nyomán már a 3—5. napon jelentkezett s legtöbbször halálra vezetett. A másik typust az jellemzi, hogy az esetek könnyebb lefolyásúak s a rohamok a salvarsan-injectio nyomán csak hetekkel később támadtak. Az ilyen súlyos complicatiók magyarázatára sok hypothesist állitottak föl s leginkább a következő öt lehetőség jöhet szóba: 1. bacteriumos volt a víz, a melylyel a salvarsan-oldat készült; 2. *Herxheimer*-féle reactio; 3. neurorecidiva; 4. salvarsan-intoxicatio; 5. túlérzékenység. Mindezek a lehetőségek azonban csak egyes eseteket vagy részleteket tudnak megmagyarázni.

A szerző véleménye szerint a salvarsan hasadása alkalmával kivételesen mérges productumok képződnek, a melyeknek természetét és létrejöveteli körülményeit még nem ismerjük. Ezek a toxikus anyagok azután hol csak tisztán functionalis, hol pedig szöveti ártalmakat fejtenek ki. A mérges anyagok mennyisége szerint a tünetek hol enyhék, hol súlyosak, sőt halálra vezetők lesznek. *Lesser* az epileptiform rohamokkal leginkább komplikált salvarsan-eseteket a salvarsan-mérgezésnek functionalis alakjai közé sorolja. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, 13. sz.) *Guszman.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümőkór orvoslásáról tartott előadást *Killian* tanár (Berlin) a berlini bel- és gyermekorvosok egyesületében, utalva azon szoros kapcsolatra, mely a gümőkór terén a bel- és a gégeorvostan között fennáll. *Killian* szerint *a gégegümőkór legtöbbször a gümős megbetegedés III. etappejának tekinthető.* A fertőzés az esetek legnagyobb részében a gyermekkorban történik, a megbetegedés fészke többnyire a nyirokmirigyekben van, de a belőlük tartósan és csekély mennyiségben a szervezetbe jutó toxinok bizonyos immunitást kölcsönöznek a szervezetnek; alkalmas viszonyok között a betegség fészkéből reinfectio támad, főleg a tüdőcsúcsokban és ha a zárt tüdőgümőkór nyilttá válik, a köpetben lévő bacillusokkal fertőztetnek a légutak.

A gégegümőkór latens stadiuma sokszor elkerüli a figyelmünket s ezért minden bacillustartalmú köpetet ürítő tüdőbeteg gégéje bizonyos időközökben szorgosan megvizsgálandó; nagy segítségünkre van a vizsgálati eljárások tökéletesbedése: különböző fejtartás melletti laryngoskopia, a tökéletesebb fényforrások, a *Brünings*-féle nagyító gégetükör, a gége direct vizsgálata autoskopiával. Mindazonáltal az egyszerű hurutok megkülönböztetése a gümősöktől olykor nehéz. *A korai alakokban hygienés-diaetás kezeléssel* siker érhető el helyi kezelés nélkül is, főleg kicsiny beszüremkedések esetén; kiváltképpen alkalmas a *sanatoriumi kezelés*, amely *hallgatási kúrával* kombinálva, továbbá *menthol-olajos befecskendezésekkel,* esetleg *reflektált napfénykezeléssel* igen sok esetben sikeres; ez utóbbi hyperaemiát vált ki, a mely kicsiny góczok gyógyulását elősegíti s e kezelés a beteget psychéjében is kitünően befolyásolja.* A *Röntgen-kezelés* értékéről egységes vélemény még nem alakult ki.

A beszüremkedések kifekélyesedése rendszerint az általános állapot rosszabbodásával jár karöltve. Nem kiterjedt exulceratio esetén *felületi helyi kezelést* (Oberflächenbehandlung) végezzünk: *antisepticumok befúvását* (jodoform), *tejsavas ételeket,* melyeket igen czélszerűen az ulceratiók előzetes *kürettezése* után végezhetünk; jó a fekélyek galvanocaustikás ételése is. Kiterjedtebb beszüremkedések esetén a *galvanocaustikás mélyszúrást (Grünwald)* ajánlja, melylyel a beszüremkedések nemcsak elpusztíttatnak, de a melynek következtében lobos reactiós folyamat indul meg, mely a kóros termékek felszívódását és zsugorodását eredményezi; egy ülésben 2—3 szúrásnál többet nem végez. A *kürettezés,* főleg a *kettős kürettel* való eltávolítása a kóros részeknek, az epiglottis amputatiója is haszonnal jár.

Az *igen súlyos esetekben* — panlaryngitis tuberculosa —, a szétesési folyamatnak a perichondriumra átterjedése következtében előálló perichondritisek esetén az activ localis therapiától tartózkodjunk. Bőségesen használandó *orthoform* vagy egyéb *anaestheticum* az étkezés előtt; a fájdalmakat a *Grabower* szerinti *pangásos kezeléssel,* mélyen a nyakon alkalmazott gummipólyával is befolyásolhatjuk, de jobbak *a nervus laryngeus superior felső ágába végzett alkohol-injectiók (Hoffmann)*; igen súlyos esetekben mindkét ideg átmetszése (*Avellis*) végezhető.

Haematogen úton is létrejöhet a gégetuberculosis: *osteomyelitis és periostitis* támad a gyűrűporcz és pajzsporcz azon helyein, a melyeken csontosodási magvak vannak; ezen esetekben a nyálkahártya alig vagy egyáltalában nem betegedett meg; különösen olyan egyéneken található ez, a kik egyéb csonttuberculosisban szenvedtek. Súlyos *subglottisos oedema, sequester- és sipolyképződés* jön létre. Ezekben az esetekben *extralaryngealis sebészi beavatkozások* válnak szükségessé: *a gége felhasítása,* a kóros részek kikaparása. Subglottisos duzzanatok, a hátulsó falon levő beszüremkedések vagy kiterjedt folyamatok a hangszalagokon *stenosisokat* idéznek elő, a melyek *tracheotomiát* tesznek szükségessé. *Killian* szerint a tüdővészesek általában rosszul tűrik a tracheotomiát (bronchitis stb. súlyosbodása), mindazonáltal olykor meglepő javulás, sőt a gégetuberculosis meggyógyulása is tapasztalható. A curativ tracheotomiára való esetek kiválogatása igen bajos s ezért *Killian* a tracheotomiát csupán stenosisok esetére ajánlja.

* Már egy régebbi, a légutak betegségeinek physikai therapiáját tárgyaló dolgozatomban utaltam arra, hogy ha a *Sorgo* ajánlotta napfénykezelést a beteggel magával végeztetjük, a psychés hatásra számítani igen kétélű dolog; mert ha a hatás kedvező, a psychés állapot is kedvezően befolyásoltatik, ámde ha javulás nem következik be, a beteg deprimált lesz; ezért ajánlottam, hogy a fénysugarak helyes bevetítését maga az orvos kontrollálja vagy a beteg hozzátartozóját oktassa be erre s a beteggel magával csak akkor végeztessük a kezelést, ha javulás csakugyan mutatkozik. *Referens.*

A laryngofissio s ez úton a kóros részek kiirtása nem ad kielégítő eredményt. A külső seb gyakran inficiálódik. A laryngofissiót perichondritises és osteomyelitises folyamatok esetére korlátozza. A gége totalis exstirpatióját elveti.

Intralaryngeatis úton való kitakarítására a gégének igen alkalmasnak mondja *Killian* az ú. n. „*Schwebelaryngoskopiá*"-t, a mikor spatula segélyével direct betekintést nyerünk a gégébe; a beteg feje szabadon libegő helyzetben van felfüggesztve egy erre a czélra szerkesztett készüléken.

Végső következtetésében *Killian* azon eredményre jut, hogy *az igen súlyos eseteket leszámítva, megfelelő általános és helyi kezeléssel a gégegümőkór kedvezően befolyásolható és sokszor meg is gyógyítható.* Különösen a sanatoriumi kezelés lehet eredményes és ezért szükségesnek tartja, hogy a tüdőbeteg-sanatoriumokba a gégebetegek is felvétessenek és ott a gége szakszerű kezeléséről gondoskodás történjék.

Az előadást követő discussióban *Silberstein* (Blankenhain) a sanatoriumi kezelés mellett szólt, mint a hol a hallgatási kúra könnyebben foganatosítható; ulceratiók esetén tejsavas étetésektől, ki nem fekélyesedett beszüremkedések és tisztult ulceratiók eseteiben mentholos befecskendezésektől jó eredményt látott; localis hyperaemia előidézésére a *Kuhn*-féle álarcz használható, dysphagia ellen az anaesthesint ajánlja.

Edmund Meyer a tuberculinkezelésre igen nagy súlyt helyez, főleg a höchsti sensibilizált bacillus-emulsiót ajánlja, a melytől localis és főleg operatiós beavatkozásokkal kombináltan oly jó eredményeket látott, a milyeneket csupán localis kezeléssel sohasem ért el.

A. Peyser fájdalomcsillapítónak az orthoformot ajánlja, főleg a *Freudenthal*-féle emulsio alakjában menthollal együtt.

Halle a nyálkahártyák anaemiájának és a gége hátulsó falán levő hámmegvastagodásoknak és kezdődő beszüremkedéseknek kórjelzési szempontból való fontosságát emeli ki, mint a melyek nem ritkán terelik a figyelmet kezdődő vagy rejtett tüdőgümőkórra. Therapeutice lehetőleg az activ beavatkozások híve. A galvanocautert már a korai stadiumban alkalmazza, kiterjedt beszüremkedések esetén terjedelmes excisiót és utána kauterezést végez.

Kraus a sensibilizált tuberculinnal való kezeléstől igen jó eredményt látott, de mellette a localis kezelés is szükséges; a recidivák azonban gyakoriak.

Killian zárószavában hangsúlyozza, hogy a nyálkahártyák anaemiája az általános vérszegénység kifejezője és egyéb bajokban is előfordul, nemcsak tuberculosisban; a gége hátulsó falán lévő pachydermiák nem specifikus jelentőségűek. A tuberculinkezeléssel elért eredményeket igen figyelemreméltónak tartja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 13. szám.) *Safranek János* dr.

Orthopaedia.

A Roser-Nelaton-vonal diagnostikai értékét tette vizsgálat tárgyává *E. Schwarz* (Tübingen, Perthes-klinika). Tudvalevőleg a csípőizület épségének, illetve annak, hogy a czombfejecs az izületi vápában foglal helyet, diagnostikai jeléül tartjuk, hogy a *Roser*, később *Nelaton* által megállapított három pont: az elülső felső csípőtövis, a nagy tompor csúcsa s az ülőgumó, egy vonalba essék. Mióta az izületek állapotát Röntgen-felvétellel van módunkban megvizsgálni, mindinkább tapasztaljuk az említett irányvonal megbízhatatlanságát. Már maga azon tény, hogy az említett pontok meglehetős nagy csontfelületek s hogy a nagy tompor helyzete nagy eltérést mutat a czomb különböző helyzete szerint, könnyen érthetővé teszi, hogy a *Roser-Nelaton*-vonal megállapítása a különböző vizsgálók szerint erős ingadozásoknak van kitéve. *Schwarz* 500 teljesen ép csípőizületet, melynek fele nőé, fele férfié volt, vizsgált meg a *Roser-Netaton*-vonal megbízhatóságára. Az eredmény meglepő rossz volt, a mennyiben csak 70 esetben találta az 500 közül a nagy tompor csúcsát pontosan a *Roser-Nelaton*-vonalban, a többi esetben a vonal felett volt, sőt 75 esetben több mint 2 cm.-rel állott a vonal felett. Ezen eredmény megegyezett *Preiser* eredményével, a ki ugyancsak teljesen ép izületeken a nagy tompor csúcsának az állását 6—8 cm.-rel is magasabban találta a *Roser-Nelaton*-vonal felett. Mindezen esetekben az izület épségét Röntgen-felvétellel állapították meg. *Schwarz* szerint a vonal megbízhatatlanságának oka az összekötő pontok külön-külön abnormalis helyzetének, illetve alakjának a lehetőségében keresendő. Mindezek alapján oda konkludál, hogy a trochanter magasabb állása nem jogosít fel a csípőizület kórosságának a felvételére s diagnostikai értéke csak akkor vehető fel, ha a másik oldalon más arányokat állapítunk meg. Mindkét oldal hiányossága esetében teljesen értéktelen. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 78. kötet, 2. füzet.) *Kopits* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Argatoxyl néven egy új ezüstkészítmény jött forgalomba, a mely 33% ezüstöt és 23% arsent tartalmaz. 10%-os olajos suspensiója fecskendeztetik a bőr alá, 3—4 cm^3 mennyiségben. *Hirsch* a berlini izraelita-kórház nőbeteg-osztályán gyermekágyi láz több esetében jó eredménynyel használta. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 12. szám.)

Nátha ellen *Lindenmayr* nagyon dicséri a dionint; a 3 centigramm dionint tartalmazó tablettákból 2—3 darab veendő be naponként. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 17. szám.)

Otosclerosis eseteiben a subjectiv fülzörejek ellen *Theimer* elég biztató eredménynyel használta az otosclerol nevű szert, a mely bromból, phosphorsókból és cimicifuginból áll. Tabletták alakjában kapható, a melyekből eleinte 3 veendő be naponként, majd naponként 3 tablettával emelkedünk 15 tablettáig s ezen mennyiség mellett egy ideig megmaradunk. (Österreichische Ärzte-Zeitung, 1912, 7. sz.)

Sotopan elnevezéssel egy új gyógyszer-keveréket hoztak forgalomba. Tartalmaz chinint, bromot, calcium glycerophosphoricumot és ferrum lacticumot. A sotopan folyadék és tabletta alakjában jön forgalomba. *Camphausen* különösen tüdőgümőkór eseteiben használta jó eredménynyel. (Fortschritte der Medizin, 1911, 48. sz.)

A status epilepticus gyógyítására az érvágást és Ringer-oldat infusióját ajánlja *Jödicke*. Következő módon jár el: a végbél megtisztogatása után 3 gramm amylenhydratot és 10 csepp strophantus-tincturát juttat a végbélbe; ezután az eset súlyossága szerint 50—150 cm^3 vért bocsát, majd pedig 100—500 cm^3 Ringer-oldatot fecskendez a mellkason a bőr alá. A Ringer-oldat összetétele a következő: Natrium chloratum 9·0, Natrium bicarbonicum, Calcium chloratum, Kalium chloratum aa 0·2, Aqua destillata 1000·0. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 19. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1912, 5. füzet. *Tuszkai Ödön*: A női bajok fürdőtherapiája. *Goldberger Márk*: A lelki rokkantak sterilisatiója.

Gyógyászat, 1912, 22. szám. *Mohr Mihály*: A vasutasok szemvizsgálata. *Lechner Károly*: A gyermek kóros szellemi világa.

Orvosok lapja, 1912, 23. szám. *Adler Oszkár*: Fájáskeltő és fájdalomcsillapító eljárások a szülészetben.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 23. szám. *Kétly Károly*: A pleuritisekről.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Leitner Miksa* dr. krassószörénymegyei tiszti főorvosnak, *Hellvig Ede* dr. marostordamegyei tiszteletbeli főorvosnak és *Frommer Ignácz* dr. barsmegyei tiszteletbeli főorvosnak a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Megbízás. A belügyminister a kolozsvári állami gyermekmenhelynél a másodorvosi teendők ellátásával *Nappendruck Kálmán* dr.-t bízta meg.

Kinevezés. *Hajdu Miksa* dr. putnoki vasuti orvost vasuti orvosi tanácsadóvá, *Kozmutza Béla* dr.-t Balatonfüred fürdőorvosává, *Stolcz József* dr.-t a gyulai közkórházhoz alorvossá, *Kardos Miklós* dr.-t, *Mocskonyi Béla* dr.-t és *Dénes Sándor* dr.-t ugyanoda segédorvossá, *Nagy Lajos* dr.-t Biharmegye közkórházához segédorvossá nevezték ki.

Purjesz Zsigmond mellszobrát állították fel a mult héten a kolozsvári egyetem belklinikájának udvarán. Ez alkalommal volt tanítványai, tanártársai és tisztelői nagy ovatiókban részesítették, maga az ünnepelt pedig 10.000 koronás alapítványt tett a kolozsvári egyetem orvosi szakán tudományos célokra.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete az 1912/3. tanévre dékánná *Preisz Hugó* tanárt, kari jegyzővé *Udránszky László* tanárt választotta.

A „Stefánia" gyermekkórház-egyesület f. hó 2.-án tartotta meg 73. évi rendes közgyűlését. A lefolyt 1911. évben a kórház 160 ágyán 1846 beteget kezeltek, a kórházzal szerves kapcsolatban levő egyetemi gyermekklinika helyiségeiben pedig 22.398 beteg részesült poliklinikai ellátásban. A lefolyt évben nyílt meg a kórházban a mintaszerűleg berendezett s tejkonyhával kapcsolatos 12 ágyas csecsemőosztály s az egyesület a közel jövő programmjául felvette egy önálló tuberculosis-osztály létesítését. A klinikát látogató orvosnövendékek száma a két félévben 555-öt tett ki.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján májusban 195 szülés folyt le (103 először szülő, 92 többször szülő). A született magzatok száma 196 volt, még pedig élő 163, halott 20, macerált 13; érett 144, kora 34, éretlen 18; fiú 103, leány 81, kérdéses nemű 12; törvényes 104, törvénytelen 92. A gyermekágyasok közül 2 halt meg, mindkettő eklampsiában. A nőbeteg-osztályon 102 beteget ápoltak, halálozás nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 136 esetben vették igénybe; a műtétek száma 91 volt.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika májusban 115 esetben nyujtott segítséget; a műtétek száma 98 volt.

A vérbetegség elleni országos védőegyesület május 28.-án tartotta alakuló gyűlését nagy érdeklődés mellett. Az ülést *Donáth Gyula* egy. tanár nyitotta meg, vázolva a vérbetegség nagy jelentőségét és az ellene való küzdés fontosságát; hangsúlyozta, hogy az egyesület kizárólagosan a védekezés, a prophylaxis czéljait kivánja szolgálni. Utána *Weiss Emil* dr. tartotta előadását „A nemi betegségek elleni küzdelemnek egy újabb actiójáról Magyarországban" czímmel, bemutatva 10 pontból álló alapszabálytervezetét. Majd *Szántó Menyhért* ministeri tanácsos szólalt fel és felajánlotta a Társadalmi Múzeum olvasótermét, könyvtárát és demonstrativ anyaggyüjteményét az egyesület oktató czéljaira. Az alapszabályok felolvasása és elfogadása után a választásokat ejtették meg; elnök lett *Donáth Gyula*, alelnök *Biró Ede* honvéd főtörzsorvos, *Kovácsy Vilmos* országgy. képviselő és *Poór Ferencz* egy. magántanár, ügyvezető főorvos *Weiss Emil* dr., főorvos *Detre László* dr., *Ráskai Dezső* dr., *Beck Soma* dr. egyetemi magántanárok és *Alföldy Béla* dr., főtitkár *Schuschny Henrik* dr. és *Waldmann Fülöp* dr., pénztáros *Havas János*, ellenőr *Györgyei Illés*, háznagy *Glass Izor* dr.

Az újpesti szegénygyermekkórházban 1911-ben 587 beteget ápoltak 67.341 ápolási nappal; ezenkívül 5058 ambulans beteg fordult meg a kórház rendelésein. Műtétet 364 esetben végeztek.

Meghalt. *Somosi Lajos* dr., dunaharaszti körorvos, május 21.-én. — *A. P. Clarke*, régebben a nőorvostan tanára Bostonban, 78 éves korában.

Megjelent. *Brenner József:* Az elmebetegségek psychikus mechanismusa. Budapest, az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása, 1912.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *A gümőkór-halálozás* csökkenéséből *Katz* szerint nem szabad sokat következtetni. Ez a csökkenés ugyanis valószínűleg csak onnan ered, hogy a betegség tartama a jobb kezelés folytán meghosszabbodott. E mellett tekintetbe veendő, hogy a betegség hosszabb tartama miatt többen halhattak meg heveny intercurrens betegségekben s így nem jutottak a tuberculosis-halálozás rovatába. Iparkodnunk kellene tehát helyes gümőkór-megbetegedési statisztikát összeállítani, ha azt akarjuk feltüntetni, hogy elértünk-e valamit a gümőkór terjedésének megakadályozása terén. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1912, 9. szám.) — *A radium befolyását a tuberculosis-bacillusra* vizsgálta *Puntoni* és azt találta, hogz a radium-sugárzásnak 48 órán át kitett gümőbacillusok nemcsak hogy nem pusztultak el, hanem még a virulentiájuk sem csökkent. (Gazz. d. ospedali, 1912, 51. szám.) — *Humerus-sarcoma* esetét irja le *Kienböck*, a mely Röntgenkezelésre gyógyult s most már egy éve recidivamentes. (Wiener med. Wochenschrift, 1912, 19. szám.) — *Halálos sepsis* két esetét észlelte *Nürnberger* felületes genyedés kapcsán; az egyik esetben panaritium, a másik esetben a homlokon székelt furunculus volt a sepsis okozója. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 18. szám.) — *Lábszárfekély* érdekes esetét ismerteti *Teugely*. A 33 éves nőn 15 éve állott fenn a minden kezeléssel daczoló fekély, a melyről utóbb kiderült, hogy diphtheria-bacillus okozta. Diphtheria ellenes serum bőr alá fecskendezésére és helybeli alkalmazására rövidesen gyógyulás állott be. (Lancet, 1912, I. 224. l.)

Az osztrák balneologusok VII. congressusát Meránban tartják október 11.-étől 13.-áig. Tárgyalásra a következő két kérdést tűzték ki: 1. A hydrotherapia physiologiai alapjai; referens *A. Strasser*, Bécs. 2. Az ásványvíztherapia alapjai; referens *Wiechowsky*, Prága. A congressussal kapcsolatban több napra terjedő tanulmányi kirándulást rendeznek egész Déltirolon át. Az előadásokat az osztrák balneologusok központi szövetsége főtitkárának (*Aufschnaiter* dr., Baden bei Wien) kell bejelenteni.

Baryum-mérgezés két esete fordult elő néhány nap előtt Prágában. A röntgenologiában ugyanis újabban a drága bismuthum carbonicum helyett az oldhatatlan s ezért nem mérgező, összehasonlíthatatlanul olcsóbb baryum sulfuricumot használják, a mikor a gyomor és a belek átvilágítását végzik. Az illető két esetben is ezt a készítményt akarták használni, a gyógyszerész azonban nem baryum sulfuricumot szolgáltatott ki, hanem baryum carbonicumot, a mely rendkívül mérgező hatású. A két egyén közül az egyik még aznap meghalt, a másik pedig még napok mulva is nagyon súlyos állapotban volt. A gyógyszerész azzal védekezik, hogy az illető készítményt a droguistától baryumsulfat jelzéssel kapta. Megjegyzendő, hogy Németországban is előfordult mintegy $^1/_2$ év előtt hasonló eset. Az ilyenek elkerülése végett *Schwarz*, a Noordenklinika Röntgen-laboratoriumának vezetője azt ajánlja, hogy a baryumsulfatot skiabaryt (σκια = árnyék) néven árulják és valami alkalmas festőanyaggal színezzék sárgára.

Személyi hírek külföldről. *L. Lichtheim*, a belorvostan tanára a königsbergi egyetemen, a félév végével nyugalomba vonul. — *M. Pešina*, a gyermekorvostan rendkívüli tanára a prágai cseh egyetemen a rendes tanári czímet és jelleget kapta.

Dr. Sámson Márton, Biharvármegye tb. főorvosa *Marienbadban* a fürdőorvosi gyakorlatát megkezdte. Lakása: Kaiserstrasse „Schloss „Heilbronn".

„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.

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Ó-uteza 39. sz. Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

BAD HALL Felső-Ausztria Dr. RICHARD FISCHEL rendel Budapest szállodában.

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-utcza 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratoriumában az összes diagn. vizsgálatokon kivül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

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

FRANZENSBAD Hygea. Kulmerstrasse. Elsőrangú Curpensio nő- és szivbetegek részére. 60 szoba. — Kívánatra prospectus. — Vezető orvos: Dr. Cukor Miklós.

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 vételnek fel.

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

WEISZ Dr. EDE INTÉZETE PÖSTYÉN Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vizgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fütés, villanyvilágitás. Prospektus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 9.-én.) 442. l. — Közkórházi Orvostársulat (IV. bemutató ülés 1912 február 21.-én.) 446. l. — A római VII. nemzetközi tuberculosis-congressus. 447. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 9.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Folytatás.)

Kisérletek a daganatok élettanához.

Goldzieher Miksa: A pathologia legrejtélyesebb, de egyúttal legérdekesebb kérdése a daganatok kérdése. Sejtkórtani felfogásunk kezdeti idejében morphologiai vizsgálatokkal igyekeztek nyitjára jönni s az ezen időből visszamaradt elméletek újabb köntösben még ma is szolgálnak a daganatok *formalis genesisének* magyarázatára. A *causalis genesist* eddigelé főleg azok kutatták, a kik a daganatok parasitarius aetiologiájának feltevéséből indultak ki. Munkásságuk eredménye ma már, szerencsére, a multénak mondható.

A steril morphologiai és bakteriologiai kutatások után az experimentalis rákvizsgálatok kora következett, a melynek két főirányát különböztethetjük meg. Az egyik az állati daganatok transplantatiójából merített tapasztalatokat s főleg immunitástani szempontokat figyelt *Ehrlich, Bashford* és mások vezetése alatt; a másik irányt *B. Fischer* inaugurálta ismert kisérleteivel, a melyekkel sikerült bizonyos olajfestékkeverékek injectiójával atypusos hámburjánzásokat előidéznie.

Az eddigi tapasztalatok alapján biztosnak látszott, hogy a daganatok létrejöttéhez két tényezőre van szükség: az egyik a szervezet „daganatos" dispositiója, a másik egy helybeli növekedést, sejtszaporulatot kiváltó inger.

E nagy kérdések megközelítésére *Pertik* tanár intézetében vizsgálatok történtek, melyeket *Rosenthal Jenő*-vel együttesen végzek. A kisérleteket egereken végeztük s félreértések elkerülésére hangoztatnunk kell, hogy noha nem azonosítjuk teljesen az egércarcinomát az emberével, nagyon lényeges különbséget még sem tehetünk. Az egércarcinoma is infiltrálólag nő és metastasist okoz, szövettanilag is valódi carcinoma. Analogiákkal az emberi pathologiából különben majd illusztrálni fogom, hogy mennyiben bir közös vonatkozással az ember és az egér carcinomája. Eddig már elért, positiv eredményeinkről az alábbiakban számolhatok be.

Kiindulásunk pontja *J. Loeb* ama nevezetes felfedezése volt, hogy a Na-, K-, Ca- és Mg-ionok a sejtek életére és működésére lényegesen befolynak, oly értelemben, hogy az első kettő a sejtek életműködését élénkíti, az utóbbi kettő ellenkezőleg hátráltatja. Ezen ionhatásokat transplantált egértumorokon próbáltuk ki. Kétféle egércarcinomával dolgoztunk, az egyik *Ehrlich*, a másik *Bashford* intézetéből származik. Nagyobb egérsorozatokon történt oltások után (Ehrlich-tumorral) az egerek egy részét calcium lacticum 5%-os oldatával injiciáltuk és konstatálhattuk, hogy míg a kontrollállatok daganatai 3 hét alatt 4·44 gr. nagyságot értek el, addig a Ca hatására 3·13 gr., a K hatására 4·74 gr. volt a tumorok átlagos súlya. A kisérlet megismétlésekor Bashford-tumorral a Ca-állatok daganata 1·09 gr, a K-állatoké 1·50 gr. volt a kontrollok 1·20 gr.-jával szemben. Egy harmadik sorozat számadatai: Ca 0·98 gr., kontroll 1·71 gr.

E kisérletekből következik tehát, hogy a tumorok növekedését lényegesen befolyásolja a szervezet Ca-, illetve K-tartalma. Ezt bizonyítják még *Beebe* vizsgálatai is, a ki gyorsan növő emberi daganatok hamujában sok K-ot talált, degenerált tumorokban kevés K-ot és sok Ca-ot. *Cloves és Frisbie* ugyanezt találta állati daganatokon.

A vér sótartalma *Moffram* vizsgálatai szerint correspondáló elváltozást mutat; a rákosok vére, de egyúttal parenchymás szervei sokkal több K-ot és Na-ot tartalmaznak. Érdekes még, hogy az elsődleges daganat-góczok több K-ot tartalmaznak, mint a metastasisok. *Biernacki* vizsgálatai szerint K-bevitelre a szervezet Ca-veszteséggel felel. Valószínű tehát, hogy a rákos egyének ezért Ca-szegények.

A rákos egyének bonczolásletete e kisérletek tanulságait megerősíti. Az ilyen hullák feltünő vérszegények; csontjaik és porczaik törékenyek; kivételes a meszesedéssel járó atherosklerosis is.

Tekintettel arra, hogy a rossztermészetű daganatok leggyakoribbak abban a korban, a melyben az ivarmirigyek involutiója folytán a belső secretio egyensúlyának felbomlása szokott beállni, közel feküdt bizonyos kapcsolatot keresni a belső secretio és a daganatos dispositio között, annál is inkább, mert az ásványsók anyagforgalma és a belső secretio közötti kapcsolat is engedett bizonyos vonatkozásokra következtetni. Eddigi vizsgálatainkkal azonban csak egy szerven sikerült positiv eredményt kimutatni, s ez a *parathyreoidea*. Ha tumorral oltott egereket parathyreoideakészítményekkel kezeltünk, kitűnt, hogy az ilyen egereken a tumor átlag 1·04 gr. nagyságra birt nőni, a kontroll 1·20 gr.-jával szemben. Egy másik kisérletben a parathyreoideával kezelt egerek tumora csak 0·95 gr. volt a kontrollok 1·71 gr.-jával szemben. Ezen hatást Ca egyidejű adása még fokozni tudta, K adagolása pedig részben megszüntette, a mit az alábbi sorozat mutat: parathyreoidea + Ca = 0·82 gr. parathyreoidea = 0·95 gr., Ca = 0·98, parathyreoidea + K = 1·14 gr., kontroll = 1·71 gr. átagos daganatsúly.

Ismerve a parathyreoidea fontos szerepét a Ca-sók anyagcseréjében, ezen kisérlet eredményében is ion-, nevezetesen Ca-ionhatásokat vélünk látni és azt hiszszük, hogy czélszerű kisérleti módszerekkel más belső secretiós mirigyek, nevezetesen az ivarmirigyek hatását a tumoros dispositióra szintén sikerül majd kimutatni.

A tumoros dispositio hiányát számos bonczolástani tapasztalat alapján főleg két idősült megbetegedésben látjuk: pangással járó szívbajban és chronikus nephritisben. Az utolsó 10 év bonczolási anyagából készült statisztika azt mutatja, hogy a II. sz. kórb. intézetben mintegy 9000 bonczolás alkalmával 963 rosszindulatú daganat találtatott. Ezek közül 27 esetben volt egyúttal vitium (3%), 21 esetben pedig nephritis. Tekintve, hogy anyagunkban különben 20% a vitium, a különbség igen szembetünő. E feltünő jelenségből azt következtettük, hogy a pangásos és nephritises egyén nem hajlamos daganat fejlődésére.

A kisérlet azt mutatja, hogy egereken, a melyeket végtagjaik bőre alá oltottunk, a végtagnak Bier-féle pangásba helyezésekor a daganat átlag 0·26 gr. nagyságot ér el, míg a kontroll 0·72 gr. nagyra nő. A nephritis hatását a daganat növekedésére urannitrattal mérgezett állatokon vizsgáltuk, de technikai okok miatt eddig még nem tudtunk végleges eredményt elérni.

A pangásnak és nephritisnek gátló hatását a daganat növekedésére savhatásnak képzeljük. *J. Loeb* kisérleteiből tudjuk, hogy regeneratiós folyamatok polypusokon csak alkális vegyhatású közegben állnak be. A regeneratiós és blastomás folyamatok közel rokonsága egyrészt, a pangásban és nephritisben szereplő savfelhalmozódás másrészt azon tények, a melyeken hypothesisünk alapszik.

A daganatképződéshez a dispositión kívül egy helybeli kiváltó momentum szükséges, a mely kiváltja a sejtek szaporodását. Mint ilyen, sok még ismeretlen tényező szerepelhet, pl. lob, trauma, talán infectio, stb., ismert tényezőképpen pedig számos vegyi anyag, mint az aether (*Askanazy, Reinke*) a scharlacholaj (*B. Fischer*) és sok más anyag, a melyeknek közös vonása, hogy lipoid-oldó hatást tudnak kifejteni. Ez arra a gondolatra indít, hogy a sejtben nyugvó, latens növekedési képesség egy lipoid anyag jelenléte által van megkötve. Ezen anyag kioldása aether stb. által felsza-

badítja a sejt növekedési képességét. Ilyen gátló anyagok létezését *Reinke* bizonyította be a lencse regeneratiójára vonatkozó kisérleteivel. A daganatokra vonatkoztatva mi a következőket próbáltuk meg. Egy egész egérből készült finom vagdalékot extraháltunk aetherrel; az aetheres extractumot lepárologtatva, az így nyert lipoidokból emulsiót készítettünk s vele tumoros egereket kezeltünk. Noha kisfokú gátló hatást sikerült kimutatnunk, véleményünket az újabb kisérleti sorozatok befejezéséig kénytelenek vagyunk felfüggeszteni.

Kisérleteink, melyeket folytatunk, már eddig is kiderítették azt, hogy a daganatok növekedéséhez a szervezet K-bősége és Ca-szegénysége szükséges A sótartalom a belső secretiós szervek, nevezetesen a parathyreoidea befolyása alatt áll. Más dispositiós momentumok közül valószínű még az alkaliság szerepe, mert a savképződés, pl. pangásnál vagy nephritisnél, gátlóan hat a tumornövekedésre és a statisztika szerint a tumor létrejöttére is.

A helyi kiváltó momentumok közül ismertnek mondhatjuk a lipolysises anyagok hatását, a melyek a sejtekből egy növekedést gátló anyagot tudnak elvonni.

Lobmayer Géza: A dolog lényegéhez mint experimentálással nem foglalkozó nem szólhat hozzá, de kétségei vannak annyiban, hogy a kontroll és a tumoros állatok között csak gr.-töredék-differentiák vannak. Tekintve, hogy ezen tumorokat ki kell készíteni és mivel a carcinomák infiltratiós tumorok, a kikészítésük nehézségekbe ütközik: a nagyságuk különböző. Továbbá az egerek között súlykülönbség is van, tehát 100 gr. súlyra kell viszonyítani a tumorok súlyát.

A mi az előadó statisztikáját illeti, hogy a nephritises és szívbajos emberekben rosszindulatú tumorokat kisebb %-ban talált, az az ellenvetése, hogy a szívbajosok, nephritisesek élettartama megrövidül, vagyis nem jutnak a tumoros korba. Hány volt a szívbajosok közül az 50 éven felüli esztendőben és ezek közül hány volt tumoros: ilyen statisztikára volna szükség.

Goldzieher Miksa: *Lobmayer* tagtárs megjegyzéseire a következőket válaszolhatom: Noha az egérrák infiltrative is tud nőni, a has bőre alá oltott tumorok az első 2—3 hétben sértetlenül kihámozhatók. Később ez már nehézségekbe ütközhetik s ezért mi legkésőbb 3 héttel az oltás után exstirpáltuk a tumorokat. Itt tehát hibaforrás nincs.

Hogy a kezelési eljárások folytán előálló differentiák 1 grammnál csekélyebbek, összefügg az észlelési idő rövidségével és a tumorok kicsi voltával. *Százalékban* kifejezve a különbségek *lényegesek*.

A tumor nagyságának a testsúlyhoz semmi köze. A tumor autonom e tekintetben, a mit az emberi pathologiában is látunk.

Lobmayer tagtárs felveti tovább a kérdést, vajjon nem magyarázza-e statisztikánk adatait az a körülmény, hogy a szívbajos és rákos egyének életkora között incongruentia áll fenn. E lehetőségre mi is gondoltunk, de megállapítható, hogy e körülmény nem változtathatja meg *lényegesen* a statisztika eredményét. Vegyük csak azt, hogy a rákos egyének $^2/_5$ része esik az 50 évnél fiatalabb korra; az ennek alapján történt átszámítás azt mutatja, hogy még mindig 7% jön ki az általános statisztika 20%-ával szemben Pedig kétségtelen, hogy elég sok vitiumos esik az 50 éven felüli korra s ezekre az átszámításkor egyáltalában nem voltunk tekintettel!

(XI. rendes tudományos ülés 1912 márczius 23.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula,** később **Alapy Henrik.**
Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Egyszakításos Röntgen-felvételek.

Fischer Ernő: Még az utóbbi évek jó Röntgen-instrumentariumával készült, 1 másodperczesnél nem hosszabb expositiójú Röntgen-felvételei sem adtak egészen éles képet a szívről, a nagy erekről, a hilusról és a hilus körüli tüdőszövetről, a mely képletek a szív pulsatiós mozgásaiban résztvesznek. A szívnek egy revolutiója átlag $^1/_2$—1 másodperczig tart és a kilengés átlag 1 centimétert tesz. Éles felvétel készítéséhez az expositiónak mintegy $^1/_{100}$ másodperczre való megrövidítése szükséges. Ezen feladatot *Dessauer* oldotta meg 1909-ben, olyképp, hogy az eddigi periodusos szakítások helyébe egyetlen egy szakítást tett és ezt olyan effektusúvá tette, hogy elegendő a Röntgen-felvétel elvégzésére. Az ilyen szakításnak rendkívül hirtelenséggel kell történnie és egy különösen nagy dimensiójú induktorba kell bocsáttatnia.

E hirtelen szakítást az ú. n. „patron" végzi: 0·3 mm. átmérőjű, gipszszel kis üvegcsövecskébe ágyazott ezüstfonal, mely az áram útjába iktatva, 50 Amp.-nél gázalakba megy át és ezáltal a primaer áramot igen hirtelen szakítja meg. Az így készült felvétel tartama $^1/_{100}$ másodpercz és a szívről, a nagy erekről, a hilusról és a tüdőszövetről rendkívül éles képet ad. Gyermekek mellkasáról még sírás közben is éles felvételt kapunk, úgyszintén végtagjairól is. „Tele"-felvételek is kitünően eszközölhetők az instrumentariummal, mely egyébként minden egyéb röntgenologiai czélra is alkalmas. (Egyszakításos Röntgen-felvételeket demonstrál, összehasonlítva őket 1 másodperczes felvételekkel.)

Holitsch Dezső: A Weifa-rendszerű, együtemű felvételre szolgáló készüléket ismertette *Fischer*. Röviden vázolom a Reiniger-rendszerű „unipuls"-készüléket, a melynél egy emeltyű felemelésével zárom az elsődleges áramkört és az emeltyű leejtésével szakítom meg azt. Tehát itt felesleges a „patron"-nak a kicserélése *Fischer* a hilus-rajzban vérereket vélt izoláltan látni; azonban eddig még sem az irodalomban nem közöltek hasonló kétségtelen észlelést, sem magam nem láttam rá esetet, hogy az aorta ascendensen, arcus aortaen, aorta descendensen és anonymán kivül más eret lehetett volna izoláltan látni a hilus-rajzon belül Az együtemű felvételek finom structurát igénylő felvételekhez ma még nem használhatók, mert az ily felvételekhez szükséges erősitő ernyő a finom structurát elhomályositja.

Fischer Ernő: Az „unipuls"-gépet nem ismerem és így összehasonlítást nem tehetek. De a kézzel való megszakítás subjectiv, míg a Weifa-rendszernél mechanikai és nem áll befolyásom alatt.

A mi a hilus-ereket illeti, hajlandó vagyok képeimen a vérereket demonstrálni.

Két gyógyult heveny pancreatitis haemorrhagica.

Fáykiss Ferencz: 1. Az 56 éves korcsmárost 1911 május 24.-én vették fel a 2. sz. sebészeti klinikára. Állitólag 15 év előtt hasonló, de sokkal enyhébb rohama volt; gyomrával azelőtt és azóta is mindig rendben volt. Két nap előtt hirtelen gyomortáji fájdalmak lepték meg, azóta folyton hány és csuklik, a szék és szelek teljesen megakadtak.

Felvételkor a kissé elhízott beteg hasa a gyomortájon feltünően elődomborodik. Tapintáskor a has csak mérsékelten érzékeny, különösen érzékeny azonban a gyomortájék, a hol harántirányú homályos resistentia érezhető. A beteg csaknem szakadatlanul hány és csuklik, igen elesett, a pulsus száma 140, könnyen elnyomható, a hőmérsék 37·6°. A vizeletben czukor nincs, csak kevés fehérje. Teljes szél- és székrekedés. A valószinűségi diagnosist pancreas-zsirszövet-necrosisra teszszük s a beteget chloroform-narcosisban azonnal megoperáljuk.

A behatolás a köldök felett a középvonalban történik. A hasüreg megnyitásakor véres savós folyadék ürül, a melyben zsírcseppek uszkálnak. A mesocolon transversumban, valamint a mesenterium felsőbb részletében számos zsirszövet-elhalásos gócz látható. A ligamentum gastrocolicum lemezeit szétválasztva, a pancreast pillantjuk meg, mely vérzéses góczoktól tarkított, megnagyobbodott. Úgy a lig. gastrocolicum lemezei közé, mint a bursa omentalisba, valamint a plica duodenojejunalis-hoz egy-egy széles Mikulicz-tampont helyezünk. A hasfalakat rétegzetesen bevarrjuk.

A műtét után következő napon a beteg pulsusa lényegesen megjavult; a hányás, csuklás és szélrekedés még négy napig fennállott, azután az ileus teljesen oldódott. A tamponok helyéről bőven ürült véres genyes váladék. A tizedik napon egy diónyi pancreas-sequester távozott.

A gyógyulást csak egyszer zavarta meg egy napig tartó 39 fokos hőemelkedés, melynek közelebbi okát kimutatni nem tudtuk.

A beteg 1911 augusztus hó 17.-én gyógyultan távozott, azóta is teljesen jól van. A klinikáról való távozása óta 24 kilót hízott.

2. A 23 éves pinczért 1911 deczember 28.-án vették fel. Gyomorpanaszai sohasem voltak. Két nap előtt étkezés után hirtelen hányásinger lepte meg és gyomortáji heves fájdalmak jelentkeztek; azóta folyton hány és csuklik; teljes szél- és székrekedés.

Felvételkor a rendkívül elesett beteg már in ultimis lévő egyén benyomását kelti. Az arcz püffedt, a szemek beesettek, a végtagok hidegek, általános, de különösen a has bőrére kiterjedő cyanosis. Az érverés nem tapintható, a légzés szapora és felületes. A has a gyomortájon feltünően elődomborodik, általában véve kissé érzékeny, kifejezetten érzékeny az elődomborodó gyomortájék, a hol homályos haránt-

irányú resistentia érezhető. Teljes szél- és székrekedés, folytonos hányás és csuklás. Valószínűségi diagnosis: pancreas-elhalás.

A műtétet chloroform-narcosisban azonnal végrehajtjuk. Behatolás a köldök felett a középvonalban. A hasüreg megnyitásakor sok sötétvörös véres savó ürül, melyben zsírcseppek uszkálnak. A colon transversum rendkívül puffadt, a gyomor összeesett, a vékonybeleken lényeges tágulat nem észlelhető. A mesocolon transversumban, valamint a mesenteriumban zsírszövet-elhalásos góczok láthatók. A ligamentum gastrocolicum lemezeit szétválasztva, előtűnik a hatalmasan megduzzadt, sötétvörös színű pancreas, melyet egész kiterjedésében vérzéses góczok tarkítanak. A hasüreget épp úgy látjuk el, mint az előző esetben, csak a feszülő pancreastokot is behasítjuk tompán.

A beteg a műtét után szemlátomást összeszedi magát. A pulsus csakhamar tapinthatóvá válik, a cyanosis megszűnik. A hasüregből a draincsíkok rendkívül sok folyadékot vezetnek ki. Másnap szelek mennek, szék van. A negyedik napon teljesen jól érzi magát a beteg. Két hétig láztalan, ekkor magas lázak kiséretében bő genyedéssel a lig. gastrocolicum lemezei közé bevezetett tampon helyéről pancreassequesterek kezdenek ürülni s 1912 február hó 10.-éig folyton távoznak. Ettől kezdve gyors gyógyulás.

A beteget ma mint teljesen gyógyultat mutathatom be. A vizeletben czukor a műtét előtt nem volt és jelenleg sincsen. Tíz nappal a műtét után alimentaris glycosuriát lehetett megállapítani.

Mindkét esetünkben a pancreas megbetegedését a *Gobiet*-féle tünetből és a folytonos hányásból, valamint a hasnak csak mérsékelt fokú érzékenységéből tudtuk valószínűséggel kórjelezni. Feltünő volt második esetünkben a hasbőrnek nagyfokú cyanosisa, a mit szintén jellegzetesnek tartanak.

24 órás gyomorfekélyátfúródásnak műtéttel gyógyult esete.

Holzwarth Jenő: Esetét azért mutatja be, mert a gyomorfekély átfúródása és a műtét ideje között annyi idő telt el, a mely alatt már oly súlyos elváltozások szoktak létrejönni a peritoneumon, hogy a betegek a műtét daczára meghalnak. A gyomorfekély-átfúródás sorsát ugyanis két körülmény szokta befolyásolni: 1. Az, hogy az átfúródás telt vagy üres gyomor mellett következett-e be? 2. Hogy az átfúródás és a műtét között mennyi idő telt el? Ha az utóbbi körülményt mérlegelő statisztikákat tanulmányozzuk, szembeszökő az a tény, hogy a várakozás minden órájával mennyire romlik a kilátás arra, hogy a beteget a műtéttel megmenthetjük. *Mikulicz*, továbbá *Moynihan* és *Robson* statisztikái szerint a 24 órán túl operáltaknak 87%-a hal meg. *Gellért* statisztikájában a 24 órán túl operáltak mind meghaltak.

A bemutatott beteg 36 éves férfi, ki már 3—4 év óta szenved gyomorbajban és különösen étkezések után voltak mindig kellemetlenségei, fájásai. 1911 januárjában több izben vért hányt és akkor a II. számú belgyógyászati klinikán kezelték. 1911 augusztusában is volt vérhányása, melyet otthon kezeltek. 1912 márczius 5.-én délután $^1/_2$2 órakor közvetlenül az ebéd után hirtelen erős görcsös fájások jelentkeztek a gyomorgödör tájékán, melyek a vállba is kisugároztak; a légzése nagyon nehézzé lett, a beteg fulladozott. Csak a másnap meghivott consiliarius tanácsára egyezett bele a műtétbe. A klinikára való beszállítása után az elesett beteg egész bőre feltünően halvány, a hasa puffadt, érzékeny, de főleg a gyomorgödörben vannak nyomásra erősen tokozódó fájásai és kifejezett izomvédekezése. A lélekzés felületes, szapora. A szemek beesettek, a nyelv száraz, a beteg csuklik. Hányás nincs és nem is volt. A pulsus kicsiny hullámú, könnyen elnyomható, szapora, perczenként 128. A hőmérsék 37·4° C. A műtét márczius 6.-án d. u. $3^1{}_2$ órakor, tehát tulajdonképpen 26 órával az átfúródás után, morphin-aethernarcosisban történt. Median laparotomia a processus xiphoideus és a köldök közt. A praeperitonealis zsiradék oedemás. A has megnyitásakor a gyomor a hasfal elülső részének peritoneumához fibrinosusan odatapadt. A perforatiós nyílás a gyomor elülső felületén, a kis gyomorhajlás pylorus-részén van. E helyre a máj reáfekszik, fibrinosusan le van tapadva s az összetapadások között ételrészek fekszenek. A fekély mintegy 5 koronás nagyságú, callosus és közepén mandulamag nagyságú lik van, melynek környékén a hashártya vastag, genyes-fibrines lepedékkel borított. Az átfúródást csakis átöltő varratokkal lehetett hiányosan elzárni, Lembert-varratot alkalmazni nem lehetett, mert a gyomorfal minden szúrás helyén szakadékony, a fonál kiszakadt. Ezért a varrat biztosítására a nagy cseplesz csücskét felhajtva, a fekély környékének ép gyomorfalára az átfúródás helye körül szélesen levarrta. Gastroenterostomia antecolica antica. Az átfúródás helyére, a gyomor és máj közé Mikulicz-féle tampon került. A hasseb réteges zárása; csak a felső csücskében maradt nyitva mintegy 2 cm. hosszúságban. A műtét után az első két napon a betegnek magas láza van, de a harmadik napon már csak subfebrilis és a negyedik naptól fogva láztalan. Táplálás öt napig a végbélen át *Katzenstein*-féle methodussal, ettől fogva per os. A 4. napon bő székürülés. A tizenegyedik napon felkel. Ma 17 nap telt el a műtét óta és a beteg teljesen jól van, csak még erősen anaemiás.

Hogy a varrathoz tett Mikulicz-tampon helyén sipoly nem jött létre, azt a bemutató annak tulajdonítja, hogy a cseplesz széles levarrásával az átfúródás helyének varrata fölött hamar széles letapadások keletkeztek, a melyek a hiányos gyomorfalvarratot jól elzárták. A magyar irodalomban *Pólya*-nak egy esete van ismertetve, melyben 24 órás gyomorperforatio gyógyult. *Herczel* és *Milkó* gyógyult esetei néhány órás perforatióra vonatkoznak

Az egyetemi I. sz. sebészeti klinikán 5 beteg közül 3 meghalt, egy 12 óránál régibb esetet *Dollinger* tanár operált, ez simán gyógyult, a másik gyógyult eset a bemutatott.

Keppich József: 48 éves férfi-beteget szállítottak be a mentők 1911 augusztus 3.-án délután 6 órakor *Hültl* osztályára. A beteg d. u. 3 órakor ebédelt, 2 óra mulva rendkívül erős hasfájdalmak lepték meg, mire összeesett. Klasszikus képét nyujtotta a perforativ peritonitisnek. A has egész kiterjedésében kőkemény, legerősebben mind a két hypochondriumban, a fájdalom punctum maximuma a jobb hypochondriumban a bordaív szélénél. Az alhas és coecum táján az érzékenység csak kisfokú. A májtompulat a VI. borda felső szélénél kezdődik, 1 ujjnyi széles, a hasban resistentia vagy folyadék nem mutatható ki. A nyelv alig bevont, nedves. A pulsus 72, telt. A hőmérsék 37·5. Hányás, hányásinger nincs. A betegnek már 10 éve vannak gyomorpanaszai, melyek savanyú felböfögésben, étkezés utáni fájdalmakban állottak, időnként hányt, néha véreset, néhányszor fekete széke is volt. Ugy az anamnesis, mint a lelet alapján is gyomorfekély átfúródására lehetett következtetni. *Hültl* főorvos megbízásából a beteget chloroform-narcosisban azonnal megoperáltam. Behatolás a középvonalban a köldök felett. A peritoneum megnyitása után a hasüregből levegő surran ki, a gyomor megérintésekor a pylorus felől légbuborékok jönnek, a hasüregben zsíros szemcsék úszkálnak. A pylorus elülső alsó felületén lencsényi, éles szélű, kerek lik, melynek környezete beszürődött. Négy csomós Lembert-varrattal a nyílást elzárjuk és föléje a csepleszt csomós öltésekkel odavarrjuk. A pylorus tájékára jodoform-csíkot helyezve, a hasfal többi részét rekonstruáljuk. Másnap a beteg hőmérséklete 37·3°, a pulsus 92, a has puha, nem érzékeny. Harmadnap a hőmérsék 37·7, a pulsus 84, a beteg néhányszor hányt, csuklott. Széke beöntésre volt. Azontúl teljesen jól volt, szék, szelek spontán távoztak, hőmérsék 37·5 fölé sohasem emelkedett, sebe teljesen reactiomentesen gyógyult, a csíkot a 10. napon távolítottuk el és helyettesítettük vékony draincsővel; augusztus 31.-én teljesen gyógyultan távozott.

A beteget a pylorus kirekesztése czéljából műtétre berendeltük, azonban nem jelentkezett. Deczember 6.-án nagyfokú gyomorvérzés állott be, 6 napon át sok vért hányt, széke fekete volt. Ekkor a szent János-kórházban két hónapon át feküdt. A hányás azóta többször megismétlődött. A pylorus-kirekesztését a napokban fogjuk elvégezni.

A második eset *Hültl* magángyakorlatából való. 42 éves kereskedőre vonatkozik, ki 3 évig állott gyomorbaja miatt kezelés alatt. 1911 november 15.-én este 11 órakor hirtelen rosszul lett, heves gyomorgörcsei támadtak, hasa erősen felpuffadt és rendkívül érzékeny lett. Magángyógyintézetbe szállították. Hőmérséke 35·9°, pulsusa 140. A has mindenütt meteorismusos, rendkívül érzékeny, leginkább a gyomorgödörben. Gyomorperforatio gyanuja miatt azonnal műtét. Medián laparotomia a proc. xiphoideusnál kezdődően. A peritoneum megnyitásakor légbuborék jelentkezett, úgy hogy rögtön meg lehetett állapitani a perforatio diagnosisát. A pylorus tájékán igen sok gyomortartalom, melynek kitörlése után a pylorus-táj elülső oldalán babnyi átfúródási nyílást lehetett látni, melyet két catgutöltéssel bevarrtak. A perforatio helyére tampont helyeztek, a hasseb többi részét rekonstruálták. A beteg zavartalanul meggyógyult. 2 hónap mulva újabb műtét azon czélból, hogy a beteg veszélyes ulcusaitól megszabaduljon. Laparotomia a heg

mellett, melyhez csupán a cseplesz van odatapadva, míg a pylorus-táj a heggel csupán vékony köteggel függ össze. Pylorus-kirekesztés *Eiselsberg* szerint a *Hültl*-féle gyomorvarró műszer alkalmazásával. A beteg simán meggyógyult.

Fáykiss Ferencz: Csupán az átfúródás nyílásának ellátásához óhajtok hozzászólni. Alkalmas esetekben, a hol a perforatiós nyílás közel esik a pankreashoz, ajánlanám a pankreasnak rávarrását, mint azt a közelmultban a 2. számú sebészeti klinikán volt alkalmam végrehajtani. A perforatio negyednapos volt, általános genyes hashártyagyuladás volt jelen. A perforatiós nyílás elvarrását meg sem kíséreltem, hanem a hüvelykujjat befogadó nyílásra rávarrtam a pankreast. A beteg peritonealis tünetei a műtét után teljesen megszűntek, a szék, szelek megindultak, a táplálkozás zavartalan volt. A hetedik napon a beteg pneumoniát kapott s a nyolczadik napon meghalt. A bonczolás a halál okául pneumoniát állapított meg. A genyes hashártyagyuladás nyoma csak mint peritonealis adhaesio volt helyenként látható. A pankreas kifogástalanul zárt, lobos reactio az ellátott fekély körül sehol sem volt észlelhető, sem a pankreasban ellágyulás, úgy hogy a fekély ellátása idealisan tökéletesnek volt mondható.

Gellért Elemér: A perforatio-nyílás elzárására két esetben a lig. teres hepatisból készített nyeles lebenyt alkalmazott; mindkét esete meggyógyult.

Holzwarth Jenő: *Gellért* és *Fáykiss* felszólalására megjegyzi, hogy abban az esetben, ha a cseplesz könnyen helyezhető a varrat helyére, minden esetben legelőnyösebbnek tartja annak felhasználását a varrat helyének befedésére; a nyeles lebenyeket, továbbá a pankreast csak oly esetben használná, a hol a cseplesz valami okból e czélra nem használható fel. Ilyenkor jó szolgálatokat tehet a *König* és *Hochmayer* által ajánlott szabad fascia-transplantatio (Verlötung) is.

Trichocephalus dispar okozta vastagbélfekély és bélszűkület esete.

Gergő Imre: Az eset bizonyságául szolgálhat a differentialis diagnosis nehézségeinek bél-, illetőleg coecum-daganat eseteiben és a vakbéltáj azon megbetegedéseinek számát gyarapítja, a melyeknek helyes kórjelzése műtéti autopsia nélkül alig lehetséges.

A beteg 36 éves asszony, kit márczius 7.-én vettek fel az I. számú sebészeti klinikára. Egy éven át gyomorfájdalmai voltak, az utolsó napokban azonban ezen fájdalmak szűntek. Február hó végén, egy héttel a klinikára való felvétele előtt, erős görcsöket érzett a hasában a vakbél tájékán; ezek azóta gyakorta ismétlődtek és 5—10 perczig tartottak.

Felvételkor a beteg mellkasi szervei, idegrendszere ép, eltérést nem mutatott. A petyhüdt hasfalon át, 3—4 ujjnyira az ileocoecalis tájék fölött, körülbelül almányi puha daganat volt érezhető, a mely időnként eltűnt, a bél izgatására (a hasfal ütögetésére) azonban ismét érezhetővé vált; ilyenkor a vékonybelek fokozott peristaltikája látszott a hasfalon át. A beteg hosszabb idő óta székrekedésben szenved; láztalan, a pulsus száma perczenként 78.

A klinikai tünetek értelmében a diagnosis béltumor és appendicitis között ingott. Az előbbi mellett a tumor mozgékonysága és a bélmerevedés szólt, míg az utóbbira a tumor helyzetén kívül a hirtelen kezdet látszott utalni. *Dollinger* tanár véleménye szerint az elváltozás székhelyét a vakbélben, illetőleg annak környékén kellett keresnünk.

Főnököm megbízásából márczius 9.-én megoperáltam a beteget. Mivel az elváltozások supponált székhelye a coecum tája volt, jobboldali pararectalis metszéssel hatoltam be. A hasüreg megnyitása után kitűnt, hogy a féregnyúlvány kisujjnyira megvastagodott és körülbelül 6—7 cm. hosszú; a coecumon körülírt peritonitis fibrinosa tüneteit láttuk; a coecum fölött pedig körülbelül 2—3 ujjnyira oly elváltozásokat találtunk, melyek első látásra hasonlók voltak gümős megbetegedéshez. E helyen ugyanis a bélfal körülbelül forintnyi területen belövelt, kevés tapadós fibrinnel fedett, ugyanitt tapintásra tömöttnek volt érezhető. A colon ascendens többi részén hártyaszerű peritonealis adhaesiók látszottak, melyeknek megfelelőleg, körülbelül 10—12 cm.-nyire a coecumtól, a bél hegyes szögletben — csúcsával kifelé — megtört.

Az lévén a benyomásom, hogy coecum-tuberculosissal van dolgom, coecumresectiót végeztem; az appendixet, a coecumot és a colon ascendens nagyobb részét a szögletbetörés helyével együtt eltávolítottam. A bélvégek incongruentiája miatt az ileum legalsó részét és a vastagbélnek a flexura coli hepatica alatti részét vakon elzártam és ezen két bélrész között oldalsó anastomosist létesítettem. A kiirtott coecum helyén a peritonealis falat reconstruáltam és azután a hasüreget réteges varrattal teljesen zártam.

A beteg láztalanul gyógyult, negyednap fennjárt, ugyanakkor spontán székelt; nyolczadnap fonalait kiszedtük; sebe per primam gyógyult. Azóta is láztalan, semmiféle panasza sincs.

A colon ascendensen, körülbelül 5 cm.-re a valvula Bauhini felett, a bélfal forintnyi területen infiltrált, rigid tapintatú. Ennek megfelelőleg — a mint azt már a műtét alatt is láttam — a savós hártya duzzadt, belövelt volt és kevés fibrines lepedékkel fedett; a nyálkahártya e helyt kissé duzzadt, bővérűbb, tömöttebb. A nyálkahártyán a beszűrődött terület közepén egy nagyjában szabálytalan háromszögalakú (piócza-maráshoz hasonló), körülbelül 1 cm. hosszú oldalakkal biró háromszög-alakú fekély képződött; a fekély szélei egyenetlenek, lekerekítettek, tömöttek; alapján körülbelül kendermag nagyságú, szennyes-barnás, necrosisos szövetrészlet látszik, a mely alatt a bélfal következik. A fekély körül a nyálkahártyán 8 darab trichocephalus dispar csüng; ezek a fejvégükkel a nyálkahártyába befúródtak és vele erősen összekapaszkodtak.

A féregnyúlvány a coecum felé nyitott; tág lumenének nyálkahártyája halványbarna, benne féreg nincsen. A féregnyúlvány csúcsa körülbelül $1^1/_2$ cm. hosszú darabon hegesen elváltozott és teljesen obliterálódott.

Sem a fekély körül, sem a bél savós hártyáján gümős szemcséket vagy sajtosodást nem találtunk.

A colon ascendens savós hártyáján az átmetszett peritonealis adhaesiók maradványa látszik.

A fekély széléből készült metszeten látszik, hogy a fekély széléig ép bélhám van, az infiltrált részeknek megfelelőleg pedig a bél falát heges lobos szövet alkotja. A fekélyhez közelebb a lobos szövetben régebbi vérzésnek nyomai látszanak, azonkívül erősen hyalinosan elfajult kötőszövetkötegek, jeléül annak, hogy a hegszövet ezen a helyen régibb keletű. Tuberculosisra jellemző sarjszövetet sehol sem találtunk.

(A bemutató ezután *az elváltozást okozó bélférget és a kóros bélfal szövettani képét vetített diapositiveken* mutatja be.)

A bemutatott esethez hasonló súlybs elváltozásról az irodalomban nem találtam említést. Úgy látszik, hogy a trichocephalus okozta erosio a bél pathogen bacteriumainak kedvező talajul szolgált az invasióra, bélfekély keletkezett, a lobosodás terjedt, illetőleg a fekély mind mélyebb lett és ha a beteg műtétre nem kerül, az elvékonyodott bélfal előreláthatólag átfúródott volna, peritonitist okozva. Másrészt a bélnek peritonealis adhaesiók okozta szöglettörése ileussal is fenyegetett. Mindkettőnek — úgy a perforativ peritonitisnak, mint az ileusnak — veszélyét a coecum resectiójával elhárítottuk, a műtét tehát indokolt volt.

Kulcscsontpótlás esete.

Verebély Tibor: Néhány hét előtt a csonttransplantatióról tartott előadásomban egy esetet említettem, a hol a kulcscsont pótlását kíséreltem meg a lábszárból; a beteget magát nem mutathattam be, mert az előadás idején csak 2 hetes volt. Ezt a mulasztást hozom helyre ma, a mikor 7 héttel a műtét után meggyógyulva mutatom be az illetőt. Subperiostealisan kiirtottam az egész daganatszerűen felfujt, elpusztult claviculát az acromion kivételével; a támadt hiányba, tehát a sternum ízfelszíne és az acromion csúcsa közé 14 cm. hosszú tibialéczet rögzítettem. A fiatalember, mint borbély, már két hete munkában van, tehát egész gyógyulása 5 hetet vett igénybe és teljesen fájdalmatlan volt. Úgy ez, mint a rövid gyógytartam és a kifogástalan functionalis eredmény, azt hiszem, igazolják utólag azt, hogy a sablonos kitakarítás, kikaparás helyett — a mely hónapokra elhúzódó nyilt kezelést tett volna szükségessé s elkerülhetetlenül súlyos alaki elferdülésekre vezetett volna — az ilyen gyökeresebb műtéttel tegyek kísérletet.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1912 február 21. én.)

Elnök: **Körmöczi Emil.** Jegyző: **Szinnyey József.**

Hirschsprung-féle betegséget utánzó colonectasia esete felnőttben.

Singer Lipót: A 17 éves férfibeteg 1912 január elején jelentkezett felvételre a Szent István-kórház VII. orvosi osztályán. Felvételkor előadja, hogy jelen baja $1^1/_2$ év előtt kezdődött, eddig mindig egészséges volt, csak néhány gyermekbetegségen ment keresztül. $1^1/_2$ év előtt malariát állott ki, melyet 3 hétig chininnel kezeltek. Lázának megszünte után hányni kezdett, gyakori felböfögés kinozta és széke rendetlenné vált. Rövid idő mulva gyomorkellemetlenségei megszűntek, de székelési rendetlenségei fokozódtak. 3—4 naponkint egyszer volt széke eleinte spontán, később főleg csak hashajtókra. Feltűnt neki felső testrészeinek és végtagjainak erős lesoványodása mellett hasának fokozódó növekedése; hasa csak akkor lapult le kissé, ha hashajtókra vagy beöntésre széke volt. Állandóan étvágytalan volt, nagyon soványodott, székelés közben és attól függetlenül gyakran voltak kólikaszerű fájdalmai. Széke állandóan kemény volt, csaknem folytonosan bélgázképződés kinozta, a gázokat visszatartani nem birta. Állapota betegsége óta állandóan rosszabbodott.

A gyengén fejlett, nagyon anaemiás férfibeteg tüdőhatárai feltoltak, hátul a IX. borda alsó széléig érnek. A szív is feltolt, a szívcsúcslökés a IV. bordaközben, a bimbóvonalon kívül tapintható. A has egész terjedelmében egyenletesen előboltosult, a hasfal igen feszes, rajta kétoldalt néhány tágult vena látható. A has körfogata a legnagyobb domborulatán kiürítés előtt 82 cm., a köldök magasságában 76 cm. A távolság a processus xiphoideustól a köldökig 19, a köldöktől a symphysisig 21 cm. A has felett mindenütt hangos dobos kopogtatási hangot kapunk. Per anum végzett digitalis vizsgálatkor a kutató ujj tágult üregbe jut, sehol semmiféle tumort nem tapint. Rectoromanoskopiai vizsgálattal sem lehet semmiféle stenotizáló elváltozást kimutatni. Bélmosáskor $4^1/_2$ liter vizet könnyen bevezethetünk, utána bő gázürülés kiséretében nagy mennyiségű, nagyrészt kemény, vaskos bélsárrögök távoznak. Ilyenkor a has kissé lelapul, puhább lesz, maximalis kerülete 8 centimeterrel kisebbedik, jól láthatók néha a colon transversum és descedens contourjai és a belek peristaltikás mozgása.

A gyomorvizsgálat normalis leletet ad, a bélsár chemiai és mikroskopi vizsgálatakor kórosat nem találunk. A vizelet elég erős indicanreactiót ad.

Röntgen-vizsgálatkor (*Fischer Ernő* dr.) a gyomor az epigastriumban foglal helyet, a meso- és hypogastrium legnagyobb része a nagy fokban egyenletesen tágult kanyargós vastagbelek által töltetik ki.

Másodnaponként $4^1/_2$ liter langyos vízzel végzett bélmosásokkal elég szép eredményt értünk el.

Fischer Ernő: A Röntgen-felvétel azt mutatta, hogy az egész béltractus puffadt, a gyomor maga kicsiny, a vastagbél hosszú és vastag, felnőtt férfikar vastagságú. A flexura coli sinistra is tágult.

Csontsyphilis-esetek.

Lisznai Imre: A csontok és a csonthártya lueses megbetegedései leggyakrabban a többi harmadlagos tünet kiséretében, gyakran már a másodlagos tünetek idejében, ritkán — ez főként a periosteumot illeti — az I. és II. szak közötti, az általános eruptiót megelőző szakban kerülnek észlelés alá.

Leggyakoribb előfordulási helyei a lágyrészektől aránylag nem vastagon fedett felületek, a milyenek a tibia, radius, általában az alkar- és lábszárcsontok, a bordák és a koponyacsontok.

I. eset. Periostitis luetica. A 38 éves asztalosnak primaer affectiója 3 évvel ezelőtt volt, e miatt fél évig tartó kenőkúrát végzett, majd mostanig $2^1/_2$ éven keresztül semmi kezelésben sem részesült. Felvételkor a tibia felső negyedében ötkoronányi kerek, ép bőrrel fedett, a csonttal összefüggő rugalmas, tapintásra igen fájdalmas daganat foglalt helyet, az elváltozás még ma is fennáll, noha a daganat jóval kisebb, a rugalmasság és fájdalom mérsékeltebb. A kórbonczolástani elváltozás kisgömbsejtes és mononuclearis beszűrődés a periosteum és a csont között; az ezáltal létrehozott térfogat-nagyobbodás és feszülés a periosteum idegszálait vongálván, fájdalom áll be.

II. eset. Periostitis gummosa. 29 éves napszámos, ki lues-infectióról nem tud, 4 hó óta van jobb lábszárán daganata. A kórházba jövetelekor a tibia középső harmadában ötkoronányi, hullámzó, piros bőrrel fedett daganat, mely pár nap mulva átfúródva, a jelenlegi képet hozta létre.

A gyógyulás ilyen esetekben a periostealis hártya regeneratiójával, a lágyrészek granulatiójával, a csonttal összefüggő, behúzódott heggel következik be. A granulatio már itt is látható, az említett heg egy régebbi, a mostanihoz valószínűleg hasonló elváltozás után szintén jelen van.

III. eset. Periostitis luetica ossificans vagy tophacea. Ha nem túlnagy a lueses beszűrődés a periosteum és csont között a folyamatnak nem túlheveny volta miatt és nem folyósodik el, akkor ezen beszűrődés a környező kötőszövetbe szivatik fel; a csont közvetlen közelében levő ezen beszűrődött kötőszövet azután mészsókat vesz fel és csontszövetté alakul, mely azután rétegről-rétegre rakodva a periosteum és csont közé, sokszor monstruosus megvastagodását hozza létre a csontoknak.

Az 50 éves napszámos két év előtt fertőzte magát, Lábai $1^1/_2$ év óta fájnak. Fájdalmai tűrhetetlenül nagyok voltak, főként éjjel.

IV. eset. Periostitis luetica suppurativa, hol a nagymennyiségű csonthártya-izzadmány áttöri a lágyrészeket és az áttörés nyílása körül is hoz létre szövetszétesést.

Az ilyen esetek, a melyekben az ellágyulást és az átfúródást a lágyrészek necrosisa követi, ritkák; rendesen egyéb okokból (diabetes, tuberculosis, marasmus) cachexiás egyéneken látjuk őket.

V. esetemben a már előbb említett periostitis luetica suppurativát mutatom be, midőn a periosteum syphilises beszűrődése elfolyósodva, a látszólag ép bőrt hullámzó daganatok alakjában felemeli és azt helyenkint átfúrva, kiürül a nélkül, hogy a lágyrészekben szövetszétesést hozna létre az átfúródás nyilása körül.

Mindkét tibia felett igen fájdalmas, hullámzó területek, úgyszintén a jobb ulna középső harmadán; a bal radius legalsó részlete felett levők összefolynak a csukló-izülettel, mely szintén duzzadt, fájdalmas, hasonlóképpen a bal könyök- és a jobb vállizület.

Ezen izületi elváltozások szintén luesesek (synovitis luetica polyarticularis), melyek a polyarthritiséihez hasonló tünetekkel jelentkeznek; fő különbség az éjjeli exacerbatio, a lázmenet és az, hogy míg amott a salicyl, itt a jod hat specifikusan.

A beteget, kit *Havas* tanár már a sorozatos syphiliselőadások legelsőjén bemutatott, mint a lues tertiaria praecox és a lues maligna ritka esetét bátorkodom szintén bemutatni.

A 27 éves beteg 13 hó előtt szerzett elsődleges lueses fekélyt a penisen; az azonnal megindított antilueses kezelésre a fekély javult, de még nem gyógyult be, midőn $1^1/_2$ hóval az elsődleges tünet megjelente után a kemény szájpadja átfúródott; az ekkor alkalmazott salvarsan-injectio után csakhamar gumma jelentkezett az orrán; ezen állapotban került a mult év májusában osztályunkra, hol a felvétel napjától mind a mai napig szünet nélkül részesül az antilueses és roboráló therapia minden létező módozatában: 3 és 5%-os sublimat-injectio, kéneső-salicyl-injectio, arsen-kura, újabb salvarsan-injectio, sublimat-fürdő, Zittmann-főzet, oleum cinerum-injectio, jod (6 gr.-ig pro die), 10%-os calomel-injectio; mindezek daczára a folyamat feltartóztathatatlanul halad, a keményszájpad borsónyi átfúródását rohamosan követte a most látható óriási defectus a kemény- és lágyszájpadon.

A jobb orrszárnyon képződött gumma a szemünk előtt terjedt, napról-napra tudtuk követni annak haladását, a minek eredményeként most az orr lágy, csontos és porczos részének teljes hiányát látjuk. A csöves csontok elváltozásai

is korán, a fertőzés után 5 hónappal jelentkeztek és egymást érik az előbb ismertetett periostitises góczok, az egyiknek ellágyulása és kiürülése után már a másik jelentkezik, sőt több is egyszerre.

VI. eset. Ezen esetben a csont és izület syphilidjét mint az öröklött lues részjelenségét mutathatom be.

A 18 esztendős, fejlődésében igen visszamaradt, debilis csontrendszerrel biró nőbetegen az öröklött luesre jellemző cornea-homály, besüppedt orrgyök, Hutchinson-fogak mellett láthatjuk a II. esetemen bemutatott periostitis luetica ossificanst, az alig érzékeny, a felrakódott mészsóktól elcsontosodott, izzadmányos kötőszövet folytán megvastagodott tibiát. (Röntgen-kép.)

A jobb térd felett a beteg bemondása szerint 2 év óta fennálló elváltozásban látjuk a synovitis luetica chronicát, mely legtöbbször, mint itt is, monoarticularis. Az elváltozás chondroarthritis lueticának is nevezhető, mert itt már nemcsak a tok, hanem a porcz is részt vesz a folyamatban.

Az izület savós hártyáján az itt is jelenlevő savóból lerakódott fibrin-hártyákból erősen megtapadó bolyhok lesznek, melyek miatt az izület mozgathatósága gátolt és igen fájdalmas, néha az ezek által feltételezett csikorgás, ropogás hallható az izület mozgatásakor. Az izületet alkotó csontvégek rendesen részt vesznek a folyamatban, legtöbbször a periosteum gyuladása van jelen. A bemutatott esetben is a periostitis ossificans folytán deformálódott az izület a femur alsó és a tibia felső epiphysisének megvastagodása folytán. (Röntgen-kép.)

(Folytatása következik.)

A római VII. nemzetközi tuberculosis-congressus.

Ismerteti: ***Kovács József*** dr.

(Vége.)

A *III. sectio* tárgyalásait *a tengerparti kórházak jelentőségével* vezette be a sebészi tuberculosis kezelésében. *Calvé* (Berc-sur-Mer) a functionalis eredmények kiválóságát hangoztatta. *Hajech* (Milano) a magaslati helyek hatásával összehasonlítva, a tengerparti intézeteket azok fölé helyezi.

E kérdéssel kapcsolatban a heliotherapiának a sebészi tuberculosisban való kiváló hatásáról beszéltek: *Rollier* (Leysin), *Jerusalem* (Bécs), *Mauclaire* (Páris) és mások, minekutána a következő határozat fogadtatott el „A tengerparti kórházaknak különösen gyermekeken mutatkozott nagy jelentősége miatt a congressus kívánatosnak tartja ily tengerparti kórházaknak nagyobb számban való létesítését."

A sebészi beavatkozás indicatióinak kérdésében *Alessandri* (Róma) primaer sebészi megbetegedésekben conservativ eljárást, a beteg rész nyugalombahelyezését, valamint tuberculinkezelést ajánl. Szigorúan javalt azonban a műtéti beavatkozás nyilt és vegyes fertőzéses tuberculosis és fistulák eseteiben. *Gauvain* (Altona) a sebészeti tuberculosist általános fertőzésnek tekinti localis tünetekkel; röviden ismerteti az általános és localis kezelés elveit. *Bayle* (Cannes) léporganotherapiával főleg mirigytuberculosisban látott jó eredményeket. *Fröhlich* (Nancy) a tuberculosisos coxalgiák alakjairól, *Maragliano* a tuberculosisos izületekről és azok kezeléséről számolt be.

Az *abdominalis gümőkór sebészi kezeléséről Corner* (London) referált. Ismertette a gyermekkorban oly gyakori mesenterialis mirigygümőkór és appendix-megbetegedés okait, és a féregnyujtvány korai eltávolítását sürgeti. *D'Antona* (Nápoly) a gyomor- és béltractus tuberculosisával foglalkozott és kiemelte a korai gastroenterostomia és enteroanastomosis fontosságát. *Mauclaire* (Páris) a bél, hashártya és hasmirigyek tuberculosisában a korai sebészi beavatkozással igen jó eredményeket ért el.

A következő két referatum foglalkozott *a férfi- és női ivarszervek tuberculosisának sebészi kezelésével. Posner* (Berlin) kiemeli, hogy a férfi-ivarszervek tuberculosisának inkább jóindulatú jellege van, úgy hogy műtéti beavatkozásra ritkán van szükség s akkor is csak palliativ műtétre. A tuberculinkezelést és a nemi élet beszüntetését ajánlja. *Pestalozza* (Róma) a női ivarszervek izolált tuberculosisában korai beavatkozást ajánl. Másodlagos megbetegedés esetén az indicatio attól a befolyástól függ, melyet a beteg ivarszerv a tüdőre és az általános állapotra gyakorol. *Wagner* (Bécs) szerint a műtéti indicatiók ugyanazok, mint a női ivarszervek másnemű lobos megbetegedései esetén, a műtét azonban mindig conservativ legyen.

Utolsó tárgya a sectiónak volt *a húgyszervi tuberculosis kezelése. Legueu* és *Chevassu* (Páris) szerint belső kezeléssel a legjobb esetben is csak javulást lehet elérni, míg a műtét gyógyulásra vezet, de csak intact hólyagnál. Ezért korai műtétet ajánlanak. *Zuckerkandl* (Bécs) szerint a vesetuberculosis gyakran első manifestatiója egy latens tuberculosisnak. Főfontosságú a korai felismerés. A tuberculin csak a legkezdetlegesebb stadiumban ér valamit. Gyógyulást csak az eltávolítás adhat, a melyet a hólyagtuberculosis nem kontraindikál.

A hólyagtuberculosisról és annak keletkezéséről szólt még *Alessandri* és *Guidone* (Nápoly).

A IV. sectio a human és bovin tuberculosis egymáshoz való viszonyával kezdte meg érdekes themáinak sorozatát. *Kossel* (München) szerint az ember tuberculosisa csekély kivétellel human typusú fertőzés, még pedig emberről emberre. A tuberculosis mint népbetegség elleni küzdelem tehát csak akkor lesz eredményes, ha ezen fertőzés veszedelmeit kizárni vagy korlátozni tudjuk. A fertőzött állat tejével vagy húsával történt zoogen bovin fertőzés az emberi tuberculosis terjedésében közömbös. A fertőzés typusának meghatározása legfeljebb arra jó, hogy általa a fertőzés forrását jelölhetjük meg. *Gosio* (Róma) Olaszország különböző vidékeinek tuberculosis-statisztikáját mutatja be. Kutatásainak eredményeképp ő is sokkalta nagyobb fontosságot tulajdonít az emberről emberre való fertőzésnek. *Vallée* (Alfort) azt hiszi, hogy az emberi és az állati tuberculosist egy és ugyanazon bacillus okozza, mely alkalmazkodva a szervezethez, más és más sajátságokat vesz fel. Minthogy a bovin tuberculosis emberre, főleg gyermekre átvihető: bár a legtöbb emberi tuberculosis emberi fertőzésből ered, a bovin fertőzést, annak módjait és prophylaxisát elhanyagolni nem szabad. *Griffith* (London) nem találja beigazoltnak a bacillus-typusok megváltozását a szervezetben. Szerinte, bár az emberi tuberculosis leggyakoribb oka a human typusú bacillus, annak létrejövetelében a bovin zoogen fertőzésnek is elég lényeges szerepet kell juttatni főleg a gyermekek béltuberculosisában, de a felnőttek tüdő- és kivált sebészi gümőkórjában is. *Calmette* is fontosságot tulajdonít a bovin fertőzésnek főleg gyermekeken. Szerinte a bovin fertőzés Francziaországban és az északi államokban nagy mértékben járul hozzá a tuberculosis elterjedéséhez. *Raw* (Liverpool), *Terni* (Milano) és mások hozzászólása és igen élénk vita után a sectio magáévá teszi azt a határozatot, melyet a conferentia ebben a kérdésben hozott és melyet a közlemény elején már ismertettem.

Az előbbi kérdéssel összefüggésben a *tejről, mint a tuberculosis terjedésének egyik tényezőjéről* referál *Heymans* (Gand), ki a bovin fertőzés eredetét a tejben találja. A typusátváltozás lehetőségére nézve további kutatásokat kíván. Prophylaxisos intézkedések, tuberculinisatio vagy vaccinatio segélyével a nyilt tuberculosisban szenvedő tehenek kizárását és lehetőleg tuberculosismentes tehenészetet sürget. *Sidler*-né (Páris) a gyermekkori táplálkozásról mint a gümőkórra praedisponáló tényezőről, *Andword* (Christiania) a tuberculosisról mint gyermekbetegségről, *Harbitz* (Christiania) az infantilis gümőkóros fertőzés módjairól olvas fel.

A következő — *a fertőzés módját és terjedését a szervezetben* tárgyaló — themáról *Calmette* (Lille) szólt először. A tuberculosis-fertőzés túlnyomóan a korai gyermekkorra esik (tuberculin-reactio fokozatos emelkedése 1—15 évig). A bacillusinvasio főleg a tápcső nyálkahártyáján át történik lymphogen terjedéssel. A fertőzés eredménye lehet occult tuberculosis latens laesiókkal, mikor a bacillusok az egyénnek bizonyos resistentiát kölcsönöznek reinfectiók ellen,

és lehet manifest tuberculosis állandósult laesiókkal; ez kiterjedt localis elváltozásokhoz vagy miliaris folyamathoz vezethet. Viselkedhetik végül a szervezet teljesen refractaer is a fertőzéssel szemben. A tuberculisatiónak ezen sokfélesége a bacillusok virulentiájától, az invasio tömeges vagy csekély voltától és végül attól van feltételezve, vajjon a szervezet előzőleg fertőzött volt-e már vagy nem. *Weleminsky* (Prága) szerint a gümőkóros fertőzés majdnem mindig a korai gyermekkorban történik és pedig mirigytuberculosis alakjában. A felnőttek tuberculosisa nem kivülről jövő elsődleges fertőzés, hanem a gyermekkori gümőkór haematogen úton való terjedése. *Ravogli* (Cincinnati) a syphilis szerepéről beszél a tuberculosis aetiologiájában. A lueses fertőzés erősen csökkenti a szervezet ellenálló erejét a tuberculosissal szemben. *Caplescu* (Bukarest) a pajzsmirigy megnagyobbodásának a gyakoriságára mutat reá tuberculosisos esetekben és azt, mint a szervezet reactioképességének jelét, a prognosis tekintetében kedvezően itéli meg.

Abban a kérdésben, hogy *miképp módosulnak a Koch-bacillus biologiai tulajdonságai a szervezeten belül és kívül, Jules Courmont* (Lyon) az *Arloing*-féle homogen culturákról és azok sero-diagnostikai jelentőségéről, *Lindemann* (Berlin) és *Woodhead* (Cambridge) azokról a tényezőkről értekeznek, melyek a bacillusok virulentiájára befolynak. *Schrön* (Nápoly) a phthisisnek kóroktanában jelentékeny szerepet juttat az általa felfedezett „tisiogen mikrobáknak", leírja azok izolálási módját és biologiai tulajdonságait.

A *socialis intézmények befolyásának* kérdését *a tuberculosis aetiologiájára és epidemiologiájára* tárgyalta *Angelini* (Róma). A socialis, hygienés viszonyok javulásával arányosan csökken a tuberculosis-mortalitás is. Küzdeni kell tehát a lakásinség, az élelmiszerek drágulása, az egészségtelen munkásviszonyok, az alkoholismus ellen, a hygiene-ellenes iskoláztatás javítása és azon tévhitek megszüntetése érdekében, melyek a tuberculosis keletkezése és kezelése körül el vannak terjedve. *Calmette* szerint a tuberculosis a civilisatióval jár karöltve, s bizonyítja ezt a franczia gyarmatok fertőzöttségének fokozatos terjedésével. *Scurfield* (Sheffield) kimutatja, mily mértékben járultak hozzá a társadalmi, hatósági és állami védelmi intézmények a tuberculosis terjedésének korlátozásához Angolországban.

A tuberculosis kérdése a hadseregben és haditengerészetben volt a sectio utolsó themája. *Lemoine* (Páris) kifejti, hogy a katona tuberculosisa rendszerint a szolgálatig latens betegségnek éppen a terhes szolgálat következtében beállott feléledése és hangsúlyozza az állam felelősségét ily esetekkel szemben. *Mangianti* (Róma) ezzel összefüggésben rendszabályok hozatalát sürgeti latens tuberculosisban szenvedő katonák besorozásának meggátlására. *Franz* (Bécs) a tuberculosis elterjedéséről szól a magyar-osztrák hadseregben és ismerteti a prophylaxisos és védelmi intézkedéseket. *Heron* (London) az angol hadsereg és haditengerészet egészségügyi viszonyairól beszél, előadja, hogy a gümőkóros esetek csökkenését a betegség korai felismerésének, a betegek elkülönítésének és a jobb ventilatiónak köszönik.

* * *

Megemlítendőnek tartok befejezésül egy indítványt, mely a tuberculosis-conferentián *Calmette* részéről hangzott el, és mely a congressus beszüntetését s annak a conferentia által való pótlását ajánlja. Végigtekintve a congressus egész munkaanyagán és ez anyag feldolgozásának módján, azt találjuk, hogy ez indítvány nem egészen jogosulatlan. Az előadások és felolvasások valóságos áradatában nagy számmal szerepeltek közlemények, melyek közismert dolgokat variáltak és okai voltak, hogy értékes tartalmú és beható discussiót igénylő themáknak is alig jutott néhány percznél több idő. Másrészt elég nagy számmal hangzottak el közlések, melyek részben közlésre érettek még nem voltak, részben evidenter a laikus sajtónak, illetve közönségnek voltak szánva, oly, rendszerint a gümőkór kezelésébe vágó módszereket tárgyalva, melyeket a hozzáértő tartózkodva, a laikus világ azonban lelkesedéssel fogad.

Az ily közlések kiselejtezése s általában az anyag megrostálása volna tehát elsősorban szükséges ahhoz, hogy a congressus tudományos értékben növekedve, fokozott mértékben tudjon megfelelni hivatásának: felkelteni és ébren tartani a tuberculosisellenes mozgalom iránti érdeklődést, irányítani a közvéleményt és egységesíteni a tuberculosis elleni küzdelmet.

A következő congressus különben 5 év mulva Londonban, a conferentia pedig a jövő évben Berlinben fog megtartatni.

PÁLYÁZATOK.

319/1912.

Baranyavármegye hegyháti járásához tartozó Ráczkozár, Hegyhátmarócz, Szárász, Tófü, Mekényes, Császta, Kárász, Magyaregregy, Szászvár és Vékény községekből álló Ráczkozár székhelylyel létesített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-czikkben meghatározott 1600 korona évi törzsfizetés, lakbér vagy természetbeni lakás, úti átalány, a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak és Ráczkozár község részéről kiszolgáltatandó évi 400 korona helyi pótlék.

A körorvosi körök új beosztása, az úti átalány és látogatási díjak vármegyei szabályrendelettel megállapított rendezése kormányhatósági megerősítés alatt áll, melynek határozatait a megválasztandó körorvos elfogadni tartozik.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám **f. é. junius hó 25. napjáig** bezárólag beterjesztendők.

A választás határnapjának kitűzése iránt a pályázati határidő lejárata után külön fogok intézkedni, mikor is arról a pályázók értesítetni fognak.

Sásd, 1912. évi junius hó 1.-én.

Doemel, főszolgabiró.

3207. szám

Aradvármegye kisjenői járásában a szapárvligeti körben (melynek 7753 lakosa van) a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi julius hó 1.-éig** nyujtsák be.

Javadalmazás: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10., 11. és 15. §-ai szerint;

természetben kiszolgáltatandó fuvar, vagy ennek megváltása fejében 400 korona útiátalány és

a szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műtéti, úgyszintén a székhelyen halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszertár tartására megválasztott körorvos jogosult.

Kisjenő, 1912. évi május 22.-én.

A főszolgabiró.

1839/1912.

A pécsvárosi közkórház sebészeti osztályán megüresedett **egy másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 K fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Visy László* dr. úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve, alulirott kórház igazgatóságához legkésőbb **folyó évi június hó 15.-éig** nyujtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vétetni nem fognak.

Egyben figyelmeztetem a pályázókat, hogy állásukról való lemondásuk esetén helyüket csak a lemondástól számított 4 hét mulva hagyhatják el.

Pécs, 1912 május hó 19.

A kórházigazgatóság.

13.296/912. K.

A Szabolcsvármegye tulajdonát képező kisvárdai közkórháznál nyugdíjazás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetéssel, lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állásra azok pályázhatnak, a kik az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítéssel bírnak.

Megjegyeztetik, hogy az alorvos fizetése az 1913. évi költségelőirányzatban 2000 koronával vétetett fel, s hogy a magánorvosi gyakorlat meg van engedve.

Felhívom azokat, a kik ezen kinevezés útján betöltendő állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket, életkorukat, eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a vármegye főispánjához címezve **1912. évi julius hó 25.-éig** hozzám nyujtsák be. Később érkező pályázati kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nyiregyházán, 1912. évi május hó 29.-én.

Mikecz Dezső, alispán.

56. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1912 junius 16.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészi osztályáról. A sérvrecidivák anatomiai formáiról. 449. lap.

Uray Vilmos: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A nem tágítható rectalis és urethralis szűkületek localisatiója x-sugarak segélyével. 450. lap.

Vladár Márton László: Megfigyelések az általános orvosi gyakorlatból. 452. lap.

Marschalkó Tamás és Veszprémi Dezső: Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőr-bujakórtani klinikájáról és kórbonczolástani intézetéből. Szövettani és kisérletes vizsgálatok a salvarsanhalálra vonatkozólag. 454. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Manninger Vilmos* és *Verebély Tibor*: A sebészet tankönyve. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Eppinger*: A heveny vesegyuladás gyógyitása. — *Sebészet. Frisch*: Az ezüstdrót használata a sebészetben. — *Elmekórtan. Itten*: A dementia praecoxos betegeken nuclein-befecskendezésekkel végzett gyógyitó kisérletek. — *Mattauschek* és *Pilcz*: Lues-paralysis. — *Gyermekorvostan. Silberstein*: Symmetriás bőrgangraenának vörhenynél előfordult esete. — *Bőrkórtan. Saalfeld*: A szőrtelenitő szerek. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Winternitz*: Chineonal. — *Milian*: Pruritus. — *Rautenberg*: Acetylkresotinsav. 456—458. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 458. lap.

Vegyes hirek. 458. lap.

Tudományos társulatok. 460—463. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészi osztályáról.

A sérvrecidivák anatomiai formáiról.*

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

A szabad sérvek műtéteinek gyakoriságát tekintve, kevés kérdés bir nagyobb gyakorlati fontossággal, mint a sérvrecidivák okainak kérdése, ennek megoldásához pedig a legbiztosabb út a recidiv sérvek anatomiai viszonyainak tanulmányozása. Ezeket éppen azért már régebb idő óta figyelemmel kisérem, azonban az utolsó két évig csak kevés olyan esetem volt, a hol a műtét folyamán talált leletet irásban rögzítettem, csak a mult év eleje óta irtam le rendszeresen a recidiv sérvekben talált anatomiai viszonyokat és igy most 24 ilyen esetről** (19 beteg) számolhatok be, melyeket 3 csoportba lehet osztani.

1. 18 esetben a lágyékcsatorna egyáltalán nem vagy csak tökéletlenül volt elzárva, és pedig:

a) 8 esetben semminemű egyesülés sem volt az izomzat és a Poupart-szalag közt, az előző műtétet bőralatti hegesedések, a sérvtömlő körülötti összenövések jelezték csupán.

b) 1 esetben az izomzat egész hosszában oda volt ugyan nőve a Poupart-szalaghoz, azonban ez az izomzat csak papirvékonyságú volt és az aponeurosis defectusán át az elődomborodó peritoneum ezt a gyönge izomréteget maga előtt tolta.

c) 1 esetben a lágyékcsatorna medialis zugában volt csupán papirvékonyságú izomrészlet a Poupart-szalaghoz nőve.

d) 1 esetben a lágyékcsatorna leglateralisabb zugában volt egy kis darabon odanőve az izom a Poupart-szalaghoz, egyébként odanövés nem volt.

e) 7 esetben a lágyékcsatorna legnagyobb részében az izomzat a Poupart-szalaghoz nőtt volt, csak a medialis zugban hiányzott az egyesülés és az itt lévő defectuson lépett ki a sérvtömlő; megjegyzendő, hogy ezek közül 3 esetben az aponeurosis obliqui ext. megkettőzése végeztetett, és ezen esetek közül 2-ben, melyekben én magam végeztem az előző műtétet, a rectushüvely felhasítása is, azonban ezen 2 esetben catguttel varrtam és ez okozhatta, hogy a sérv ezen két esetben pár hét után kiújult.

2. 3 esetben a lágyékcsatorna jól el volt zárva, a recidiva a Poupart-szalag és a szeméremcsont haránt ága között jött létre.

3. 3 esetben, a hol az előző műtét után súlyos genyedés támadt, nagy hiány volt az aponeurosisban és nagy diastasis a Poupart-szalag és izomzat között. Egy további esetben, melyet nem operáltunk meg s a melyben hétszer végeztetett már előzőleg a legkülönbözőbb helyeken sérvműtét, tenyérnyi defectus volt a hasban jelen, melyet mediálisan az elvékonyodott rectus heges széle, lefelé a szeméremcsont harántága, lateralisan és felül a ferde hasizomzat callosus heges széle határolt, a Poupart-szalag nyilván elpusztult.

Tekintve ezeket az eseteket, látjuk, hogy a recidivát vagy a lágyékcsatorna tökéletlen, hiányos elzárása, vagy a Poupart-szalagnak túlságos erővel való felfelé húzása okozza. A tökéletlen elzárás oka lehet tökéletlen műtéti eljárás, minek következtében a lágyékcsatorna vagy egyáltalában nem, vagy csak egy részében, vagy megbizhatatlan gyönge izomelemekkel záratik el, vagy pedig a jól megcsinált varratnak szétválása akár a varratok korai felszívódása, akár genyedés folytán. A genyedés azonfelül, mint láttuk, a lágyékcsatornát környező képletek kiterjedt pusztulására és igy nagy izom- és aponeurosis-diastasisokra vezethet.

A recidivák elkerülését tehát leginkább attól várhatjuk, ha egyfelől jól elzárjuk a lágyékcsatornát, másfelől tel-

* A berlini sebészcongressuson és a magyar sebésztársaság IV. nagygyűlésén tartott előadások nyomán.

** Ezek közül csak 4 esetben végeztem magam az előző műtétet, és pedig 2-szer recidiv sérv miatt operáltam már első izben is (az első műtét másutt történt), 1 első izben 8 év előtt műtött esetben typusosan *Bassini* szerint operáltam.

jes asepsis és fel nem szívódó varróanyag[1] használata által gondoskodunk arról, hogy az elzárás tartós maradjon.

A lágyékcsatorna jó elzárásának feltételei, hogy megbízható erős izomzatot varrjunk a Poupart-szalaghoz és hogy a Poupart-szalagnak ezen izomzattal való egyesítése feszülés nélkül történjék, mert a túlságos feszülés egyfelől a varratok szétválását megkönnyíti, másfelől pedig a Poupart-szalag vongálása által cruralis recidivákra vezet; mivel pedig az obliquus internus teljes vastagságú, „realis“ széle az esetek túlnyomó többségében legalább 2 cm.-nyire van a Poupart-szalag fölött, az izomzatnak a Poupart-szalaggal való feszülés nélküli egyesítését nem érhetjük el másképp, mint a rectushüvely kiterjedt behasításával, a mit *Halsted*, *Berger*, *Wölfler*, nálunk *Herczel* ajánlott először. Lényegesen megerősíti még a csatorna elzárását a *Girard-Berger*-féle aponeurosis-megduplázás. Hiszen kétségtelen, hogy erős izomzat és veleszületett sérvtömlő mellett, így tehát elsősorban gyermeksérvekben, minden további nélkül a sérvtömlő egyszerű magas lekötésével is lehet radicalis eredményt elérni, gyönge izomzat és direct herniák mellett azonban csak a lágyékcsatorna tökéletes és megbízható elzárásától várhatunk sikert és ezért ezen tanulmányok alapján csak újólag és még melegebben ajánlhatom a lágyéksérvek radicalis operálására azt a kombinált eljárást, melyet 8 év előtt ajánlottam,[2] melyet azóta principiell gyakorlok és melynek legfontosabb momentumául a rectus kiterjedt felhasítását tekintem. Az ily módon általam és segédeim által operált esetek száma meghaladja a 900-at, ezek közül recidivával mindössze 6 jelentkezett (rendszeres utánvizsgálás nem történt), közülük 3-ban cruralis recidiva (2 egy egyénen) volt jelen. A másik 3 esetben a recidivát a catgutnek kell tulajdonítani. Megjegyzendő még, hogy e hat esetbe a 2 recidiv sérvműtét után keletkezett recidiva is be van tudva.

[1] A magam részéről a selymet tartom a legjobbnak. Nem kell azonban az összes varratokat selyemmel végezni. Én többnyire úgy járok el, hogy csak oda teszem, a hol a varrat feszülése relative a legnagyobb, a legmedialisabb mély varratot végzem selyemmel s ezenkívül még 1—2 mély selyemvarratot csinálok; a többit catguttel varrom.

[2] Orvosi Hetilap, 1904, 46. sz.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A nem tágítható rectalis és urethralis szűkületek localisatiója x-sugarak segélyével.

Írta: *Uray Vilmos* dr., műtőorvos

I.

A mikor szűkület esetén művileg avatkozunk be, fontos, hogy előre meggyőződjünk a szűkület magasságáról és kiterjedéséről; mert a műtéti beavatkozás módjainak indicatióját a szűkület fekvése, hosszúsága adja meg.

Tudjuk ugyanis, hogy a lobos végbélszűkületek rendesen néhány centiméternyire a musculus sphincter ani externus felett feküsznek; ritkábban nagyobb magasságban is keletkezhetnek. A szűkület kiterjedése rendszerint 1—4 cm. között ingadozik, kivételesen a sigma-bélig vagy colonig is terjedhet. Vannak esetek, a melyekben az egész vastagbélre kiterjedő szűkület van jelen. Bármely más okból létrejött szűkületek ugyancsak nagy ingadozásoknak vannak alávetve.

Természetesen az ilyen eltérések mellett a műtéti beavatkozás módjai is változnak. Közvetlen az analis nyílás felett ülő, vagy ahhoz közelfekvő szűkületek fokáról és kiterjedéséről ujjunk, bougie à boule vagy endoskop segélyével győződhetünk meg. Ha pedig a szűkület oly nagyfokú, hogy ezen vizsgáló eszközöket rajta átvezetni nem sikerül, vagy lobos szűkület esetén, fokozatos tágítással tesszük azokat a vizsgáló eszközök részére hozzáférhetővé. Ezen eljárások segélyével azonban nem érünk czélt minden esetben; mert a szűkületet egy merev, kacskaringós, körkörös heg alkothatja, mely semmiképpen sem alkalmas a tágításra. Előfordulhat, hogy a szűkületen átvezetett bougie à boule-lal ellenállás nélkül magasra felhatolhatunk, holott feljebb egy másik kisebb fokú szűkület lehet jelen, melyet az alsó szűkületen átvezetett bougieval nem állapíthatunk meg, mivel a felső szűkületen könnyen átsiklik.

Midezen nehézségek elkerülése czéljából, főleg pedig a ki nem tágítható heges végbélszűkületek magasságának meghatározására az I. sz. sebészeti klinikán *Dollinger* tanár utasítására bismuth-emulsio befecskendezése után x-sugaras felvételeket készítettünk.

A végbél x-sugaras felvételekor tekintettel kell lennünk a végbél anatomiai elhelyeződésére; a mennyiben dorsoventralis irányban a colon sigmoideum alsó része és a 15—20 cm. hosszú rectum meglehetősen messze a symphysis alá projiciálódik. Ezen távolság kihasználása mellett igyekszünk a medenczegyűrű elülső felének képét kikerülni, a mit oly módon érünk el, hogy a medenczét lehetőleg ferdén állítjuk be; az x-sugarak ilyenkor a medencze tengelyét hegyes szög alatt érik. Legczélszerűbb, ha a felvételt kephalo-excentrikus és ventro-dorsalis irányban készítjük.

Eljárásunkhoz 30 gr. bismuthum subnitricumot 100 gr. langyos vízben suspendáltunk s előzetes hashajtás után, hanyattfekvő helyzetben ezen keveréknek egy részét a szűkületen át vezetett Nélaton-katheteren át a szűkület fölé, másik részét a szűkület alá, közvetlen az analis nyílás fölött, enyhe nyomás mellett befecskendeztük. Rögtön utána x-sugaras felvételt készítettünk. Nélaton-kathetert a végbél erőszakos sérülésének elkerülése végett használtunk.

Ezen eljárást heges végbélszűkület több esetében alkalmaztuk. Az első esetben (1. ábra) 40 éves asszonyról volt szó, kin 8 év óta fennálló, jelentkezésekor lúdtollvastagságú szűkület volt jelen. Az említett módon készített medenczefelvételen a bismuth-emulsióval kitöltött végbél a következő képet nyujtja: az anustól fölfelé egy 3 cm. hosszú, legnagyobb szélességében 0·5 cm. széles árnyékot látunk; 3 cm. magasságban ezen árnyék 2 mm.-re szűkül, itt 4—5 mm.-nyi területen legszűkebb és ettől kezdve ékalakban tágul és a legnagyobb szűkület fölött 4 cm.-re egy 2 cm. széles sávot alkot. Ezen 2 cm. széles sáv ismét 4 cm. hosszúságban halad fölfelé és itt az anus nyílása fölött 12—13 cm.-re gombafejszerűen ellapuló, 9—10 cm. széles árnyékot alkot. A betegen *Dollinger* tanár vaginalis módszerrel a végbél heges részét kiirtotta. A kiirtott béldarab 9 cm. hosszú, kerülete a szűkület fölött körülbelül 10 cm. Izomzata a szűkület fölött megvastagodott, vagy 7 mm. vastag, tömött, fehéres réteget alkot. A resectio vonalában a nyálkahártya mindenütt ép. A végbélnyílás fölött körülbelül 2 cm.-nyire a nyálkahártya kissé kiemelkedő, bekerített széllel megszűnik és körkörösen futó, hosszirányban 3·5—5·5 cm. hosszú területen hiányzik. Felső szélén, ugyanúgy mint alól, a nyálkahártya lekerekített széllel végződik. A nyálkahártyamentes területen a végbél belfelülete meglehetősen sima, heges, tömött tapintatú, szennyes, szürkés, fibrines lepedékkel borított szövet alkotja. A nyálkahártyamentes területnek megfelelőleg a végbél lumene mindinkább szűkül; legnagyobb szűkületét a végbélnyílás fölött 2·5—3 cm. között éri el. E helyen a felvágott végbélnyílás kerülete körülbelül 2 cm. lehet; mindenütt heges, rigid, nem tágítható. A heges alapú fekélynek megfelelőleg a végbél fala és a környező kötőszövet akár 1·5 cm. vastag, kérges, szívós, heges szövetté alakult át, rajta nyálkahártya nincs; az izomréteg sem ismerhető fel mint különálló réteg; hanem néhány a környezetnél kissé fénylőbb, fehérebb, szabálytalanul futó köteg alakjában látszik. A fekélynek megfelelő helyből kimetszett szövettani készítményen lálható, hogy a nyálkahártya teljesen eltűnt, a hámnak nyoma sem látszik, helyette a fekély alapját igen sejtdús sarjszövet alkotja, vékonyfalú kitágult érhálózattal. A legfelületesebb réteg elhalt fibrintörmelékkel átszőtt. A sarjszövet egészen az izomrétegig terjed, lefelé mindinkább rostossá válik s a rostos kötőszöveti kötegek mindenütt gömbsejtesen infiltrálva, az izomrétegbe is beterjednek. Az egyes simaizomkötegeket elég vastag, gömbsejtesen infil-

trált kötőszöveti hálózat veszi körül. A végbélkörüli kötőszövet szintén lobos, gömbsejtesen infiltrált. A sarjszövetben sehol sincsenek tuberculosisra jellemző sajátságok, de luesre jellemző tünetek sem ismerhetők fel. Teljesen ki lehet zárni daganatot is. Ezen esetben tehát a diagnosis helyességét a műtéti autopsia igazolta. Mikor a beteg a klinikáról távozott, székét jól tartotta.

A másik esetben 37 éves nőn ugyancsak 8 év óta fennálló heges szűkület volt jelen, melynek hasonló módon készült x-sugaras képén (2. ábra) az anus fölött 2 cm.-re a körülbelül 4—5 mm. széles sáv 1—2 mm.-re szűkül; ezen legnagyobb szűkület körülbelül 2·5—3 cm. hosszúságú, innen kezdve a rectum tágul és az ampullaris rész körülbelül 9 cm. hosszúságban körülbelül 1 cm. széles árnyékot ad; ettől kezdve a sigmabélnek megfelelőleg a bismuth-árnyék 3—4 cm.-re tágul. A kontrollfelvétel hasonló viszonyokat mutat. Minthogy a betegen igen magasra felterjedő szűkület volt jelen, ennek kiirtásáról le kellett mondanunk s anus praeternaturalist készítettünk.

Ismét egy más esetben 29 éves nőn 3 év óta fennálló heges szűkület meghatározására használtuk fel ezen diagnostikai eljárást. A bismuthemulsiós x-sugaras képen (3. ábra) az analis nyílás felett mintegy 3 cm.-re egy körülbelül 2—3 mm. széles és mintegy 8 cm. hosszú árnyék halad fel, mely ezen magasságban, tehát az analis nyílástól körülbelül 10—11 cm.-re mintegy 3 cm. hosszúságban 1·5 cm.-re tágul, majd egy befűződés után hirtelen a 8 cm. széles és 3—5 cm. hosszú sigmabél árnyékába megy át. *Dollinger* tanár a betegen vaginalis módszerrel a sphincter meghagyásával reszekálta a végbelet. A kiirtott végbéldarab 7 cm. hosszú. A végbélnyílás fölött 1·5—2 cm.-nyire a nyálkahártya ép; a nyálkahártya alatti szövet normalis tapintatú. E fölött a nyálkahártya lekerekített széllel megszűnik, fölötte a nyálkahártya helyén szennyes fibrines lepedékkel fedett, kifekélyesedett felület látszik, mely a kiirtott darab egész felső részében található. A kifekélyesedett résznek megfelelőleg a végbél fala akár 18 mm.-re is megvastagodott, tömött, szívós, heges szövet alkotja, melyben a simaizomrostok fénylő szigetek alakjában látszanak. A bélfal itt egész területében rigid, nem nyujtható, ugyanitt a lumen is erősen megszűkült. Az átvágási vonalnak megfelelőleg a kerülete 5·5 cm., közvetlen az ép nyálkahártya fölött 3 cm. Legnagyobb a szűkület körülbelül 12 mm.-re az ép nyálkahártya fölött, a végbélnyílástól mintegy 3—3·5 cm.-re; itt a kerület a legszűkebb helyen csak 19 mm. Ez az igen erős szűkület mintegy 4—5 mm. gyűrű alakjában van jelen. A szövettani készítményen lobos, specifikus jelleg nélküli sarjszövetet találtunk. A klinikáról való távozása alkalmával a beteg székét jól tartotta.

Egy esetben a 60 éves nő, kin *Dollinger* tanár 13 év előtt végbélszűkület miatt resectiót végzett, körülbelül 10 év óta fennálló székelési zavarokkal jelentkezett. A beteg híg székét nem tudta tartani s így a befecskendezett bismuthemulsio visszafolyt; miért is oly módon jártunk el, hogy a végbélnyílást localis anaesthesiában dohányzacskóvarratokkal egy a végbélbe helyezett puha Nélaton-katheter körül összehúztuk s most a bismuthemulsió befecskendezése után a katheter nyílását elzárva készítettük az x-sugaras felvételt. Az ily módon készült felvételen (4. ábra) a bismuth mintegy 3 cm. széles, körülbelül 20—22 cm.-re mereven felfelé haladó képet ad. Tekintettel az igen magasra terjedő szűkületre, a betegnek colostomia-műtétet ajánlottunk, melybe a beteg nem egyezve, műtét nélkül távozott.

Az eljárást daganat okozta szűkületek pontos meghatározására is használhatjuk.

Egy esetben 14 éves fiún a végbélen székelő daganat volt a szűkület oka. Ezen daganat által okozott szűkület meghatározására hasonló módon x-sugaras, bismuthos felvételt készítettünk (5. ábra). A bismuthtal megtöltött végbél 2 mm. széles és 9 cm. hosszú szűkületet mutatott, mely a tumor középpontjában 1 cm. hosszúságban 1·5 cm.-nyire tágult; a tágulat csipkézett széle arra enged következtetni, hogy a tumor e helyen egyenetlen felületű. A sigmabél szabad. Minthogy a tumor a környezettel szorosan összekapaszkodott, ennek kiirtásáról lemondottunk s a sigmabélen colostomiát végeztünk. A beteg a műtét után két hónapra cachexiás tünetek között meghalt. A megejtett bonczolás szerint a végbél a hólyaggal szívósan összenőtt s nagyon szívós szövet rögzíti a keresztcsonthoz és a kis medencze oldalához is, úgy hogy a végbél majdnem ökölnyi, tömött, kérges daganatszöveten halad keresztül és erősen megszűkül olyannyira, hogy alulról még az ujj hegyét sem fogadta be. A végbél felvágásakor kiderül, hogy a bél fala az anus felett csak 6 cm. távolságig ismerhető fel. Innen lefelé 3—4 cm.-nyi hosszban egészen köröskörül a bélfal hiányzik és itt egy diónyi, dögbűzű, szennyes, szürke, genyszerű tartalommal kitöltött czafatos üreg keletkezett, mely a végbél körüli szívós, kérges, fakó foltokkal tarkázott szövettől van körülvéve. A végbél fala úgy a felső, mint az alsó szélén erősen megvastagodott és vörhenyesen beivódott, daganatos szövettel áthatolt, különösen a nyálkahártya erősen duzzadt és véresen beszürődött. Diagnosis: carcinoma recti exulceratum scirrhosum totaliter circumferens parietem recti in longitudine 4 centrimetrorum totaliter devastans cum propagatione ad cavum vesico-rectale et textum perirectale. Synechiae callosae ibidem.

Más esetben 32 éves férfin 11 hó óta fennálló végbélcarcinoma okozta a szűkületet. Ezen esetben a bismuthos felvételen (6. ábra) látható, hogy a 4—5 cm. széles bismuthárnyék az analis nyílás felett 7·5 cm.-nyire hirtelen gyűrűszerűen, körülbelül 3 mm. hosszban 1·5 cm.-re fűződik be és innen harántirányban 9·5 cm. széles és 5 cm. hosszú árnyékba megy át, mely a sigmabélnek felel meg. Miután a tumor a környező szövetekkel, hólyaggal erősen össze volt kapaszkodva, colostomia műtétére szorítkoztunk.

II.

Az organikus lobos, heges húgycsőszűkületek, minthogy leggyakrabban chronikus gonorrhoeás folyamat következményei, leginkább a pars bulbosának a pars membranaceába átmenő részében szoktak előfordulni, míg a traumás szűkületek rendesen a pars membranaceán ülnek, a hol az urethra a felette fekvő symphysishez való viszonya folytán a gáttájára történő traumák esetében igen könnyen megsérül. Ezen sérülések folytán létrejött hegek utáni szűkületek eseteiben, minthogy tágításra nem alkalmasak, éppen úgy, mint az organikus, lobos, heges húgycsőszűkületek egyes eseteiben a húgycső ezen részének resectiója jön szóba. A beavatkozás előtt meg kell határoznunk, hogy mily kiterjedésű ezen szűkület. Ennek eldöntése sokszor nagy nehézséggel jár, máskor lehetetlen. Igy előfordul többszörös, egymás mögött fekvő, filiformis bougieval is alig átjárható heges, organikus szűkület; máskor egy jelenlevő, de eszközök részére teljesen átjárhatatlan szűkület.

Ilyen esetekben hasonlóképpen, mint a végbélszűkületek eseteiben, *Dollinger* tanár utasítására bismuthemulsiós felvételt készítettünk a szűkület hosszának meghatározására.

Ezen esetekben 5 gr. bismuthum subnitricumot suspendáltunk 10 gr. vízben s ezt egy húgycsőfecskendő segélyével fecskendeztük be az urethrába, melyet a befecskendezés után a makk mögött lekötöttünk.

Ugyancsak figyelembe kell vennünk itt is a húgycső lefutását és a symphysishez való viszonyát. Ugyanis a húgycső fixált része a symphysis alsó csúcsa alatt mintegy 18 mm.-re fut, még pedig a homorú oldalával felfelé tekintő egyenetlen körívben kerüli meg a symphysist. Ha már most feltételezzük, hogy a szűkület a pars membranaceán, mint a symphysis alá eső ponton van, úgy igyekszünk a symphysist kikerülni, hogy a húgycső ezen részét kellőképpen projiciálhassuk, úgy mint rectum-strictura esetében, vagyis ugyancsak kephaloexcentrikus és ventrodorsalis irányban állítjuk be a lámpát.

Ilyen módon készítettünk bismuth-emulsiós felvételt egy 28 éves férfin, ki előzőleg 3 hónappal kazalról létrafokára esett a gáttájára. A betegen a gáttájon a középvonalban körülbelül babnyi resistentia érezhető, mely a külső húgycsőnyílástól 7 cm.-re fekszik s e helyen csak filiformis bougie

halad át. A fent említett módon készült bismuthemulsiós x-sugaras felvételen (7. ábra) a pars cavernosa penis leghátulsó részének és a pars bulbosának megfelelően egy főttbab-alakú, 2·5 cm. hosszú, 1·2 cm. széles, éles szélű árnyékot látunk, mely felfelé a symphysis alsó szélének árnyéka alatt 2 cm.-nyi távolságban hirtelen 0·7 cm.-nyi hosszban megkeskenyedik. Ezen megvékonyodott rész legnagyobb szűkülete körülbelül 1—2 mm. keskeny és aztán felfelé újból tágul. Ezen tágulás körtealakú, alapjával, azaz legszélesebb részével, mely kb. 5—6 mm. széles, a szűkület felé tekint, felső megbetegedett végével pedig a symphysis alsó szélét éri el.

Dollinger tanár az urethra heges részét a perineumon keresztül hatolva reszekálta s az urethrát varratokkal ismét egyesítette. A reszekált darab közepe táján az urethra fala vagy 10 mm. hosszban tömött, heges tapintatú, nyálkahártyája fehérebb a környező ép nyálkahártyánál. A heges rész közepe táján az urethra nyílása annyira megszűkült, hogy csak vékonyabb fajta gombos szonda vezethető keresztül, ez a legnagyobb szűkület körülbelül 4 mm. hosszban tart. A reszekált urethra nyálkahártyája mindkét végén ép. A beteg gyógyultan távozott.

Másik esetben 50 éves férfi jelentkezett, a ki 5 hó előtt létrán felfelé menve, az alatta levő létrafok eltörött s ő gáttájával az alatta levő fokra esett; utána húgycsőszűkület miatt megoperálták, állapota azonban nem javult. Felvételkor a gáttájon egy sagittalis irányban haladó, kb. 8 cm. hosszú heg látható, mely alatt majdnem diónyi kemény resistentia tapintható. Ezen hegvonal körül tűöltésektől származó hegek vannak. Vizelet csak cseppekben ürül, néha teljes retentio jelentkezik, mely spontán oldódik, s ilyenkor a beteg 2 liter vizeletet is ürít.

Az urethrába vezetett szonda a pars membranacea táján, a külső húgycsőnyílástól 12·5 cm.-re megakad; e helyen filiformis bougieval sem lehet áthaladni. A bismuthos x-sugaras képen (8. ábra) a pars cavernosának megfelelőleg egy 4 cm. hosszú, 1 cm. széles árnyékot látunk, mely felfelé mintegy 2—3 mm. hosszban hirtelen 1 mm.-re megkeskenyedik, majd ismét minden átmenet nélkül mintegy koronányi kerek árnyékba megy át, melynek felső széle a symphysis alatt körülbelül 3 cm.-re fekszik. *Dollinger* tanár a heges urethradarabot kimetszette és az urethra két csonkját egyesítette. A beteg gyógyultan távozott.

Felhasználtuk ezen diagnostikai eljárást urethralis fistulák localisatiójának és lefutásának a megállapítására is.

Egy 36 éves férfi, kinek 10 év óta húgycsőszűkülete volt, melyet több ízben tágítottak. 4 év óta vizelete a gáttájon is ürül. Felvételkor a betegen a jobboldali czombgáthajlási redőben egy sipolynyílás van, melyen át vizelés alkalmával a vizelet kis sugáralakban ürül. Az urethra 14. számú bougie számára járható át.

Az ezen esetben készült bismuthos képen látható (9. ábra), hogy az urethra gyengén S-alakú görbületet mutat lefutásában, a két görbület közötti határon rajta egy befűződés van s e helyen egy körülbelül 2 cm. hosszú és 1—2 mm. széles, le- és kifelé futó elágazódás látható. Ezen pont alatt az 1 cm. széles és mintegy 5 cm. hosszú distalis árnyék a pars cavernosának felel meg és gyengén jobbfelé hajlik, míg a befűződéstől proximalisan fekvő, 5 cm. hosszú, 1 cm. szélesen kezdődő, majd 2 cm. lefutás után 3—4 mm. széles, bal felé hajló árnyék felső csúcsával majdnem a symphysist érinti. A betegen állandó katheter bevezetésére a sipolynyílás spontán javult.

* * *

Mivel ez a diagnostikai eljárás tapasztalataink szerint jól bevált s mindezideig alkalmazásakor kellemetlenséget nem észleltünk, hasonló esetekben ezt a vizsgáló módszert ajánljuk. Az ily módon felállított pontos diagnosis a műtét tervének megállapításakor nagyon fontos lehet.

Végül kedves kötelességemnek tartom, hogy köszönetet mondjak mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger* tanárnak az esetek átengedéséért és a szíves útbaigazításokért.

Megfigyelések az általános orvosi gyakorlatból.

Irta: *Vladár Márton László* dr., szt. Erzsébet-zárda-kórházi főorvos.

1. *Köszvény és szembetegség.*

A köszvény genealogiájára vonatkozó ismereteink igen hiányosak. Annyit tudunk róla, hogy a szervezetnek idősült anyagforgalmi zavara, mely főleg a purin-anyagcserére vonatkozik. Ezen anyagforgalmi zavar abban nyilvánul, hogy az intermediaer húgysav-bomlás megakad s a vérnek húgysavval való telitése következtében idősült mérgezési kórkép jő létre, melyet uricaemia néven szoktunk jelezni. Ezzel kapcsolatban azonban, a mint azt főleg a klinikai lefolyás bizonyítja, a vese szűrőképessége is többé-kevésbé csorbát szenved, a minek azután idősült vesesclerosis a következménye. A mi pedig ezen betegségnek symptomatologiáját illeti, úgy tankönyveink, mint az általános orvosi praxis is a kórjelzést oly esetben szokta köszvényre tenni, ha kézzel fogható vagy szemmel látható testi elváltozások, nevezetesen a köszvényes lerakódásoknak a közismert praedilectiós helyeken való megjelenése, a kisebb izületek chronikus gyuladása, időnkénti paroxysmalis exacerbatiók, izületi tophusok, inak felett jelentkező csomók, gastro-intestinalis zavarok stb. jelentkeznek.

S ezekkel a betegség tünettana látszólag ki is van merítve.

Nagy tévedés azonban azt hinni, hogy ez a betegség, a mely a szervezet anyagcseréjében oly mélyreható zavarokat idéz fel, csak ezt a tünetcsoportot provokálhatja. Az orvosi gyakorlatban sok oly eset kerül észlelés alá, a hol a chronikus diathesis uratica gyanuja kell hogy fennálljon még akkor is, ha arthritises zavarok teljesen hiányoznak.

Régóta figyelgetem már, hogy a *szembetegségeknek* különösen két faja az, a mely eminenter a köszvényt vallhatja alapokának; az egyik az idősülten lefolyó és sokszor csak egy szemre korlátozó *ophthalmia catarrhalis*, recte conjunctivitis chronica palpebrarum et bulbi, s a másik az *episcleritis*.

Átnéztem a szemészeti tankönyveknek erre vonatkozó aetiologiai adatait s legnagyobb csodálkozásomra azt kellett tapasztalnom, hogy a szem lobos folyamataiban a köszvényről mint aetiologiai factorról sehol sem történik említés. Ismerjük a traumát, a megerőltetést, az infectiót, a luest, a görvélykórt, a tuberculosist, csak a köszvényt nem. Pedig, hogy ezt az okot mennyire szükséges respektálni, azt két igen instructiv eset kapcsán kívánom bemutatni.

1. Az első eset 48 éves férfit illet, a ki már hat hét óta fennálló jobboldali hurutos ophthalmiával jelentkezett rendelésemen.

A beteg szemorvosi kezelés alatt állott. Anamnesises adatokképpen felemlíti, hogy igen sokat ül, sokat eszik, naponként 1 liter bort megiszik, s már évek óta vándorló izom- és izületi fájdalmakkal vesződik. Az igen jól táplált, erőteljes férfi jobb szemének úgy palpebralis, mint bulbaris kötőhártyája skarlátvörösen belövelt, durván erezett és duzzadt. A szemhéjak vizenyősek, a szemrés szűkült.

A cornea, az iris, a szemfenék ép. A refractio normalis. A bulbus nyomásra érzékeny, a nézés fárasztó. Miután az eddigi gyógykezelés sikerre nem vezetett: ut aliquid fecisse videatur, egyszerű langyos, bórvizes öblögetéseket rendeltem. Harmadnap a beteget typusos podagrás roham, gastrikus zavar, a jobb metatarso-phalangealis izület hevenyés, fájdalmas lobosodása s vele járó láz, ágyhoz szegezte. Tisztán állt előttem a kórkép lényege, de ezzel egyúttal fény derült a makacs ophthalmia okára is. A podagrás rohamot nagy adag aspirinnel és megfelelő diaetával rövid idő alatt coupiroztam s a beteget azután szigorú lactovegetabilis étrendre fogtam. Kiegészítette a kezelést a rendszeres testmozgás, massage, fürdők. A kezelésnek már a 12. napján észrevettem, hogy a gyuladt szem pirossága tetemesen csökkent s a teljes restitutio a 3. hét végén minden érdemleges szemészeti gyógyítás nélkül következett be.

Egy eset ez a tuczatból, a melyhez hasonló, tudom,

hogy más kollegák gyakorlatában is előfordult már és előfordulhat nap-nap után a szemészeti ambulantiákon, a hová az ilyen betegek mégis elsősorban fordulnak tanácsért. Könnyen belátható, hogy a sikeres gyógyítás első feltétele: a betegség mivoltának felismerése. Az ilyen esetekben, a melyekben az egész testet zavaró anyagcserebántalmak okai a fennálló szembajnak, puszta localis kezeléssel czélhoz érni nem lehet. Ne felejtsük el tehát, hogy minden makacs ophthalmiában a mely a souverain gyógyítással szemben makacsul viselkedik, vizsgáljuk meg a beteget köszvényre is.

2. Sokkal érdekesebb azonban második esetem, a mely a mult évben került észlelésem alá. Szabadjon ezt egész terjedelmében közölnöm.

A 34 éves, magas termetű, 102 kilót nyomó, erőteljes nőbetegem már évekkel ezelőtt vándorló izom- és izületi fájdalmakról panaszkodott.

Hévíz és Pöstyén mindig meghozta a kívánt sikert, bár csak időlegesen. A nő feltűnő jól táplálkozik — a mit testsúlya is fényesen bizonyít —, de éppen semmit sem mozog. A háztartással járó obligát mozgáson kívül csak olyankor kerül ki az utczára, ha elodázhatatlan bevásárolni valója van.

Másfél évvel ezelőtt bal szemén, a cornea alsó része körül, félholdalakú területen, hatalmas *episcleritise* keletkezett. A lilásan belövelt terület hurkaszerűen kidagadt és nagyon fájt. A beteg azonnal szakorvos segítségét vette igénybe, a ki baja ellen állandóan atropinozást és unguentum cinereum-bedörzsöléseket rendelt. A nő 60 bedörzsölést végzett s azután nagy adagban jodkaliumot szedett.

Az egész kúra alatt sötét szobában tartózkodott. Három hónapi ilyetén kezelés után a fájdalmak némileg enyhültek, de a lobosodás rendületlenül tovább fennállott. Kilencz hónap mulva újabb 30 bedörzsölést végzett s folytatólagosan 2 hónapi tartózkodásra Szliácsra utazott. A szliácsi tartózkodás valamit javított a helyzeten, mert a szem kissé megpihent s a beteg abban a kellemes hitben került ismét haza, hogy a javulás most már fokozatosan a gyógyulás révébe fog terelődni. A beteg azonban még jóformán meg sem melegedett idehaza, a mikor augusztus hó végén elementaris erővel tört ki ismét az episcleritis, óriási bulbusérzékenységgel s neuralgiás fájdalmakkal a homlokban és halántékban. Egyúttal azonban a cornea külső limbusa körül is egy vaskos, ínszerű, a centrum felé haladó infiltratum keletkezett, melyet a szemészet *keratitis sclerotisansnak* ismer. Ennek a kimenetele a legtöbb esetben rossz szokott lenni. Minthogy a szakorvos által újabban ajánlott kenőkúrába a beteg nem akar belemenni, kollegám azon levélbeli kérdésére, hogy nem foroghat-e fenn jelen szembetegségben tuberculosis mint ok, felhatalmazva éreztem magam, hogy az aetiologia tisztázása szempontjából általános orvosi vizsgálatnak vessem alá a beteget. Ismerem a nőt és családját évek óta s ezért a tuberculosist és luest már eleve kizárhattam.

A vérvizsgálat (*Doktor*) eredménye többszörös controllvizsgálattal szemben teljesen negativ Wassermann.

A vér fajsúlya 1062, tehát a normalisnál nagyobb. Köbmilliméterenkint 4 millió vörös és 8000 fehér vérsejtet tartalmaz. Tehát sem leukocytosis, sem leukopenia nincs jelen. A haemoglobin-tartalom 72%.

A fehér vérsejtek aránya egymáshoz közel normalis, kissé több a lymphocyta a neutrophil polynuclearisok rovására, 70% neutrophil, 2% eosinophil, 27% lymphocyta, 1% átmeneti alak. A *May-Grünwald-Giemsa* kettős festéssel kisfokú anisocytosis.

A vérben *húgysav és húgysavas sók* nagyobb mennyiségben találtattak, a mi a vizeletvizsgálattal megegyezik. Parasita nem találtatott.

A vizeletvizsgálat eredménye (*Doktor*): A vizelet világossárga, diffuse zavaros, savi vegyhatású. Fajsúlya 1016, redukáló képessége erős. Víztartalma 962·72, a szilárd alkotórészek mennyisége 37·28. A húgysavtöbblet oldott állapotban van, fehérje és czukor nincs.

Összevetve tehát mindazt, a mit vizsgálat által ezen betegen kideríteni lehetett, a kórkép következőleg alakul: ülő életmódot folytató és igen jól táplálkozó anaemiás nő évek óta úgynevezett vándorló csúzos fájdalmakkal vesződik s másfél év előtt egy minden gyógyítással szemben makacsul viselkedő episcleritisben és keratitis sclerotisansban betegszik meg.

A beteg vérének és vizeletének vizsgálata positive kimutatja, hogy a szervezet húgysavval van telítve. Ezen alapon tehát köszvényt kellett diagnoskálni és bátran supponálnom kellett azt is, hogy a szembetegség okát ezen betegségben kell keresnem.

A gyógyítás menetét, ezen alapon indulva, a következő módon állapítottam meg:

a) Életmód: felkelés reggel 7-kor, séta délelőtt 11—12-ig, délután 4—5-ig.

b) Physicalis kezelés: reggel langyos, 26° R. félfürdő ledörzsöléssel s utána massage-zsal.

c) Étrend: lehetőleg lactovegetabilis, hetenként 3-szor 200 gramm sovány borju- vagy marhahús. Ebéd és vacsora után egy-egy degrasin-tabletta. Teljes sör- és bortilalom. Italul 1 liter Hungária-forrásvíz, a bővebb diuresis előmozdítása czéljából.

Beszüntettük a jodkalium szedését és a szem atropinozását.

Ezen étrend mellett betegem körülbelül 2000—2200 caloria értékű táplálóanyagot vett magához s az étrendet nemcsak az uratismusra, hanem az obesitasra való tekintetből is úgy kellett összeállítanom, hogy az élénkebb anyagcserét egyúttal bizonyos fokú lesoványítással hozzam kapcsolatba. A kúra hatása mondhatom frappáns volt, mert már az első hét végén evidensen láthattuk a lohadást és halványodást az episcleritises infiltratumon s a második hét végén már a cornealis infiltratum is megmozdult. Négy hét alatt a cornea teljesen feltisztult és a staphylomaszerű púp is visszament.

November végével eltűnt a lobos sclera lilaszínű daganata s ma már csak kissé sárgásan festett folt jelzi a másfél évig fennállott, sok kínos szenvedést okozott gyuladást.

A subjectiv állapot kitünő, a testsúly ma 85 kiló.

A köszvényes diathesisnek aetiologiai szerepe ezen szembetegségben minden kétségen felül bebizonyítottnak tekinthető.

Hogy ilyen és ehhez hasonló észlelésemmel nem állok egyedül, hivatkozom *Doktor Károly* dr.-nak a Klinikai füzetek 1911 november havi számában közzétett dolgozatára, a melyben ugyancsak egy makacs episcleritis-esetről számol be, mely évekig bántotta betegét s a melyben a vérvizsgálat vezetett szintén a helyes nyomra. E beteg vérének 10 cm^3-ében 0·7 milligramm húgysav volt jelen. Purinmentes étrendre, meleg fürdőkre és radiuminhalatiókra a szem megjavult s a húgysav vérbeli mennyisége 0·3 milligrammra szállott alá.

Ezen kóresetek különösen két irányban fontosak és instructivek. *Először azért, mert feltétlenül bizonyítják, hogy egyes gyuladásos szembetegségek és ezek között elsősorban az episcleritis eddigi homályos aetiologiájában a köszvény mint kórokozó tényező fontos szerepet játszik és azt többé mellőzni nem szabad,* s másodszor azért, mert nyilvánvaló, hogy minden olyan esetben, a mikor uratismusra áll fönn a gyanu, nem szabad megelégedni a vizeletben jelentkező exogen húgysav kimutatásával, hanem *vérvizsgálatot* is kell végezni *az endogen* húgysavmennyiség kimutatására. Ugy a *Roethlisberger*-féle húgysavkémlés, mint a purinanyagcserének a *Walker-Hall*-féle purinometerrel való vizsgálata szolgálhat ez irányban teljes felvilágosítással.

2. *Idiosyncrasia heroin iránt.*

A heroinum purum és ennek sósavas sója: a heroinum hydrochloricum gyógyszerkincsünknek újabb szerzeményei. Vegyi összetételében a morphin diacetsavestere. A narcosisos csoport összes alkaloidái közül őt illeti meg az első hely abban a tekintetben, hogy már csekély adagokban is a légzési centrumra tud hatni, *s ezért mint antiasthmaticum és köhögést csillapító szer fölötte áll a többi narcoticumnak.* Mindazon esetekben, a mikor például tracheobronchitissel járó

köhögési inger csillapításáról, vagy az ezzel járó dyspnoë enyhítéséről van szó, vagy akkor például, a mikor kimondott asthmás egyének folytontartó légzési zavarait kell enyhíteni, a heroin megbecsülhetlen.

Ilyenkor egyáltalában kár a dioninnal vagy codeinnal experimentálni, ezeknek gyógyértéke igen kétes.

A köhögési inger s a vele járó dyspnoës zavarok nagy türelmi próbára tehetik a beteget s ezért, ha betegünknek használni akarunk, a heroinban mindig meg fogjuk találni azt a gyógyszert, mely már kis adagban is prompt hatást fejt ki a nélkül, hogy a dosist fokozatosan emelni kellene, mint például a morphiumot, melyet rövidesen megszok a beteg. A heroinnal szemben ezt a megszokást alig tapasztalni, s így egy és ugyanazon dosis éveken át is mindig ugyanazt a hatást fogja kifejteni, a mi természetesen fontos például olyan egyéneken, a kik bizonyos gyógyszer sedativ hatására éveken át vannak utalva.

A heroinnal azonban értékes gyógyszerhatástani tulajdonságai mellett *igen óvatosan* kell bánni, mert hatása csakugyan heroikus. Általában azt ajánlják, hogy pro dosi 0·005—0·01, vagyis fél és egy centigrammot adjunk belőle felnőtteknek. Önmagamon és évek óta nagy sereg betegen próbáltam ki e szert és arra a meggyőződésre jutottam, hogy ismeretlen tolerantiájú betegnek, a ki ezt a gyógyszert még nem vette be, *fél centigramm* (= 0·005) *legyen a kezdő maximalis dosis.* Sokszor már ez a csekély adag is intoxicatiós tüneteket idéz elő; figyeljék meg betegeiket és kérdezzék ki alaposan, hogy mit éreznek, ha heroint vettek be. Az egyik beteg már néhány negyedóra multán megérzi kellemes sedativ hatást, a köhögési inger csillapodását, a kellemetlen mellszorongás és mellnyomás megszűnését a nélkül azonban, hogy más zavarok társulnának a szer bágyasztó hatásához. A másik betegen szintén beáll a csillapító hatás, de vele együtt kellemetlen szédülés, émelygés, sőt hányásinger is. Itt tehát túlmentünk már a tolerantia határán. Kórházi osztályomon, a hol különösen a téli évszakban sok a hurutos beteg és ennek következtében sokat hallom betegeimet panaszkodni köhögés és légzési zavarok miatt, az összes ilyenfajta gyógyszer közül a heroint szeretem elsősorban rendelni, mert már igen kis adagokkal is sokat tudok elérni.

A heroinum hydrochloricumot porokban, cseppekben vagy mixturában rendelhetjük.

A porokat kétféle erősségben ajánlom használni és pedig: 1. Rp. Heroini muriatici (Diacetylmorphini mur.) *centigrta tria = 0·03;* Sachari albi *grta quinque 5·0.* M. f. p. d. in d. aequ. *No. X.* D. S. 2—3 port naponként. — 2. Rp. Heroini muriatici *centigrta quinque 0·05;* Sachari albi *grta quinque 5·0.* M. f. p. d. in d. aequ. *No. X.* D. 2—3 port naponként.

Intelligensebb és megbízható betegnek cseppekben is rendelhető: Rp. Heroini hydrochlorici *centigrta decem 0·10;* Aqu. amygdal. amar. *grta decem 10·0.* Det. ad vitr. guttator. S. 3 × naponként 8 cseppet.

Figyelmeztetek mindenkit, hogy ezen 1%-os oldatból kezdő adagnak *8 cseppnél többet* sohasem rendeljünk és csak akkor haladjunk guttatim feljebb, ha a beteg tolerantiájáról vagy az adag elégtelenségéről meggyőződtünk. Ezt a megszorítást és figyelmeztetést nem ok nélkül tartom szükségesnek hangsúlyozni, mert a heroinnal szemben a test oly érzékeny, hogy már 1 cseppnyi differentiát is megérez, a mint azt mindenki magán kipróbálhatja.

Mixturákban rendelhetjük althaeával, ipecacuanhával vagy senegával kapcsolatban, ha e szerek oldó hatása mellett esetleg sedativumra is van szükség.

Feltűnő jó hatását tapasztaltam e szernek gyermekek bronchitisében és itt első sorban *a kanyaró okozta izgatott köhögés* esetén. Semmi sem szünteti a kanyarós beteg légző szerveinek izgalmát oly jól, mint a heroin. Rendelhetünk:

Rp. Dct. radic. althaeae *2—3:100,* vagy Inf. rad. ipecacuanhae *0·10:100,* vagy Dct. radic. pol. Senegae *2—3:100;* Heroini muriatici *centigrma unum 0·01;* Syrupi simplicis *10·0.* M. D. A gyermek kora szerint óránként vagy kétóránként 1 kávéskanálnyit.

Láttam kanyarós eseteket, a melyekben a kis beteg formálisan átaludta betegségét s alig köhögött valamit. Hogy pedig ez mit jelent a kanyaróban, a mely rendszerint a gyermek közérzését oly mélységesen szokta alterálni, tudhatja minden gyakorló orvos. Bátran merem állítani, hogy a kanyaró okozta bronchialis zavarok csillapítására a heroin oly idealis szer, a mely mellett a többi számba sem jöhet. Lehet, hogy ezen tapasztalatommal teljesen izoláltan állok, való azonban az, hogy hatásával — legalább a magam részéről — annyira meg vagyok elégedve, hogy ezidőszerint más szerekkel meg sem próbálkozom.

Kötelességemnek tartottam a heroin adagolásáról ezeket bővebben elmondani, mert a ki betartja és respektálja ezeket, nemcsak hogy therapeutice eléri azt, a mi elérhető, hanem kikerüli egyúttal a kellemetlenségeket és főleg a szemrehányásokat, a melyekkel betegeink bennünket a praxisban traktálni szoktak, ha valamely gyógyszer dosisát nem találtuk meg egyszerre s nem szabtuk az egyén individualitásához.

Mindannak daczára, hogy ezen kiváló értékű szernek adagját — legalább első rendelésem alkalmával — soha túl nem lépem, legutóbb egy igen kellemetlen idiosyncrasiát tapasztaltam egy nőbetegemen, a ki influenzás bronchitise miatt, kínzó köhögési ingere csillapítására hiába szedett morphint és codeint, és a kinek a szokásos 0·005-os heroinporokat rendeltem. Az első por bevétele után már ½ óra mulva erős szédülés és ájuldozás állott be, szívverése meggyengült, hideg verejték lepte el testét, s az állalatti tájon oedemás beszüremkedés jelentkezett, mely még a légzést is megnehezítette. Meggyőződtem arról, hogy a szer expediálásában hiba nem történt, s az egész kellemetlen incidens a nő anaphylaxiás állapotára volt visszavezethető. Ugyanezen nő intolerans az aspirinnel szemben is.

A mikor e sorokat irom, kezembe kerül *Fraenkel A.* tanár közleménye a Therapeutische Monatshefte 1912. évi 1. számában, melyben a heroin bőr alá fecskendezéséről értekezik asthma cardiale eseteiben. Nagy örömömre szolgál, hogy az, a mit a heroin pharmakodynamikai hatásáról elmond, majdnem szó szerint egyezik az én eddigi tapasztalataimmal. Való az, hogy sem a morphin, sem a többi narcoticum nem szállítja le a légzési centrum ingerlékenységét oly mértékben, mint a heroín. Asthma cardiale eseteiben, a mikor a többszörös morphiuminjectio hatása már kimerült, a heroín 0·01 adagban mindig hat, és a mi lényeges, hatásában nem merül ki még hetek multával sem, a mi természetesen előny úgy a betegre, mint az orvosra. Czélszerűnek láttam olyan esetekben, a mikor betegeimen sűrűn jelentkeztek asthma bronchiale- vagy cardiale-rohamok, az egyszerű morphin-oldat helyett morphin-heroin-combinatiót használni a következő vény szerint: Rp. Morphii hydrochlorici *centigrta decem—quindecim 0·10—0·15;* Heroini hydrochlorici *centigrta tria 0·03;* Aquae destill. s. *grta decem 10·0.* M. D. S. 1 teljes Pravaz-fecskendővel a bőr alá.

E combinatióban igen tökéletesen egyesül a két szer kiváló antiasthmás hatása.

Az elmondottak után felhívom kartársaim figyelmét ezen szer kiváló therapiás előnyeire, hangsúlyozva még egyszer, hogy az, a mit az adagolás nagyságára nézve közöltem, hosszabb tapasztalatom alapján gyökeredzett meg bennem, s attól eltérni senkinek sem ajánlom.

Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőr-bujakórtani klinikájáról és kórbonczolástani intézetéből.

Szövettani és kisérletes vizsgálatok a salvarsan-halálra vonatkozólag.

Irta: ***Marschalkó Tamás*** dr. tanár és ***Veszprémi Dezső*** dr. tanár.

(Vége.)

II. Állatkisérleteink *második* részében ama kérdés tisztázását tűztük ki czélul, mennyiben bir jogosultsággal az a *Wechselmann* által hangoztatott feltevés, hogy a párolt vízben levő, sokszor nagy mennyiségű bacterium proteinje — ha maguk a bacteriumok felfőzés által el is öletnek — a salvarsan toxicitását fokozni tudja? És ha igen, mily mérték-

ben? Más szóval, hogy az úgynevezett „*vízhibának*“ (Wasserfehler) van-e nagyobb szerepe a salvarsanmérgezésekben?

Egyikünk (*Marschalkó*) kezdetben klinikai észleletei alapján hívője volt a *Wechselmann*-féle theoriának, mert azt tapasztalta, hogy mióta a salvarsan oldásához szükséges konyhasós vizet klinikáján csakis frissen párolt vízből készítik, egy ideig majdnem semmiféle mellékhatásokat sem észleltek az intravenás fecskendezések után. Igaz, hogy ez a hite a *Wechselmann*-féle theoriában nemsokára azután jelentékenyen megcsappant, a mikor t. i. a friss destillálás és a kezdettől fogva betartott óvatos adagolás ellenére párszor oly esetekben is erősebb melléktünetek jelentkeztek az intravenás salvarsan-injectiók közvetlen folyományaként, a melyekben erre nem voltak elkészülve; tehát nemcsak friss eruptióban levő, még nem kezelt recens syphilis-esetekben, a melyekben szabályszerűleg jelentkezik erősebb reactio az injectio után, a mely azonban gyorsan el is szokott múlni és a melyet más szerzőkkel egyetértően mi is a spirochaeták tömeges szétesésekor szabaddá lett endotoxinok felszívódásából magyarázunk.

Mindez már régebben bizonyossá tette előtte azt, hogy a „melléktünetek“-ért csak részben és csak némely esetben lehetne a „vízhibát“ felelőssé tenni és hogy azok nem egyebek, mint mérgezés-tünetek, a melyek bizony legnagyobbrészt a salvarsan rovására esnek.

Midőn tehát az első „encephalitis“ salvarsan-haláleseteket publikálták, semmi kétséget sem táplált a felől, hogy azoknak a vízhibához semmi közük sem lehet. Nézete szerint éppen az a némely — és pedig előkelő — helyről megnyilatkozó törekvés, hogy ezeknek a haláleseteknek okát más, a salvarsantól független tényezőkben — elsősorban a „vízhibában“ — keressük, volt az oka annak, hogy sokak szemében nemcsak az utóbbi, de maga a salvarsan is discreditálva lett.

Annál fontosabb volt eldönteni, hogy *Wechselmann* theoriáját csakugyan támogatja-e az állatkisérlet is. *Yakimoff* és *neje*[8] ugyanis *Ehrlich* megbízásából végeztek ez utóbbinak intézetében állatkisérleteket, a melyeknek eredménye az volt, hogy a coli-bacterium endotoxinja már kis mennyiségben is $2^1/_2$-szeresre fokozza a salvarsan toxicitását fehér egerekben, ha pedig az állatok előbb trypanosomákkal inficiáltattak, gyenge fertőzés esetén nyolczszoros-, erős fertőzésnél pedig legalább 16-szorosra emelkedik a toxicitás az endotoxinok következtében. Ők más pathogen csírákkal is kisérleteztek többé-kevésbé hasonló eredménynyel.

Mi ellenben abban a véleményben voltunk, hogy *ama kérdés eldöntésére, vajjon a párolt vízben tenyésző — bár elölt — bacteriumok tudják-e a salvarsan toxicitását fokozni, az állatkisérletek alkalmával is csak ezek a bacteriumok, tehát banalis vízbacteriumok*, nem pedig pathogen csírák használhatók fel.

E czélból a 10 kolozsvári gyógyszertár valamennyijéből, beleértve az egyetemi gyógyszertárat is, párolt vizet szereztünk be s az egyes vizeket először bacteriumtartalmukra vizsgáltuk meg, miközben csak azok mennyiségére, nem pedig minőségére voltunk tekintettel. Azt találtuk, hogy 3 gyógyszertár párolt vize, ezek között az egyetemi gyógyszertáré is, meglehetősen steril, a többié ellenben többé-kevésbé bacteriumokkal szennyezett volt. További kisérleteinkhez azt a vizet választottuk, a mely a legtöbb csírát tartalmazta, kb. 230.000 *kultura* fejlődött 1 cm³-ből. És pedig részben magát a vizet, illetve annak centrifugatumát használtuk fel, részben meg levestenyészeteket csináltunk és a $2^1/_2$ napos tenyészetből $0{\cdot}5\%$ konyhasós vízzel 10%-os emulsiót készítettünk (20 cm³ kultura + 180 cm³ konyhasós víz). Mindkettőt előbb jól felfőztük (legalább $^1/_2$ óráig) s ezután részint magukban, részint pedig salvarsannal fecskendeztük be házinyulak gyüjtőerébe.

E kisérleteink eredményei röviden a következők:

1. *Salvarsan nélkül egymagában sem a szennyezett víz, sem pedig a bacteriumkulturák befecskendezése semmiféle káros hatással sem volt:* a kisérleti állatok még az igen magas adagot (10 cm³ emulsio, azaz 1 cm³ kultura pro kilogramm) is egészen jól tűrték és nemcsak valamennyien életben maradtak, de még láz sem mutatkozott a befecskendezés után.

2. *A szennyezett víz + salvarsan, vagy a bacteriumkultura + salvarsan befecskendezésére* az állatok következőképp reagáltak:

a) Valamennyi állat, a mely kevesebb, mint 0·08 salvarsant kapott pro kilogramm, életben maradt.

b) 5 állat közül, a melyek 0·08 salvarsant kaptak pro kilogramm, 4 elpusztult, és pedig 1 azonnal (valószínűleg műhiba, túlságos gyors beáramoltatása a folyadéknak), 2 pár óra mulva, 1 pár nap mulva; a kontrollállatok valamennyien életben maradtak.

Nem tagadhatjuk, hogy ez a kisérleti eredmény bizonyos csalódást jelentett számunkra, mert azt mutatta, hogy az úgynevezett vízhibának — legalább oly értelemben, hogy a vízben levő bacteriumhullák emelnék a salvarsan toxicitását — jelentőséget tulajdonítani nem lehet; hisz láttuk, hogy a salvarsan mérgező hatása — ha mutatott is valami minimalis emelkedést — számbavehetőleg nem növekedett; másrészt azonban nem zárkózhatunk el ama ellenvetés jogosultsága elől sem, hogy e kisérleteink sokkal kevesebb számúak, semhogy messzemenő következtetéseket vonhatnánk le belőlük.

Bárhogy áll is azonban a dolog, *ama követelményhez, hogy a salvarsan intravenás befecskendezésére csak frissen destillált vizet használjunk, ezentúl is ragaszkodnunk kell*, mert ennek a helyességét a klinikai tapasztalás igazolja, a melyet lekicsinyelni nem lehet és utóvégre is e követelmény jogosultságának — ha *Wechselmann* theoriája a bacteriumhullákról nem is állja meg a helyét — más alapja is lehet.

* * *

Ha most már az elmondottakhoz pár *epikritikai* megjegyzést akarunk fűzni és azokat a tanulságokat vázolni, a melyeket vizsgálatainkból a *klinikus* leszűrhet: összevetve ezek eredményeit azokkal a tapasztalásokkal, melyeket a salvarsannal eddig szereztünk, azt kell mondanunk, hogy minket az említett sajnálatos haláleset sem tudott ama meggyőződésben megingatni, a melynek egyikünk már régebben kifejezést adott a nyilvánosság előtt is, hogy a salvarsan hatalmas antisyphiliticum, a mely óriási haladást jelent a syphilis therapiájában, úgy hogy modern syphilisgyógyítást salvarsan nélkül már elképzelni sem tudna magának, habár azt mindig kénesőkezeléssel kombinálva alkalmazza is. Ama haláleset, meg az a többi úgynevezett enkephalitis-haláleset szerintünk csak azt bizonyítja, hogy *oly szer, a melynek oly hatalmas gyógyító hatása van, semmiképpen sem lehet indifferens a szervezetre nézve* s így annak alkalmazásakor óvatosság van helyén, mindenesetre sokkal nagyobb óvatosság az adagoláskor, mint azt manapság az orvosok nagy része követi, különösen ha intravenás befecskendezésekről és elsősorban, ha a salvarsan első ízben való alkalmazásáról van szó.

A hiba ott történt, hogy egy, a syphilis gyógyításakor a legtöbb esetben elérhetetlen czélt, a sterilisatio magná-t hajszolva, a melynek lehetősége csak a betegség legkezdetibb időszakában, pár hetes sclerosis mellett van meg, a balsikert nem a czél elérhetetlenségének, hanem az adag kicsinységének tudták be és igen előkelő helyről adták ki a jelszót, hogy bátran lehet nagyobb adagokat alkalmazni.

Elfelejtkeztek azonban arról, hogy óriási különbséget jelent a mérgezés veszélye tekintetében az, hogy a szert *intramuscularisan vagy intravenásan* alkalmazzuk-e; és elfelejtkeztek arról is, hogy a *salvarsan már régen kikerült a klinikák és kórházak laboratoriumaiból és műtőtermeiből a nagy orvosi közönséghez* és hogy azt a gyakorló orvosoknak egy része nemcsak intramuscularis, hanem intravenás alakban is alkalmazni fogja és hogy az a collega, a kinek nem volt alkalma előbb a „606“-ot klinikákon és kórházakban 100 és 100 esetben óvatosan kipróbálni — tehát a legtöbbje

[8] Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 49. sz.

—, ha a salvarsant betegén alkalmazza, *az adagolás tekintetében is tisztán arra van utalva, a mit előadásokon vagy szaklapokban olyanoktól hall vagy olvas, a kik a salvarsan terén nagy tapasztalásokkal rendelkeznek.* Ha pedig itt igen előkelő helyről jövő közlésekből azt hallja vagy olvassa, hogy a salvarsant bátran lehet 0·5—0·6 grammnyi adagokban intravenás befecskendezések alakjában alkalmazni és e befecskendezéseket 3—4 napos időközökben egymás után 4—5-ször is meg lehet ismételni még gyengébb egyéneken is minden kár nélkül: akkor nem lehet hibáztatni, ha egész nyugodtan nyúl az úgynevezett „teljes adaghoz" és adja azt be betegének gyüjtőerébe, abban a tudatban, hogy hacsak a műtét végzésekor szükséges cautelákat az asepsis stb. tekintetében betartja, maga a salvarsan betegének nem okozhat kárt.

Élénken illusztrálja ezt esetünk is, a melyben a vézna és kissé megviselt beteg, a ki ruhával együtt alig 60 kilogrammot nyomott, 0·60, illetve egy műhiba következtében, minthogy az első beszúrás a gyüjtőérbe nem sikerült s a folyadék egy része kárba ment, 0·53 salvarsant kapott. Sajnos, hogy ez a mennyiség is elegendő volt ahhoz, hogy halálos mérgezést okozzon.

Ha az ily haláleseteket a jövőben lehetőleg egészen ki akarjuk küszöbölni, akkor az adagoláskor, különösen a kezdőadag meghatározásakor sokkal nagyobb óvatossággal kell eljárni, mint azt ma a legtöbben teszik.

Határozottan ragaszkodnunk kell ahhoz, hogy a salvarsannak emberre nézve kezdetben megállapított tűrt adagja, 0·01 pro kilogramm testsúly, túlmagas; e mellett az erősen ható gyógyszereknek tisztán a testsúly szerinti adagolása szintén nem elégíti ki a klinikust, mert nem szabad elfelejteni, hogy nem mindig a legsúlyosabb ember bir a legnagyobb ellenállóképességgel.

A salvarsan kezdeti adagául intravenás fecskendezések eseteiben ritkán haladta túl egyikünk a 0·005-t pro kilogramm testsúly; e körülménynek köszönhető, hogy több mint 2000, a klinikán végzett intravenás salvarsan-injectio közül egyetlen halálos kimenetelű sem volt.

Ezt az óvatos adagolást azonban csak kezdetben követtük *elővigyázatból*, később már *meggyőződésből*. Tapasztalásaink nyomán ugyanis *határozottan kétségbe kell vonnunk azt, hogy az egyszeri nagy adag hatásosabb, mint az — esetleg többször — megismételt kisebb adagok, sőt hogy — legalább a legtöbb esetben — a kisebb adaggal ne lehetne elérni azt az eredményt, csakhogy a mérgezés veszedelme nélkül, mint a nagyobbal.* Erre nézve bizonyítékaink is vannak.

Más szerzőkhöz hasonlóan, a kik sok syphilisbeteget kezelnek salvarsannal, egyikünk több oly eset felett rendelkezik már, a hol egészen a kezdeti syphilisben, pár napos vagy pár hetes sklerosisban — positiv spirochaeta-lelet, de nagyobbrészt még negativ vagy éppen csak kezdődő positiv Wassermann-reactio mellett — *a betegségnek abortiója látszólag sikerült.* Ezek a betegek — legnagyobbrészt intelligens emberek — $^1/_2$—$1^1/_2$ év óta állanak megfigyelés alatt, a betegség legcsekélyebb jele sem mutatkozik rajtuk s a Wassermann-reactio állandóan negativ. Ezeknek az eseteknek a száma már meghaladja a huszat; bizonynyal lenne több ilyen is, de csak ennyit tudtunk állandóan evidentiában tartani. E betegeket nagyobbrészt salvarsan + kénesővel gyógyítottuk — egyikünknek már kezdettől hangoztatott és követelt principiuma szerint —, és pedig egy vagy két intravenás salvarsan-injectióval és a kettő közé beiktatott, illetőleg az első injectiót követő, kiadó 40—50 inunctióval.

Egyetlen beteg sem kapott azonban egyszerre nagyobb adag salvarsant, mint 0·3, legfeljebb 0·4-et intravenásan, és pedig 9 beteg csak egy injectiót; e 9 közül 3 csak ezt az egyetlen salvarsan-injectiót kapta, a másik 6 kénesőkúrát is.

Tehát ama ritka esetekben, a melyekben abortio egyáltalában lehetséges, ezt egyetlen kisebb adag salvarsan-befecskendezéssel is el lehet érni.

Hogy a beteg helytelen magatartása az injectio után szintén kedvezőtlenül befolyásolhatja a salvarsanmérgezést, arra nézve a legtöbb szerző véleménye megegyezik; különösen a hosszantartó vasuti utazás közvetlenül az injectio után az, a minek káros hatása lehet, a mit *Ehrlich* is hangsúlyoz. Esetünkben is valószínűleg része volt annak a mérgezés végzetessé válásában.

Egyikünk már kezdettől fogva aggályosnak tartotta az intravenás salvarsan-fecskendezések ambuláns alkalmazását, most még inkább annak tartja.

* * *

Fejtegetéseink végéhez értünk. Ugy véljük, senki sem vetheti szemünkre, hogy nem igyekeztünk teljesen objectivek maradni.

De úgy véljük, hogy minél őszintébb híve valaki a salvarsannak és minél nagyobb tisztelettel és elismeréssel viseltetik az ősz tudós iránt, a ki azt felfedezte, annál inkább érzi a szükségét annak, hogy szakítsunk már végre azzal a struczmadár-politikával, a mely a helyett, hogy objective igyekeznék e halálesetek valódi okát felderíteni, hogy aztán el is lehessen azokat kerülni, mindenféle kibuvót keres, mellékkörülményekben keresi az okot s a salvarsan mérgező hatását egyszerűen letagadja. Ez a főoka annak, hogy a bizalmatlanság, a mely bizonyos orvosi körökben e különben oly csodálatos szer irányában lábra kapott, folyton terjed.

Csak ha objectiv munkásság által mind szélesebb orvosi körökben fel tudjuk kelteni azt a meggyőződést, hogy egyáltalán nincs okunk nem beszélni salvarsanmérgezésről, épp úgy, mint a hogy kénesőmérgezésről is beszélünk, annál kevésbé, mert hisz óvatos adagolás mellett e mérgező hatást egészen jól el lehet kerülni, a nélkül, hogy a szer kiváló gyógyító hatásáról különben le kellene mondanunk, csak akkor fog az orvosok nagy részének most látszólag jogos bizalmatlansága a salvarsan irányában megszűnni, a mi — teljes meggyőződéssel mondhatjuk — az egész szenvedő emberiségnek az érdeke.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Manninger Vilmos és Verebély Tibor: A sebészet tankönyve. II. rész: *A szervek sebészete.* Mai Henrik és fia kiadása. Ára 12 korona.

Örömmel üdvözöljük *Manninger* és *Verebély* sebészeti tankönyvének II. részét, melylyel ezen hazai irodalmunkban valóban hézagpótló munka általános része befejezést is nyer. *Manninger* a vérerek, a nyirokrendszer, az idegek, az izmok, inak és nyálkatömlők, *Verebély* a bőr, a csontok és izületek sebészetét irta meg. A tárgyalás menete minden fejezetben egységes — általános anatomiai és physiologiai bevezetés után a világra hozott rendellenességekre, a sérülésekre, gyuladásokra és correlatiós betegségekre vonatkozó kórbonczolástani, kórtani és klinikai tények méltatása következik s a fejezetet az odatartozó műtéti technikai eljárások általános ismertetése fejezi be —, csak a vérerek fejezetében adja a szerző a főbb verőerek felkeresésének leirását is.

A szerzők themájukat a munkájuk I. részéből már ismert nagy alapossággal, széleskörű tudással és kiváló gyakorlati érzékkel dolgozták fel és így minden tekintetben hasznos és élvezetes művet nyujtottak, mely nemcsak az orvostanhallgatóknak fog mint tankönyv jó szolgálatot tenni, hanem még sokkal inkább az általános és a sebészi gyakorlat terén működő kész orvosoknak, kik az általános sebészet valamelyik kérdéséről gyors és megbízható tájékozódást óhajtanak kapni.

P.

Új könyvek:

H. Bayer: Ueber Vererbung und Rassenhygiene. Jena, G. Fischer. 2 m. — *E. Ihm:* Die Myomnekrose während der Schwangerschaft. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m. — *N. Jagic:* Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefässerkrankungen. Band III. Teil 1. Wien, F. Deuticke. 15 m. — *O. Leichtenstern:* Influenza. 2. Auflage, vervollständigt und neu herausgegeben durch G. Sticker. Wien, A. Hölder. 8·50 m. — *W. Birk:* Untersuchungen über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m.

— *M. Mosse und G. Tugendreich*: Krankheit und soziale Lage. Lieferung 1. München, Lehmann. 6 m. — *H. Peckert:* Einführung in die konservierende Zahnheilkunde. Teil I. Leipzig, S. Hirzel. 6 m. — *V. Schilling-Torgau*: Das Blutbild und seine klinische Verwertung. Jena, G. Fischer. 4·50 m. — *Neue deutsche Chirurgie.* Herausgegeben von *P. Bruns.* I. Band: *F. Steinmann:* Die Nagelextension der Knochenbrüche. 8·40 m. II. Band: *V. Voelcker:* Chirurgie der Samenblasen. 9·60 m. Stuttgart, F. Enke. — *V. Klingmüller*: Ueber die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes. Halle, C. Marhold. 1 m. — *C. Klieneberger:* Die Diagnose des Carcinoma ventriculi. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m. — *R. Hadlich*: Spontane Harnröhrenblutung im Kindesalter. Leipzig, J. A. Barth. 0·75 m. — *O. Heubner*: Reden und Abhandlungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Leipzig, J. A. Barth. 4 m. — *G. Kühnemann:* Taschenbuch der speziellen bakterio-serologischen Diagnostik. Berlin, J. Springer. 2·80 m. — *R. Grassberger*: Der Einfluss der Ermüdung auf die Produktion in Kunst und Wissenschaft. Wien, F. Deuticke. 1 m. — *E. Abderhalden*: Physiologisches Praktikum. Chemische und physikalische Methoden. Berlin, J. Springer. 10 m. — *Th. Meyer-Steineg:* Chirurgische Instrumente des Altertums. Jena, G. Fischer. 5 m. — *F. Full:* Die Rechtsansprüche des Arztes aus der Arbeiterversicherung. Jena, G. Fischer. 3 m. — *K. Grube und H. Graff:* Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung vom Standpunkt des inneren Mediziners und Chirurgen. Jena, G. Fischer. 7 m. — *H. Gebele*: Die chirurgischen Untersuchungsmethoden. München, J. F. Lehmann. 8 m. — *Elis Essen-Möller*: Studien über die Blasenmole. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4·80 m. — *A. Vogt:* Pathologie des Herzens. Berlin, J. Springer. 8 m. — *E. Ruttin*: Klinik der serösen und eitrigen Labyrinth-Entzündungen. Wien, J. Safar. 6·50 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A heveny vesegyuladás gyógyításához czímmel *Eppinger* docens a bécsi egyetem I. számú belklinikájáról három esetet közöl, melyben a vesegyuladás angina után fejlődött. Az illető betegek már mintegy négy hónapig állottak kezelés alatt, a nélkül, hogy javulás állott volna be az állapotukban. Mindhárom esetben a tonsillák megnagyobbodottak és hasadozottak voltak, a mélyben pedig — a mint eltávolításuk után kitűnt — bűzös sűrű genyet tartalmaztak. A mandulák eltávolítása a nephritis tetemes javulását vonta maga után. Az egyik esetben már 14 nap mulva teljes gyógyulásról lehetett szólni, a másik két esetben pedig a nephritis objectiv jelei egy hónapon belül tűntek el. Heveny vesegyuladás eseteiben tehát mindig vizsgálni kell a mandulákat és megbetegedésükre gyanu esetén el kell távolítani őket; megjegyzendő, hogy sokszor látszólag ép mandulákban már nagy tályogok lehetnek. (Wiener med. Wochenschrift, 1912, 24. sz.)

Sebészet.

Az ezüstdrót használatáról a sebészetben ir *Frisch* a bécsi egyetem I. sebklinikájáról. Idősült ileus esetét közli, a mely onnan eredt, hogy a 18 év előtt végzett köldöksérvműtét alkalmával a fascia és az izomzat varrására használt ezüstdrót széttöredezett és a széttört részletek a peritoneum felé kiállva, állandó izgalmat tartottak fenn, a minek folytán összenövések támadtak s ezeknek következtében fejlődött az idősült ileus. Az ezüstdrótot tehát csak olyan helyeken szabad használni, a melyek közvetetlen környezetükkel szemben állandóan nyugalomban vannak. Térdkalácstörés eseteiben előnyben részesíti a szerző a kiizzított aluminiumdrótot. (Arch. f. klin. Chirurgie, 98. kötet, 4. füzet.)

Elmekórtan.

A dementia praecoxos betegeken nuclein-befecskendezésekkel végzett gyógyító kisérletekről ir *Itten*. Azon tapasztalatból kiindulva, hogy a dementia praecoxos (schizophreniás) betegek lázas megbetegedések közbejöttével meggyógyulnak, javulnak, indokolttá tette, hogy e betegeken mesterségesen idézzenek elő hyperthermiát és leukocytosist. *Donath* és mások nuclein-oltásokkal kiséreltek meg hasonló eljárást paralysiseseken és némi eredményt értek el. *Itten*-nel csaknem egyidőben *Lepines* is oltott nucleinnel dementia praecoxosokat, utóbbi 13 esetében négyszer csekély javulást ért el, 9 esetben teljesen eredménytelen volt az injectio. *Itten* 9 beteget oltott, egy esetben sem ért el teljes gyógyulást vagy tartósabb javulást, 3 esetben csekélyfokú ideiglenes javulást észlelhetett. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, VII. kötet, 384. l.) *Goldberger Márk* dr.

A lues-paralysis kérdésével foglalkozott behatóan *Mattauschek* és *Pilcz*. 4134 lueses személyt vizsgáltak meg katamnesis útján. Ezen első közleményükben eredményeiket abban foglalják össze, hogy a syphilissel fertőzöttek legalább 46·7%-a betegszik meg paralysis progressivában. A paralysisesek legnagyobb része oly személy, a kinek luese *a*) hiányos kezelés mellett vagy minden antilueses beavatkozás nélkül is könnyű lefolyású, *b*) olyan, a ki egyáltalában nem, vagy nem kellően kezeltetett. Noha a syphilis alapos gyógykezelése sem biztosít a később kifejlődő paralysis ellen, mégis ha összehasonlítjuk a hiányosan és chronikusan intermittálva kezeltek nagyobb sorozatát, akkor kiderül, hogy az utóbbiaknak sokkal kisebb százaléka lesz paralysises, mint az előbbiekének. Semmi esetre sem árt az erélyes lueses kúra, az esetleges recidivák megakadályozása által, olyképpen, hogy ez a később kifejlődő idegbajokat elősegítené. Sőt ellenkezőleg, a gondosan keresztülvitt chronikus intermittáló kezelés mellett kell szót emelni. Az antilueses kezelés és az intervallum között, mely a fertőzés és a paralysis kitörése között van, nem deríthető ki összefüggés. Esetleges lázas megbetegedés, mely a lueses fertőzést követő első évben áll be, némileg csökkenti a később kifejlődő paralysis valószínűségét. (Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, VIII. kötet, 133 l.) *Goldberger Márk* dr.

Gyermekorvostan.

Symmetriás bőrgangraenának vörhenynél előfordult esetét mutatta be *Silberstein* a berlini orvosegyesület gyermekszakosztályának 1911 deczember havi ülésén. A 9 éves gyermeken a megbetegedés első napjaiban hőmérsékemelkedéssel kapcsolatban vörhenyrheumatismus jelent meg, főleg a bal térdizületben. A lefolyás a harmadik hét végéig — igen erős hámlást leszámítva — nem tért el a rendestől. A negyedik hét elején 39·7° hőmérsék mellett a jobb lábikrán tallérnyi kékes-veres folt jelent meg. Másnap mindkét lábszáron symmetriásan elhelyezett, a lábszár elülső oldaláról hátra kanyargó, kb. 6 cm. széles, kékes, helyenként fekete csík látható, melyet számos tűszúrásnyi vérzéses pont övez. A lábszárak tömöttek, duzzadtak; nyomásra, valamint mozgatásra fájdalmasak. E mellett haemorrhagiás veselob állott be. A szomszédság felé élesen elhatárolt, kb. a lábszár $^2/_3$-át elfoglaló kékes területeket harmadnap apró hólyagok borítják, melyek másnapra jórészt összefolynak. A 11. napon a közérzet javul, a kékes-veres elszíneződés valamivel halványabb, a levált felhám alatt mindkét oldalt feketén elszínesedett, körülbelül féltenyérnyi gangraenás terület látható. A 14. napon a jobb czombon a thrombosis tünetei jelentkeznek, melyek igen gyorsan javulnak. Ugyanekkor a lábszárakon már sarjszövet látható, a mumifikált szövetek csakhamar teljesen leválnak és ekkor megállapítható, hogy a gangraena csak a bőrre és a felületes izomrétegre terjedt ki. A 8. hét elején — a gangraena keletkezésétől számítva a 4. héten — a veselob gyógyult. A 12. hét közepén a jobb czombon újból jelentkeznek a thrombosis tünetei, melyek ismét hamarosan javulnak. A 3. hó közepén a gyermek négykézláb mászik, két hét mulva rendesen kezd járni és a 7. hónapban teljesen gyógyult.

A gangraena vörhenynél oly ritka szövődmény, hogy a tankönyvek alig említik. A világirodalomban összesen 14 esetet közöltek, melyek közül 5 meghalt, 5-öt amputáltak és csak 4 gyógyult meg. A legtöbb szerző sepsisesnek tartja ez állapotot és többen ki is tudták mutatni a streptococcusokat. A keletkezésében úgy látszik szerep jut a toxinoknak, melyek megsértik a hajszálérhálózat falát. Ez esetben szerepet játszott a vérérrendszer gyengesége is, t. i. a gyermek anyja nagy fokban vérszegény, ezen gyermek születése után súlyos

atoniás vérzése volt; a gyermek nővére nemrégiben varicella után súlyos morbus maculosus Werlhofiit állott ki.

Ugyanezen az ülésen *Barlow-féle kórban szenvedő 11 hónapos csecsemőt* mutatott be *Bendix*. Kiemeli mint nagy ritkaságot a halántékcsont, a járomcsont, a felső és alsó állkapocs arczi felszínének részesedését, melyet az előadó véleménye szerint ily nagy terjedelemben még nem közöltek; általában feltünő ez esetben, hogy majdnem a teljes csontrendszer részt vett a megbetegedésben. A kórelőzményben megtaláljuk a hibás és teljesen egyoldalú táplálást mint aetiologiai tényezőt. A gyermek 5 hétig anyatejet kapott, majd 2 hónapon át tehéntejet különböző higításokban. Minthogy az egész idő alatt bélzavarokban és mind gyakrabban jelentkező görcsökben szenved, a kezelőorvos elhagyatja a tehéntejet és e helyett Kufeke-lisztfőzetet, főzeléket és gyümölcslét rendel. Az anya azonban a főzeléket és gyümölcslét sem adta, hanem $4^1/_2$ hónapon keresztül csak Kufeke-lisztfőzettel táplálta a gyermeket. Ekkor néhány nap alatt kifejlődött a *Barlow*-féle kórkép, súlyos anaemiával, foghúsvérzéssel, bél- és vesevérzéssel; a gyermek minden érintésre felsikoltott. Nyers tehéntejjel való gyógykezelés mellett hét nap alatt javulás állott be. Ekkor kisérlet czéljából a gyermeket hat napig tartó liszt-diaetára fogták, mire rosszabbodás állott be. A bemutató véleménye szerint ezen kisérlet bebizonyította, hogy a $4^1/_2$ hónapig tartó, a Kufeke-lisztfőzettel való egyoldalú táplálás volt a betegség kiváltó oka.

Heubner hozzászólásában kérdésesnek tartja, hogy vajjon a liszt volt-e a visszaesés oka, nem pedig a helytelen, nem megfelelő táplálék újbóli adása, mert véleménye szerint nem elegendő a táplálék ártalmas volta, hogy a *Barlow*-féle kór kifejlődjék, még egy eddig ismeretlen tényezőnek jelenléte is szükséges. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 7. szám.) *Gara* dr.

Bőrkórtan.

A szőrtelenítő szerekről ír *E. Saalfeld* (Berlin). A szőrzet rendellenes többlete éppen olyan fontos működési köre a kozmetikával foglalkozóknak, mint a hajzatnak hiányossága. Az előbbi baj leginkább a női nemet sujtja s nemcsak elrútító hatása miatt érdemel figyelmet, hanem azért is, mert a hypertrichosisos nők a szégyenkezés miatt kedélyileg is szenvednek. Az arcz hypertrichosisa ellen a legegyszerűbb eljárás az ollóval való nyírás. Elég egyszerű az epiláló csípővel való eltávolítás is. Ide tartozik a borotválás is, a mit sokkal több nő alkalmaz, mint a hogyan általában hiszik. Mindezek az eljárások mechanikailag távolítják el az alkalmatlan szőrzetet. Egy másik csoportja az eltávolító eljárásoknak a chemiai. Az idetartozó szerek különböző sulfhydratok, elsősorban a baryum sulfhydrat, a natriumsulfhydrat és a calciumsulfhydrat. Hasonló depiláló hatású a régóta ismert és használt auripigment, de ez igen erélyes hatású. Legalkalmasabb depiláló szer a következő összetételű por: Rp. Baryumsulfhydrati 5·0, Cret. praeparat. 10·0. M. f. pulv. A porból egy csipetnyit óraüvegbe teszünk s kevés vízzel péppé dörzsöljük. Faspatulával már most a pépet a szőrös arczrészre helyezzük s rajthagyjuk 2 perczig. A falapoczczal lekapart pép ekkor a hajzatot is magával viszi. Utána langyos vizes mosdás leszárítás, olajjal való bekenés és puderezés következik. Mindezek az eljárások a szőrzetet csak átmenetileg távolítják el. Gyökeres eltávolításra legjobb az electrolysis. $1—1^1/_2$ M.-A.-ű áram teljesen elegendő. Egy ülésben nem kell túlsok szőrszálat elpusztítani, mert a beálló reactio túlerős lehetne. Ha az elektrolysises eljárás apró hegeket hagy maga után, akkor rendesen hibás volt a végrehajtása, mert helyes eljárás mellett csak egészen kivételes a heges gyógyulás. A szerző mindezeknek az eljárásoknak a felsorolásakor nem hangsúlyozza eléggé, hogy jóformán valamennyi eljárás, mely a szőrzet elpusztítását czélozza, többé-kevésbé ingerli a bőrt, a minek az egyik hatása az, hogy a szőrök megerősödnek és gyorsabb növésűvé válnak, a másik pedig az, hogy az addig alig észrevehető lanugók szőrré erősödnek. (Medizinische Klinik, 1912, 18. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A chineonal nem más, mint chinin összeköttetése veronallal körülbelül 2:1 arányban. Fehér, keserű ízű por, a melyet egyébként tabletták alakjában is forgalomba hoz a Merck-gyár. *Winternitz* tanár (Halle) tapasztalata szerint ajánlható oly esetekben, a melyekben a beteg nyugtalansága avagy fájdalmak indokolttá teszik a chinin sedativ hatásának erősítését. A betegek nagyon jól tűrik ezt a szert, ritkábban okoz hányást, mint a chinin; általában a chinin kellemetlen mellékhatásait úgy látszik megszünteti, vagy legalább is mérsékli a veronal. A szerző azt hiszi, hogy tussis convulsiva eseteiben is kisérletet lehetne tenni a chineonallal. (Medizinische Klinik, 1912, 15. szám.)

Pruritus ellen *Milian* a következő pasztákat ajánlja: Rp. Acidi carbolici 1·0; Vaselin., Lanolin., Zinc. oxyd. aa 30·0. — Rp. Picis liquid. 3·0; Vaselin., Lanolin., Zinc. oxyd. aa 30·0. (Rif. med., 1911, 1344. old.)

Az acetylkresotinsav *Rautenberg* szerint legalább is oly jó gyógyszer, mint az aspirin, gyomorzavarokat nem okoz és még 8—12 grammos napi adagban sem okoz bajt, a vesét nem izgatja. (Medizinische Klinik, 1912, 14. szám.)

A Nylander-czukorpróba egy hibaforrására hívja fel a figyelmet *E. Strauss*. Jothion-bedörzsölésekkel kezelt egy diabeteses betegének a vizelete ugyanis nem adta a reactiót, noha a Fehling-eljárással és a polarisatióval sok czukor jelenléte volt kimutatható. A szerző azt hiszi, hogy még más gyógyszerek is vannak, a melyek megakadályozzák a Nylander-próba reactiójának beállták s azért kontroll gyanánt mindig valami más próbát is kell végezni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 23. szám. *Borbély Samu:* A gyermekkori empyemák kezelése. *Lechner Károly*: A gyermek kóros szellemi világa.

Orvosok lapja, 1912, 24. szám. *Verebély Tibor:* A bőr fertőzéses betegségei.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 24. szám. *Vas J.*: Belső nemi szervek leánygyermekek lágyéksérvtömlőjében. *Palotay Andor:* A patellaris reflex fontossága a thermalis fürdőgyógymódban. „Szemészet" melléklet, 2. szám. *Goldzieher Vilmos:* Alkalmazkodási szélesség — alkalmazkodási tehetség

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Schmidt Ferencz* dr.-t Balatonfüred fürdőorvosává, *Keresztes Árpád* dr.-t a nyirbaktai járás orvosává nevezték ki.

Gyergyai Árpád dr.-nak a kolozsvári egyetem orvosi karán a fül-, orr- és gégegyógyászatból magántanárrá képesítésétét a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette.

A „Gyógyszerészi kiállítás" ünnepélyes megnyitása e hó 15.-én volt. A kiállítás a régi képviselőház (Főherczeg Sándor-u.) folyosóin van elhelyezve és bezárólag 18.-áig tart. Naponként d. e. 9—12-ig és d. u. 3—7-ig díjtalanul megtekinthető.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztattak: Az I. sz. sebklinikához: *Ádám Lajos, Uray Vilmos, Ertl János* és *Kovács József* dr.-ok díjazott műtőnövendéknek, *Boytha Lajos, Erpf Károly, Froniusz Lothár, Halász Margit, Linner Imre, Pauli József, Wilheim Imre, Seenger Gyula, Szegő László, Wonnesch Frigyes* és báró *Radvánszky Béla* dr.-ok díjtalan műtőnövendéknek. A II. sz. sebklinikához: *Báron Sándor, Fonyó János, Hüttl Tivadar, Kakuk János* és *Roska János* dr.-ok díjazott műtőnövendéknek, *Fispán Jenő, Szász Tibor, Hortobágyi Béla, Jónás Antal, Mannó Kálmán, Ilk Viktor, Karsa Géza* és *Neuber Ernő* dr.-ok díjtalan műtőnövendéknek. Az I. sz. belklinikához: *Hruby Ede, Klier Arthur, Deszimirovity Koszta* és *Csépay Károly* dr.-ok díjas gyakornoknak, *Wagner György, Menyhért Vilmos, Czinder Kálmán* és *Dalmady Zoltán* dr. ok gyakornoknak. A II. sz. belklinikához: *Angyán János* dr. tanársegédnek, *Mészáros Sándor, Erdélyi Pál, Stranz Gyula, Schütz János, Buteán Márta, Richter Hugó, Wilheim Armin, Lukács Elek, Ritscher József, Tamássy Géza, Moga Kornélia* dr.-ok gyakornoknak. A III. sz. belklinikához: *Roth Miklós* dr. díjas gyakornoknak, *Breitner Ödön, Markó Viktor, Galambos Arnold, Egán Ernő, Schils Imre, Fuchs Dénes, Somogyi Rezső, Weber József, Ormay Pál* és *Mandl Dezső* dr.-ok gyakornoknak. Az I. sz. nőklinikához: *Scherer Sándor* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás), *Csohány János* dr. tanársegédnek, *Kelen Béla* dr. a Röntgen-laboratoriumot vezető díjas gyakornoknak, *Kalledey Lajos* dr. díjas, *Szelke Béla, Nagymáthé Gyula, Klein Laura* és *Zempléni Gyula* dr.-ok díjtalan gyakor-

noknak. A II. sz. nőklinikához: *Tasnádi Székely Béla, Arányi Aladár, Kende Béla, Weisz Hermin, Schuschny Aurél* és *Lápossy Kálmán* gyakornoknak. A II. sz. szemklinikához: *Eckert Lajos* dr. 3. tanársegédnek, *Nestlinger Miklós* dr. díjas gyakornoknak, *Kristyóry Aladár* dr. gyakornoknak. A gyermekklinikához: *Bogdán Ernő, Reisz Élek, Bosányi Andor, Ujj I. Sára, Jacobovics Béla, Winter Mária* és *Gara Artur* dr-ok gyakornoknak. Az elmeklinikához: *Tél Ferencz* dr. II. tanársegédnek, *Schuster Gyula* dr. III tanársegédnek, *Brenner József* dr. gyakornoknak (mindhárom meghosszabbítás). A bőrklinikához: *Kollarits Béla* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás), *Hlatky Tivadar* dr. díjas gyakornoknak, *Neuber Ede, Szántó Jenő, Somogyi Zsigmond, Herer Lajos, Varga Kálmán, Komlóssy Béla* és *Seemann Dezső* dr.-ok gyakornoknak. A gégeklinikához: *Hornik Malvin, Freystadtl Béla, Lengyel Árpád, Müller Károly* és *Réthy Aurél* dr.-ok gyakornoknak. A szájklinikához: *Faisztl Ferencz* és *Máthé Dénes* dr. ok díjas gyakornoknak, *Székely Gábor, Szigeti Mihály, Barta Miksa, Fiala Richárd* és *Szamek Oszkár* dr.-ok gyakornoknak. Az I. sz. szemklinikához: *Lengyel János* dr. és *Ditrói Gábor* dr. díjas gyakornoknak. Az I. számú anatomiai intézethez: *Nagy László* dr. és *Péterfi Tibor* dr. 1., illetve 2. tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. számú anatomiai intézethez: *Russay Gábor* dr. és *Nisponszky Béla* dr. tanársegédnek, *Virágh Mária* díjas gyakornoknak, *Melczer Miklós* díjas demonstratornak. Az élettani intézethez: *Kőrösy Kornél* dr. I tanársegédnek (meghosszabbítás). A bakteriologiai intézethez: *Gózony Lajos* dr. 1. tanársegédnek, *Lénárd Vilmos* dr. 2. tanársegédnek, *Bürger Géza* dr. díjas gyakornoknak. A gyógyszertani intézethez: *Vámossy Zoltán* dr. adjunctusnak, *Mansfeld Géza* dr. I. tanársegédnek (mindkettő meghosszabbítás), *Brandtner Ferencz* dr. és *Bosányi István* dr. gyakornoknak. A sebészeti műtéttani intézethez: *Lobmayer Géza* dr. tanársegédnek. Az I. számú kórbonczolástani intézethez: *Entz Béla* dr I. tanársegédnek (meghosszabbítás), *Móczár László* dr. díjas gyakornoknak, *Rutich Jenő, Flesch Károly* dr., *Totoian János, Nesnera Ödön, Johann Béla* és *Boros József* gyakornoknak. A II. számú kórbonczolástani intézethez: *Czinner László* dr. és *Bátori Albert* díjas gyakornoknak, *Fehér Antal, Szász Emil* és *Hainiss Elemér* gyakornoknak.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A hashártya fertőtlenítésére* az alkoholt ajánlja *Tonsini;* két esetét közli, a melyben a bélen végzett műtét alkalmával bélsár jutott a peritoneumra; a bélsárral szennyezett részletnek 95%-os alkohollal átitatott vattával letörlése után simán folyt le a gyógyulás. (La rif. med., 1912, 11. szám.) — *A helyi vérszegénység befolyását a fertőző folyamatokra* tanulmányozta *Bestelmeyer.* A hidegalkalmazások kedvező hatása a helybeli fertőző folyamatokra régóta ismeretes; hatásmódjukról azonban nem tudtunk, mert a hideg okozta vérszegénységet inkább károsnak kellett feltételeznünk, ismerve a vér nagy szerepét a fertőző anyagok elpusztításában. *Bestelmeyer* kisérleteinek eredménye megadja a választ: helyi vérszegénység mellett rendkívül lassú a resorptio; ennek folytán csak nagyon kevés bacterium és toxin juthat a vérkeringésbe. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., 78. kötet, 2. füzet.) — *A morphium kimutatására* egyszerű biologiai módszert ajánl *Herrmann.* Fehér egér hátának bőre alá fecskendezve morphiumot tartalmazó folyadékot, az állat háta már néhány percz mulva lordosisosan meggörbül, majd a farka kezd S-alakú görbülettel felegyenesedni s később az állat hátára ér, úgy hogy a vége a fülei fölött van. (Biochem. Zeitschrift, 39. kötet) — *A gümőkórosak verejtékének fertőző voltára* vonatkozó vizsgálatokat végzett *Piéry.* Azt találta, hogy gümőkór eseteiben a verejték körülbelül 40%-ban gümőbacillusokat tartalmaz. (Gaz. des hôpitaux, 1912, 37. sz.)

Hall-gyógyfürdőben új jodbromforrást sikerült felfedezni. Az új forrás sokkal bővebb vizű, mint az évszázadok óta híres Tassiloforrás, és jod-, valamint bromtartalma is nagyobb

Németország és Francziaország 1911. évi népesedési statisztikáját egymás mellé állítva, a következő érdekes összehasonlítást kapjuk:

	népesség	születések	halálozás	szapor.	fogyás
Németország	40,208.882	1,186.020	696.372	489.648	—
Francziaország ...	39,601.509	742.114	776.983	—	34.869

I. nemzetközi eugeniai congressus. Julius 24—30.-áig fogják tartani Londonban első congressusukat annak az új tudománynak a képviselői, mely az emberi fajok degeneratióját, annak okait és elhárításának módjait tanulmányozza. Anglia az igazi hazája e tudománynak: itt alapította azt meg a nemrég elhunyt nagyhírű sociologus, Sir *Francis Galton.* Az új tudomány tárgyáról és maga elé tűzött feladatairól némi tájékozást nyujt a congressus sectióinak s az eddig bejelentett előadásoknak sorozata. Sectiók: I A biologiai tudományok viszonya az eugeniához. Átöröklés, variatiók, fajkeveredés II A sociologiai és történelmi tudományok viszonya az eugeniához. A fajok jellegének megváltozása a történelem tanúsága szerint. Születési és halálozási statisztika. III. A törvénykezés és társadalmi szokások viszonya az eugeniához. Házassági törvények és szokások. Adók Gazdasági viszonyok. Biztosítás. Szövetkezetek IV. Az eugenia elveinek gyakorlati megvalósítása. A degenerált ak szaporodásának meggátlása házassági tilalmak és sterilisatio útján. A testileg és lelkileg épek és fajjavításra alkalmasak szaporodásának előmozdítása. Az eugenia elveinek terjesztése. Az eugenia szerepe a nevelés körében. Ime néhány bejelentett előadás czime: *R. Pearl:* Átöröklés és termékenység; *D. F. Weeks:* Az epilepsia átöröklékenysége; *V. Guiffridi-Ruggeri:* Az átöröklés törvényszerűsége az emberi nem körében; *O. L. Kellog:* A katonai szolgálat s az eugenia; *D. S. Jordan:* A háború s a nemzeti jólét; *M. L. March:* A házasságok termékenysége, tekintettel a házastársak foglalkozására és társadalmi helyzetére; *M. B. Van Wagenen:* Újabb tapasztalatok a sterilisatio eredményéről és gyakorlati keresztülvihetőségéről; *H. E. Jourdan:* Az eugenia helyéről az orvosi tanításban; *Ploetz:* A neo-malthusianismus szerepéről az eugeniában.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi szemészeti tanszéket *Fr. Schieck* göttingai magántanárral töltötték be. — *M. Rubner,* az élettan tanára a berlini egyetemen, nyugalomba vonul. — Bordeaux-ban *Coyne,* a kórbonczolástan tanára, és *Demons,* a sebészet tanára, nyugalomba vonul. Az utóbbinak a tanszékét már is elfoglalta *Chavannaz* dr., a ki eddig a nőorvostant adta elő s a kinek a tanszéke ezzel megürül.

Hirek külföldről. Münchenben új nőklinikát építenek, mely úgy látszik a maga nemében a legnagyszerűbb lesz. Az építkezésre előirányzott összeg 3,820.000 márkára rúg, nem számítva a belső felszerelés költségeit. München Németország leglátogatottabb orvosi fakultása; az egyetemnek több medikusa van, mint a budapestinek. Minden tárgyból csak egy tanszék van; a nőorvostan tanára *Döderlein.*

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

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

István úti 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.**

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

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Ó-uteza 39. sz.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

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

FRANZENSBAD Hygea. Kulmerstrasse. Elsőrangú Curpensio nő- és szivbetegek részére. 60 szoba. — Kivánatra prospectus. — Vezető orvos: Dr. Cukor Miklós.

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

BAD HALL Felső-Ausztria Dr. RICHARD FISCHEL rendel Budapest szállodában.

WEISZ EDE **INTÉZETE PÖSTYÉN**
Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

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

Kopits Jenő dr. orthopaedia intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1-.éig Franzensbad („Prinz Wales").

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 64. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: csernyefalvi dr. Kozmutza Béla

Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. —
Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1912 márczius 23.-án.) 460. l. — Közkórházi Orvostársulat (IV. és V. bemutató ülés 1912 február 21.-én és márczius 6.-án.) 461. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 463. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1912 márczius 23.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula,** később **Alapy Henrik.**
Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Folytatás.)

A trachealis insufflatióval való altatásról.

Dollinger Gyula: *Auer* és *Meltzer* 1909-ben a mesterséges légzésnek új módszerét ismertette, a melynek lényege, hogy ha a tracheába körülbelül 40 hydrargyrum millimeter manometernyomás mellett egy bevezetett csövön keresztül levegőt fúvunk és a cső olyan vékony, hogy a levegő mellette a hangrésen át visszaáramolhat, akkor a kisérleti állat megszűnik légzőmozgásokat végezni, mert a befujt levegő oxydálja a tüdőalveolusokban a vért, a visszaáramló levegő pedig magával ragadja a vér által átadott szénsavat. Kimutatták továbbá azt, hogy nyitott mellkas mellett ilyenformán fenn lehet tartani a légzést, a nélkül, hogy pneumothorax keletkeznék, hogy tehát mindazon készülékek, a melyek eddig ezen czélt szolgálták, úgymint a *Sauerbruch*-féle kamara vagy pedig a *Brauer*- vagy *Tiegl*-féle készülékek feleslegesek és hogy a garatbeli műtétek alkalmával, a mikor eddig a vér aspiratiójának elkerülésére a beteget a *Kuhn*-féle csővel intubáltuk, a garatot pedig kitamponáltuk, ez felesleges, mert a légcsőből visszaáramló levegő a vér befolyását a légcsőbe meggátolja és a vért állandóan kifujja.

Ha a befujt levegőt előbb aethergőzökön vezetjük keresztül, a mesterséges légzéssel és a tüdő felfúvásával egybekapcsolhatjuk az altatást is.

Elsberg New-Yorkban a Mount-Sinai Hospital-ben a módszert 100 esetben próbálta ki emberen. Közölt tapasztalatai alapján *Dollinger* az eljárást eddig 10 esetben próbálta meg a vezetése alatt álló klinikán és tapasztalatait a következőkben közli: A levegő befúvására vagy lábnyomással hajtott közönséges fujtatót, vagy légszivattyút használ, vagy pedig a levegőt oxygenbombából oxygennel helyettesiti. A befujt levegő előbb meleg vízen áramlik át, hogy megmelegíttessék, azután pedig aethergőzökkel telíttetik. Erre a czélra használható a *Roth-Dräger*-féle altatókészülék. Azonkívül be van kapcsolva egy kénesőmanometer, a melyen a nyomást folyton ellenőrizzük. Ha a légnyomás 25—30 milligrammos, akkor a beteg maga is végez légzőmozgásokat és ha nem nyitjuk meg a mellkasát, akkor ezzel a nyomással be is érhetjük. A beteget elaltatjuk, azután egy közönséges selyemkatheternek 30 cm. hosszú darabját, akár direct laryngoskopiával, akár pedig egy mandrinnal, a melynek a kellő görbületet megadtuk, a beteg kitátott száján át az epiglottis előhúzása mellett mutatóujjunk vezetése mellett a hangrésen keresztül a felső fogsortól számítva felnőtt emberen 25 cm. mélységnyire bevezetjük a légcsőbe. A katheter vége ekkor 5 cm.-nyire van a bifurcatio felett és miután a végét a száj előtt rögzítettük, megkezdődik az aetheres levegő befúvása. A betegek épp úgy nyugodtan alszanak tovább, mintha a szájon át folytatnók az altatást.

Olyan esetben eddig nem alkalmazhatta a módszert, a melyben a beteg mellüregét kellett volna megnyitni; hogy ebbeli hatásáról meggyőződjék, macskát altatott el e módszerrel és azután a mellkasát tágan megnyitotta. Ekkor meggyőződhetett felőle, hogy a nyitott mellkas daczára a narcosis állandó egyenletes fentartása mellett a tüdőt annyira fel lehetett fujni, a mennyire szükséges volt, hogy a levegőt a mellüregből egészen kiszorítsa. Daczára annak, hogy mindkét mellkasfelet megnyitotta, a vér oxydálódása rendes módon megtörténhetett és a szív mozgása rendesen folyt tovább. E módszer nemcsak altatásra alkalmas, hanem a mesterséges légzésnek a legkényelmesebb módja s azért a különböző mérgezésekben előforduló légzőközpont-bénulások alkalmával igen jó hasznát lehet venni.

Frigyesi József: Asphyxiás újszülöttek felélesztésére már régen ismerik és kultiválják az előadó által ismertetett eljárást. De a *Schultze*-féle lóbálás nálunk és Németországban leszorította a napirendről Legrégibb alakja az volt, hogy az újszülött orrát befogták és a szájába belefujtak Majd később előhúzták az állkapcsot, kanült tettek be, majd meg tracheotomia után insufláltak. A francziák katheteren át vezetnek be a tracheába gummiballonnal levegőt. *Zangemeister* O-t vezet így be.

Csakhogy mikor erős nyomással viszik be a levegőt vagy oxygent, ez néha belesajtoltatik a véráramba. Ilyen esetet már száz év előtt közölt *Bichat, Marchand.* Mikor kétségbe vonták, hogy ilyen úton be lehet juttatni a levegőt a véráramba, H-t sajtoltak be a kisérleti állatoknak tüdejébe; ekkor a cruralist megsértve, megjelent a H, melyet meggyujtottak. Az újszülöttnek tüdejében nincs rugalmas szövet, ezért könnyebben sajtolható be a levegő a tüdőszövetbe, mint felnőttön, a kin az óvatosság szintén helyén való.

Dollinger Gyula: Ha valaki túlságos nagy nyomással fujná be a levegőt a légcsőbe, vagy pedig nem gondoskodnék arról, hogy a felhasznált levegő a katheter mellett szabadon áramolhasson vissza, akkor bizonyosan lehetne emphysemát is előidézni, de az ismertetett módon ezt elkerüljük. Felnőtt emberen 24.—26. számú *Charrière*-kathetert használunk, gyermeken ennél jóval vékonyabbat és így elegendő rés marad a levegő visszaáramlására. Hogy az újszülött tüdeje milyen nyomást bir el, azt ki kell tanulmányozni.

A tüdőgümőkór-alakok osztályozása és a prognosis.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A tüdőtuberculosis ismert sokoldalúsága mellett e betegség megfelelő osztályozása egyike a pathologia legnehezebb kérdéseinek.

I. *Aetiologiai* alapon a human és bovin typus okozta tüdőmegbetegedés, továbbá a tiszta és vegyes fertőzés volna megkülönböztetendő, nemkülönben számba jöhetne a szervezetbe hatolt *Koch*-bacillusok és vegyes fertőzésnél a behatolt egyéb pathogen mikrobák mennyisége, virulentiája, a behatolás helye (a fertőzés kapuja) és az infectio tovahaladásának útja a szervezetben. Mai tudásunk szerint e megkülönböztetési alapok részben többé-kevésbé bizonytalanok még, az egyes aetiologiai typusok, még a tiszta és vegyes fertőzés is, jelentőségüket illetőleg discussio tárgyát alkotják; részben, mint pl. a *behatolt* bacteriumok száma és eredeti virulentiája, mindenkor kifürkészhetetlenek is fognak maradni; azonkívül a finomabb aetiologiai differenciálást ezidőszerint itt-ott lehetségessé tevő vizsgáló eljárások gyakran annyira komplikáltak, hogy a praxis számára tekintetbe nem jöhetnek.

II. *Pathologiai-anatomiai* alapon a felosztás már inkább keresztülvihető. Két szempontból indulhatni ki. Az egyik a bántalom *topikus* tulajdonságainak, a másik a betegség *qualitativ* tulajdonságainak szempontja. Az előbbi alá tartozik a kórfolyamat *localisatiója* és *kiterjedése*, az utóbbi alá annak *pathologiai* jellege és kifejlődésének *gyorsasága*, mely a betegség *toxicitásán* mulik. Bár fontos a localisatio is (például csúcsfolyamat, alsó lebenyfolyamat, bronchitis specifica, pneumonia caseosa), de még fontosabb az előadó szerint a bántalom kiterjedése (circumscript vagy lobaris, esetleg az egész tüdőre vonatkozó folyamat) s a kifejlődés gyorsasága, mely pl. az aránylag jótermészetű peribronchitis chronicában évekre, sőt évtizedekre, a phthisis floridában napokra terjedhet. *Tendeloo* beosztását, mely a productiv és exsudativ lob praevaleálásán az egyes tüdőgümőkór-formákban sarkallik, a prognosis czéljaira nem tartja használhatónak.

III. *A klinikai felosztásokra* áttérve, ismerteti *Günzburg*-nak 50 év előtti osztályozását, majd *De Renzi*, továbbá *Grancher* és *Barbier* felosztását és a legújabb német osztályozások egyikét (*Bandelier* és *Roepke*), majd saját felosztási kisérletét. Ez utóbbi főleg a prognosis szempontját tekinti, sokkal részletesebb az eddigi sémáknál és közelebbi kapcsolatot igyekszik létrehozni a legfeltűnőbb klinikai symptomák (általános mérgezési tünetek és objectiv lelet), valamint a patho-

logiai és kórbonczolástani jelleg között, a nélkül természetesen, hogy akár teljességre, akár másirányú tökéletességre, a kérdés eminens nehézségeit tekintve, számot tartana. Az előadó e felosztási tervezetében 5 prognostikai osztályba sorozva 23 különböző tüdőgümőkór-formát mutat be, azok hozzátartozandóságát a fokonként javuló prognosis egyes osztályaihoz megfelelő magyarázatokkal kisérve.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1912 február 21. én.)

Elnök: **Körmöczi Emil.** Jegyző: **Szinnyey József.**

(Folytatás.)

Retrobulbaris daganatnak Krönlein-Franke-műtéttel való eltávolítása.

Keppich József: A 46 éves nőbeteg f. évi január 5.-én következő panaszokkal kereste fel *Hültl* osztályát. 4 éve szemei időnkint fájnak. 1 év előtt vették észre hozzátartozói, hogy bal szeme mindinkább kidülled, $^1/_2$ éve pedig bal halántéktájéka domborodik elő. Időnkint heves fájdalmai is vannak. A beteg anamnesisében semmi olyat sem találtunk, a mit a daganattal összefüggésbe lehetne hozni. Lues negativ. Hogy jobb szeme igen erősen rövidlátó, már 20 éves kora óta tudja. Jelen baja miatt orvosai műtétet ajánlottak, erélyes antilueses kúrát is végzett, azonban a daganat nem kisebbedett. 6 hónap óta bal szemének látása is romlani kezdett, a mi állandóan fokozódott és ez bírta rá arra, hogy a műtétbe beleegyezett.

A gyengén fejlett és táplált nőbeteg bal szemgolyója a margo supraorbitalishoz vont függélyest 3—4 mm.-rel haladja túl. A bal halántéktájon forintnyi területen 1 cm.-re kiemelkedő diffus előtomborodás van, a bőr ránczolható, a daganat tömött, nem mobilis, nem érzékeny.

A jobb szemen 20 D. myopia a szemfenék nagyfokú elváltozásával, ujjakat olvas 2 méterről. A másik oldali, a daganatos szem látása $^5/_{70}$, a közegek tiszták, a fenék ép; a szemmozgások közül csupán a felfelé és befelé való mozgás némileg korlátozott.

A betegnek tehát csupán egy látó szeme volt és az is a tumoros oldalon. A látás fokozatos romlása miatt a nagy, szinte inoperabilisnak mondható daganat eltávolítását mégis meg kellett kisérelni.

A beteget január 7.-én chloroform-narcosisban operáltam. Előzetesen a bal art. carotis externát kötöttem le. A *Kocher* könyvében ajánlott Krönlein-Franke-műtétet végeztem. Bőrmetszés a szemöldök közepén kezdődően, vele párhuzamosan lefutva, kissé alatta, kifelé a külső szemzugig, majd hátrafelé vízszintesen folytatva a járomív magasságában annak közepéig. A masseter szélénél a járómívet átvésem. Az os frontale processus zygomaticusát és az os zygomaticum processus frontalisát úgy vésem át, hogy a vésővel a fissura orbitalis inferiorba jussak. Az így készített csont-izomlebenyt kihajlítom s a musculus temporalist hátrahúzva, előttem fekszik egy galambtojásnyi daganat, csúcsával a bulbus mögött, többi része a fossa infratemporalisban; hátulsó polusa az ala magna ossis sphenoidalis periosteumával szorosan összenőtt, a melylyel együtt távolítom el s a csontot is éles kanállal lekaparom.

Vérzés a műtét alatt alig van. A csontlebenyt visszahelyezve, a periosteumot catguttel gondosan összevarrom s a sebbe vékony draint helyezve, bevarrom. A műtét után a beteg teljesen láztalan, a reactiomentes sebből a 3. napon a draint átöltő varratokat távolítom el, a tovafutó varratot a 6. napon. Az első napokban a szemhéjak erősen megduzzadtak. a conjunctiva chemosisos lett, de ez lassan visszafejlődött, úgyszintén az exophthalmus is. A szemmozgások teljesen szabaddá lettek. A látás $^5/_{30}$-ra javult $^5/_{70}$-ről és a szemészek szerint még további javulás is várható. A trigeminus II. ágában időnként beálló neuralgiás fájdalmakat a műtét következményének kell tekintenünk, remélhetőleg beavatkozás nélkül fognak megszünni.

A kiirtott daganat méretei formalinban való keményítés után: hosszúsága 4 cm., szélessége 3 cm., vastagsága $1^1/_2$ cm. Az *Entz* dr. végezte szövettani vizsgálat carcinoma epithelialét mutatott ki.

A syphilis az újabb kisérletes vizsgálatok világitásában.

Poór Ferencz: Rövid idővel ezelőtt még az volt az általános vélemény, hogy a syphilis állatokra nem vihető át, s tisztán az emberi nem betegsége. *Hunter, Auzias-Turenne, Diday, W. Boeck*-nek már csak történeti érdekű kisérletei („syphilisatio") után a megbetegedés átoltásának kétségtelen sikere *Metschnikoff* és *Roux* nevéhez füződik (1903). Ismeretes, hogy a majom és a nyúl azok az állatok, melyek a spirochaeta pallidával való fertőzésre alkalmasak, többékevésbé generalizálódó syphilis állván be rajtuk. Az utolsó évtized három nagy felfedezése, t. i. a sikeres állatoltás, a kórokozó felfedezése s a *Wassermann*-reactio, régi, szinte dogmává vált nézeteket változtatott meg, s a syphilis-immunitásra, a re- és superinfectióra, a recidivákra, a tertiarismusra és a hereditásra vonatkozó fogalmainkat átalakította.

A syphilises egyén, legyen az a lues akármelyik szakában, a virus új beoltására specifikus jelenségekkel reagál, mely jelenségek minősége az illető egyén syphilisének szakától függnek. A szervezet tehát a syphilis fönnállása idejében sem immunis egy újabb infectio — superinfectio — ellenében. A reactiós jelenségeknek egymástól különböző jellegét a befogadó organismus adja meg, nem pedig a parasita megváltozott biologiai tulajdonsága.

Syphilisesek testében immunitással biró (latens) és immunitással nem biró (manifest tünetek) időszakok váltják fel egymást (*Neisser*-féle hypothesis). Az egyes szervek váltakozó immunitása magyarázza meg a recidivákat is. A recidiva az első syphilis-eruptio helyén a latens időszak alatt nyugvó virus felszabadulásának tulajdonítható, nem pedig, mint előbb hittük, hogy egyes szervekben (mirigyekben) időzik s felszabadulva, tüneteket okoz.

Minden recidiva az előző kiütésből in loco visszamaradt virusból ered. Az egyes szerveknek a syphilis iránt való fogékonysága nem egyforma. Pl. a gerinczvelő, az aorta stb. a virust magában viseli a nélkül, hogy arra hamarosan reagálna.

A majom gummás anyaggal is fertőzhető, tehát a régi *Ricord*-féle nézet, mely szerint a harmadlagos tünetek nem fertőzők, nem tartható fenn. A hereditarismus kérdésében a *Colles-Beaumé* és *Profeta*-féle törvények teljesen elvesztették érvényüket. Az allergiára vonatkozó kisérletek egyelőre még sikertelenek.

A *Wassermann*-reactio értékesíthető oly kautelával, hogy míg a positiv reactio a syphilis bizonyítéka, a negativ még nem szól ellene. Az activ vagy passiv immunizálással való gyógyítókisérletek eddig negativ eredménynyel jártak s így a syphilis aetiologiai prophylaxisának és specifikus therapiájának megoldása még nem sikerült ezen az alapon.

(V. bemutató ülés 1912. márczius 6.-án)

Elnök: **Fauser Árpád.** Jegyző: **Szinnyei József.**

Subcutan hólyagrepedés operált és gyógyult esete.

Keppich József: A 17 éves cselédleány f. é. jan. 19.-én a hajnali órákban kenyérszállító kocsiról a villamossal való összeütközés folytán leesett, s a villamos kocsi kerekei előtt lévő védődeszka erősen megnyomta. A mentők szállították a Szt. István-kórház *Hültl* főorvos vezetése alatt álló osztályára.

A beteg öntudatlan, erősen anaemiás, végtagjai hűvösek, pulsusa filiformis, alig számolható. Melegítésre néhány óra mulva kissé összeszedi magát. Megvizsgálva azt találjuk, hogy alsó végtagjain, medenczéjén számos tenyérnyi excoriatio. A jobboldali lábszárcsontok a bokák fölött 3 harántujjal el vannak törve, a végtag szöglettörést mutat. A jobboldali csípőízület duzzadt, tenyérnyi területen fluctuatio. A baloldali adductorok a symphysisnél erősen fájdalmasak, miért is a végtagot mozdítani nem lehet. A jobb czomb mozgásai a csípő-

ízületben szabadok. A bal crista ilei mentén kéttenyérnyi suffusio. A has mérsékelten elődomborodó, feszes, mindenütt erősen érzékeny, az egész hason defense musculaire. A májtompulat az 5. bordán kezdődik, $9^1/_2$ haránt ujjnyi. A tüdők fölött eltérés nincs, a Traube-tér szabad. A symphysis fölött 4 harántujjnyi magasságig terjedő tompulat, mely felfelé concav ívet mutat és a két oldal felé terjed. Csapoláskor 60 cm³ erősen véres vizelet ürül. A betegnek időnkint hányásingere van.

A betegtől megtudjuk, hogy csupán az előző nap délutánján ürített vizeletet, tehát sem a baleset reggelén, sem pedig előző este.

Diagnosisunkat subcutan hólyagrepedésre téve, a beteget *Hültl* főorvos megbízásából azonnal megoperáltam. Chloroformnarcosis, magasra emelt medencze-helyzet. Median bemetszés a köldök alatt azon czélból, hogy megállapithassuk, vajjon a hólyag intra- vagy extraperitonealisan van-e megrepedve és hogy a subcutan bélrupturát és esetleges belső vérzést kizárhassam. A hasban erre utaló jeleket nem találtam, a húgyhólyag peritoneuma teljesen ép.

A hasat gondosan izolálom. A metszést a symphysisig meghosszabbitom. A subcutan szövet és a cavum Retzii vizelettel kocsonyásan beszűrődött, ebbe számos bemetszést téve, a vizeletet gondosan felitatjuk; ezután a hólyaghoz sikerült jutni, a mit a húgyhólyagba vezetett fémkatheter nagyon megkönnyített. A hólyag fundusának megfelelő részen, közelebb a hólyagnyakhoz, $2^1/_2$ cm. hosszú, $1^1/_2$ cm. széles, czafatos szélű folytonossághiány. A hólyagfal kocsonyásan beszűrődött, erősen megduzzadt, a mi a varrást igen megnehezíti. 3 csomós catgut-öltéssel, csupán az izomzatot felöltve, a rést zárom. Más sérülést a hólyagon nem találtam. A hasüreget gondosan elzárom, a cavum Retziit draincsővel és jodoformcsikkal megdrainezem. A húgyhólyagba állandó kathetert helyezek.

A beteget állandóan excitáljuk. A *Katzenstein*-féle végbélcseppentő készülékkel több liternyi konyhasó-oldatot sikerült bevinnünk. Peritonealis tünetek nem jelentkeztek, a beteg láztalan, pulsusa állandóan javul. A második napon a vizelet már nem véres, mennyisége 600 cm³, a harmadik napon 2000 cm³. A beteg időnkinti hőemelkedéseit kisfokú cystitisének kell tulajdonitanunk. A has-seb teljesen per primam gyógyult. A cavum Retziin át az első napokban távozott vizelet azután mindinkább kevesebb, a 12. napon egyáltalában semmi, a sipoly 3 hét mulva teljesen bezáródott. Ekkor eltávolitottuk az állandó kathetert, a beteg jól tudja tartani és kiüriteni vizeletét. A haematomák mind felszívódtak. A később megejtett *Röntgen*-vizsgálat jobboldali lábszártörést, a jobb medenczefél többszörös törését mutatta ki, igy az acetabulumnál, a synchondrosis sacro-iliacánál és a symphysis mellett. A keresztcsont kissé a jobb oldalra van elgörbülve. 6 hét után a beteg felkelt, azóta mind jobban jár. A néhány nap előtt megejtett cystoskopia alkalmával a hólyag fundusán forintnyi területen elődomborodás, mellette kis behúzódás látható. A hólyag capacitása 40 cm³, functiója tökéletes. A beteg teljesen meggyógyult.

Az eset jó példája a subcutan hólyagrepedések keletkezésének. Telt hólyag mellett az abdomenre hirtelen gyakorolt nagy nyomás repesztette meg a hólyagot. Medenczecsonttörés is volt jelen ezen esetben, azonban nem okozott hólyagsérülést.

Szemhéjszélplastika. Gyógyult esetek bemutatása.

Goldzieher Vilmos: A trichiasis gyógyitására kigondolt úgynevezett *Jaesche-Arlt*-féle operatióval csak akkor érhetünk el teljes és tartós eredményt, ha nemcsak mint a szemhéjszőrtelep áthelyezője, hanem mint szemhéjszél-plastika is szerepel. Ha *Arlt* utasitása értelmében a szemhéj tarsalis részletét két lemezre hasítjuk: egy elülsőre, mely a szőrök vivője, és egy hátulsóra, mely a tarsust és a nyálkahártyát tartalmazza, és az elülsőt szőrtelepével együtt felfelé rögzítjük, akkor a két lemez széttolása után sebfelület marad vissza, mely később beheged, minek következtében a hegzsugorodás folytán a felfelé transplantált szőrtelep idővel megint a szemhéjszél felé huzatik és a régi kóros állapot újra helyreáll. Ennek megakadályozása végett több műtő a sebfelületet plastikailag fedi, legnagyobbrészt oly módon, hogy a szemhéjbőrből egy nyeles vagy nyeletlen bőrcsikot az intermarginalis sebfelületre rak. De ez a pótszövet teljesen alkalmatlan, mert a szemhéjbőrön mindig előforduló finom szőrök új helyen erősebben nőnek és trichiasis keletkezésére adnak alkalmat. Mások ajaknyálkahártyát raknak a sebfelületre; minthogy azonban a pótszövet szine (halványpiros) nagy mértékben elüt a szemhéjszél rendes színétől, az eredmény kozmetikailag rossz.

Az előadó már régóta a fülkagyló elülső felületéből veszi a pótszövetet, ezen módszerrel már számos esetet operált, és úgy kozmetikai, mint therapiás szempontból kitűnő és tartós eredményeket kapott. A fül bőre teljesen alkalmazkodik a szemhéj széléhez, új intermarginalis szövet képződik, a lebeny minden esetben kifogástalanul odagyógyul, és a mi a fődolog, a felfelé elhelyezett szőrtelep visszacsúszását a szemhéjszél felé véglegesen megakadályozza.

A modus procedendi részletes leirása után az előadó két nőbeteget mutat be. Mind a kettő régi heges trachomában szenved. Az egyiken nagyfokú distichiasis volt a bal felső szemhéjon. A másik mindkét felső szemhéján igen nagyfokú trichiasisban szenvedett Jelenleg nyoma sincs a trichiasisnak, a szemhéjszél állása kifogástalan. A betegek véglegesen meggyógyultak.

Arcz-plastikák.

Pólya Jenő: 1. A felső ajak átültetése az alsóra. A 64 éves földmivest 1912 január 29.-én vették fel. $^1/_2$ év előtt keletkezett a száján egy sebe, mely azóta folyton nő. Felvételkor az alsó ajak egész hosszára kiterjedő kemény, felhányt szélű fekély volt látható.

Műtét január 31.-én. Kimetszés négyszögalakban. A kimetszés alkalmával a bal szájzug mellett a pofába is behatolunk mintegy 2 cm.-nyire, a jobb szájzugból azonban mintegy 1 cm.-nyi részlet az ajakpírból visszamarad. A defectust úgy pótoljuk, hogy a felső ajkat ültetjük az alsó helyére s e végből a felső ajak bal felét négyszögletes lebeny alakjában, mely táplálását a felső ajak jobb feléből nyeri, az alsó ajak defectusának jobb felébe illesztjük s a seb többi részét tamponáljuk.

Február 22.-én a lebeny nyelét elvágjuk és a felfrissített ajak-defectus bal felébe ültetjük, ezáltal az alsó ajak teljesen pótolva van. A felső ajak defectusának pótlása az orrszárnyak körül vezetett bemetszés után könnyen sikerül. Prima gyógyulás, teljes functionalis és kozmetikai eredmény.

2. Meloplastika. Az 54 éves csizmadiát 1912 február 12.-én vettük fel. Körülbelül 2 hónap előtt a jobb szájzugában puha fekély támadt, mely mind beljebb terjedt és mintegy forintnyi, felhányt szélű, vérzékeny fekélyt alkotott. Az állalatti mirigyek kemények, babnyiak. Műtét február 29.-én. Egy darabban kiirtjuk az állalatti táj összes képleteit; a metszést a sternocleidomastoideus mellett meghosszabbitva, kiirtunk egy diónyi mirigyet a vena jugul. int.-ról. A nyak sebét bevarrjuk. A pofán lévő daganatot a bőrön fél csillag alakjában metszszük ki, mely oly módon keletkezik, hogy a felső és alsó ajakból meg a pofából egy-egy éket metszünk ki, melyek alapjukon összefolynak. A nyálkahártyára a metszést körkörösen viszszük. A bőrsebet fekvő T-alakban, a nyálkahártyáét vonalasan egyesitjük. Prima gyógyulás, teljes functionalis és kozmetikai eredmény.

A laboratoriumi vizsgálatok jelentősége a syphilis diagnosisában és therapiájában.

Guszman József: Az előadó a syphilidologia ujabb haladásának két fontos fejezetét, a spirochaeta-vizsgálatot és a lues seroreactióját tárgyalja. A spirochaeta kimutatásának és a Wassermann-féle seroreactiós vizsgálatnak bizonyos indicatiói vannak, mindegyik eljárásnak más-más időben és körülmények között van meg a helye, s ezért jelentőség dolgában nem szabad egymással összehasonlitani őket. Mindkét vizsgálati eljárás az exact klinikai vizsgálatnak becses kiegészitő

része. A spirochaeta pallida kimutatásának a legfontosabb szerepe a syphilises primaer affectiók korai fölismerésében van. A lehető legkoraibb diagnosis megállapítása azért fölötte fontos, mert vele együtt mindjárt a korai kezelés lehetősége is eldől. A Wassermann-reactio az orvostudomány egyik legszebb és legbecsesebb vívmánya. Az eredeti Wassermann-reactiót semmiféle pótló és módosító eljárás tökéletesen nem helyettesítheti. A tapasztalás mindinkább azt látszik bizonyítani, hogy a kifejezett positiv Wassermann-reactio még fönnálló syphilisnek a jele. Az előadó ezt klinikai példákkal is megvilágítja. Különösen kiemeli azonban, hogy a Wassermann-reactio csak arra adhat igen nagy valószínűséggel választ, hogy a szervezetben syphilis rejtőzik, a helyi diagnosist azonban sohasem állapíthatja meg. A lueses egyének házassági engedélye körül a seroreactiónak sohasem lehet döntő fontossága, mert a reactio nem adhat választ a fertőzőképességre vonatkozóan, holott a házasság kérdésében a nyomaték ezen van. Nagyobb és fontosabb szerep juthat azonban a reactiónak a dajkák megválasztásában. A syphilis seroreactiója az orvostudománynak rendkívül becses eljárása, de csak mint a klinikai vizsgálatnak és tapasztalásnak kiegészítője. Fontos és döntő kérdésekben ez utóbbit sohasem lehet nélkülözni, mert az orvoslásnak ez a kezdete és a vége.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gonorrhoeás húgycsőszűkület egy esetében *Mühsam* a 6 cm. hosszú szűkült részt kiirtotta és a helyébe egy darab vena saphenát varrt katheter fölött. A gyógyulás körülbelül 3 hét alatt következett be, de utána egy ideig még szondázni kellett. Az illetőt a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ január 15.-én tartott ülésén mutatták be.

Bélinvaginatio két esetét ismertette *Lossen* a kölni orvosegyesület márczius 4.-én tartott ülésén. Az egyik eset 8 hónapos, a másik 6 éves gyermekre vonatkozik; mindkettőben sikerült a repositio a *Hirschsprung*-féle eljárással: narcosis, magas medenczefekvés, beöntés és a tumornak egyidejű masszálása. Véleménye szerint 1 éven aluli gyermekeken a műtét előtt mindig megkisérlendő ez az eljárás; nagyobb gyermekeket jobb mindjárt operálni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 17. szám, 957. l.)

PÁLYÁZATOK.

1056/1912.

A vezetésemre bízott Ugocsavármegyei Perényi közkórházban **f. évi julius hó 1.-én** megüresedő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása nyugdíjjogosultsággal egybekötött **évi 1600 korona** fizetés, 1 szobás lakás, fűtés, világítás és tiszti élelmezés.

Pályázókat kérem, hogy oklevelükkel és más bizonyítványaikkal felszerelt kérvényeiket *Becsky Emil* főispán úrhoz czímezve, hozzám legkésőbb **junius hó 23.-áig** megküldjék.

A magángyakorlat — az első segélyt leszámítva — nincs megengedve.

Nagyszőllős, 1912 junius 3.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazg.-főorvos.

13.296/912. K.

A Szabolcsvármegye tulajdonát képező kisvárdai közkórháznál nyugdíjazás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetéssel, lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állásra azok pályázhatnak, a kik az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítéssel bírnak.

Megjegyeztetik, hogy az alorvos fizetése az 1913. évi költségelőirányzatban 2000 koronával vétetett fel, s hogy a magánorvosi gyakorlat meg van engedve.

Felhívom azokat, a kik ezen kinevezés útján betöltendő állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket, életkorukat, eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a vármegye főispánjához czímezve **1912. évi julius hó 25.-éig** hozzám nyujtsák be. Később érkező pályázati kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nyiregyházán, 1912. évi május hó 29.-én.

Mikecz Dezső, alispán.

2569/1912. sz.

Jásznagykunszolnok vármegye tiszai alsó járásához tartozó Rákóczifalva községben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Fizetés az államtól 1600 kor.
2. Személyi pótlék a községtől 600 kor.
3. Természetbeni lakás, mely áll 4 szoba, konyha, éléskamra, pincze, várószoba, rendelőszoba, istálló, fáskamra és sertésól és 600 □-öl veteményes kert
4. 5 évenként 200—200 kor. korpótlék.
5. A ker. munkásbiztosító pénztártól körülbelül 400 kor.
6. Látogatási díjak orvosi lakáson 80 fillér, beteg lakásán 1 kor., éjjel ezen díjak kétszerese.
7. Halottkémlési díj esetenként 1 kor. Távolsági díj 2 km.-en túl km.-ként 50 fillér.
8. Húsvizsgálati díjakból évenként körülbelül 300 kor.
9. A községhez tartozik 6 nagy uradalom s a község lélekszáma 4138.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy a törvényben előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **július hó 10.-éig** adják be.

A választás határidejét a pályázati határidő lejárta után fogom megállapítani.

Tiszaföldvár, 1912 junius 5.

Nagy Ottó, főszolgabiró.

3209/912. sz.

Nyitra vármegye galgóczi járásához tartozó karkóczi **körorvosi állásra**, melyhez Karkócz székhelylyel még Bucsány, Maniga, Zsuk, Ratkócz, Vágvörösvár, Vágmedencze, Ujvároska, Beregszeg, Felsőzelle, Alsózelle és Szilád községek tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek.

A javadalmazás évi 1600 korona törzsfizetés és 4-szeri egyenként 200 korona ötödéves korpótlék, továbbá 1000 korona fuvarátalány, 1000 korona helyi pótlék és 600 korona lakbér.

A szabályrendeletileg megállapítandó díjak, melyek már most is szedhetők, a körorvos lakásán vagy hivatalos kiszálláskor a községházán nappal 1 korona, éjjel 2 korona, a beteg lakásán 1 korona 50 fillér, éjjel 3 korona; hivatalos napon kivüli beteglátogatás alkalmával természetbeni fuvar s a fenti díjakon kívül szabályrendeletileg megállapítandó távolsági pótlék is jár.

A körorvos köteles községeit előre meghatározott napokon havonta kétszer bejárni, a megállapítandó külső rendelési napokat betartani, székhelyén a halottkémlést végezni.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeket hivatalomhoz **1912. évi július hó 15.-éig** kell benyujtani. A választást Karkócz községházán fogom megtartani s annak napjáról az érdekelteket külön értesíteni.

Galgócz, 1912 junius 10.

Frideczky s k., főszolgabiró.

708/1912. sz.

Jásznagykunszolnok vármegyei I. Ferencz József-közkórházban folyó évi junius hó 30.-ával megürülő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: évi 1600 korona fizetés, teljes ellátás; a'kinevezés két évre szól s megújítható; a kórházi szbályok kötelezők a segédorvosra.

Pályázhat okleveles vagy felavatott orvos. Kérvényhez oklevelet, illetve szolgálati könyvet, ezenkívül esetleg más okmányokat is, eredetben vagy hiteles másolatban kell csatolni, ki kell mutatni a katonai szolgálati viszonyokat is; rövid életrajzot csatolni előnyös.

A kérvényt mélt. *Horthy Szabolcs* főispán úrhoz intézve, hozzám **f. évi junius 22.-éig** kell beadni.

Szolnok, 1912 junius 10.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében a II. tanársegédi állás megüresedés folytán **julius hó 1.-én** betöltendő. Javadalma: 1400 korona évi fizetés és első osztályú ellátás bentlakással az intézetben. Tótul tudó és laboratoriumi előképzettséggel rendelkező pályázók a kinevezésnél előnyben részesülnek.

Velits Dezső dr., ig.-tanár.

Ügyes és jól repraesentálni tudó

orvosnövendék szigorló

kerestetik orvosok látogatására **egy gyógyvíz és fürdőtelep propagálására.** Jó fizetés, hosszabb alkalmazás. Ajánlatok Hegyi Lajos hirdetési irodájába, VII., Király-utcza 67. szám, „**Orvosnövendék**“ czím alatt kéretnek.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MAGNOSPIRIN BALLA

ANORRHAL

CONTRA HAEMORRHOIDAE.

KÚPOK. KENŐCS TUBUSBAN. HINTŐPOR.

VAGINOL

PROPHILACTICUM ANTISEPTICUM

KLINIKAILAG KIPRÓBÁLVA

MINTÁT és IRODALMAT BÉRMENTVE KÜLD A MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR „HUNNIA" GYÓGYSZERTÁR BUDAPEST. VII. ERZSÉBET KÖRUT 56.

Radium-Kurhaus, szálloda dependance-al

St. Joachimsthal Karlsbad mellett.

Főorvos: Dr. MAX HEINER.

A monarchia legmodernebb gyógyháza, 300, minden kényelemmel berendezett szoba. (Helyiségek fürdővel és WC.) Elsőrangú konyha. Előirt diáták a legmegbizhatóbban, az orvos ellenőrzése mellett lesznek betartva. Valamennyi radiumkúra (u. m. ivókúra, fürdő, inhalatio stb.) rendelés szerint és az orvos ellenőrzése mellett a gyógyházban betarthatók. Elektrotherapia, Zandergymnastika, légfürdők. Vegyi-mikroskopiai laboratorium a házban.

Biztos gyógyhatásokat értek el idült arthritiseknél, idült izületi és izomrheumánál, idült bronchitis, idült myocarditisnél, idült ekzemák, idült gyomor- és bélhurutoknál, idült parametritis, neuralgiáknál, tabes- és csúzfájdalmaknál, lymphmirigydaganatoknál, újképletnél, impotentiánál.

Felvilágositással szolgál az igazgatóság és a Radium-Kurhaus főorvosa.

BOROSZNÓ-GYÓGYFÜRDŐ

Zólyommegyében, mértföldekre terjedő fenyvesektől körülvett völgyben. — Vasúti állomás, posta, távirda, telefon a fürdőtelepen. — Por- és szélmentes havasi levegő. — Gyógytényezői: **Glaubersós forrásai ivógyógymódra használhatók mindazon betegségeknél, melyeknél a karlsbadi kúra van javalva** (gyomor-, máj-, epe-, vesebajok, czukorbetegség, elhízás). A források vegyi összetétele csaknem azonos a karlsbadiakéval. — Jól berendezett **vizgyógyintézet; Kneipp kúrára** alkalmas rét és patak. Szénsavas és fényfürdők. Hizlaló és fekvő gyógymódok. Diaetetikus kúrák. — Száznál több tiszta, száraz szoba. Konyha házi kezelésben. — **Olcsó árak. Állandó fürdőorvos.** — Képes prospektust szivesen küld a tulajdonos: **ROSENAUER LAJOS Beszterczebányáról.**

IGLÓ FÜRED

gyógyfürdő

(Szepes megye)

Vasuti állomás: Igló (Automobiljárat). Gyönyörű fekvéssel, fenyvesekkel körülövezve, teljesen védett fekvésű hely. Elsőrendű vizgyógyintézet az összes fizikai gyógyító eljárásokra. Inhalatórium, szénsavas fürdők, fekvőcsarnok, hizlalókúra stb. Szórakozásokról gondoskodva. **Kitünő konyha. Állandó fürdőorvos. Árak mérsékeltek. Tájékoztató leirást** (prospektust) kivánatra küld 2692

Iglófüred gondnoksága.

SANATORIUM REKAWINKEL

Ideg- és kedélybetegek részére.

Legmodernebb berendezés, az összes gyógyeszközök, hozzáépítéssel most megnagyobbitva. Erdőktől környezve.

Legegyénibb kezelés. ◻ 4 orvos.

Megbeszélő állomás: Wien I., Schottenring 15. hétfőn, szerdán és szombaton.

Prospectus kivánatra. Egész éven át nyitva.

FISCHER PÉTER és TÁRSA r.-t.

Orvossebészi műszerek, orthopaediai készülékek, villanygépek és kötszerek gyára.

Főraktár és gyár: Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 6.

Alapittatott 1856-ban. Telefon: 9—58.

Ajánlják saját készitményü: **orvosi műszer, sérvkötő, hasköto, műláb, műkar, támgép** és betegápoláshoz szükséges összes gyártmányaikat.

SPECIÁLISTÁK:

műtő-, orvosi rendelő- és sterilizáló-szobák részére szükségelt készülékek és összes **vasbútorok berendezéseiben.**

Költségvetések kivánatra azonnal díjmentesen beküldetnek.

Állandó orvosi és műtőszobaberendezés, vasbútor-kiállitás.

Letelepedő orvosok részére teljes felszereléseket **kedvező** fizetési (részletfizetésre is) feltételek mellett szállitanak.

56. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1912 junius 23.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Jendrassik Ernő: A csúzos arczidegbénulás okáról, 465. lap.

Szontagh Félix: Angina és vörheny. 466. lap.

Bókay Zoltán: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Adat a recidiváló scarlatina ismeretéhez. 469. lap.

Gara Artur: Közlemény az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Adatok a Henoch-féle purpura abdominalis ismeretéhez. 471. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Bandelier* és *Roepke*: Die Klinik der Tuberkulose. — *Lapszemle. Belorvostan. Adler*: Az állati szén használata belső betegségekben. — *Sebészet. Sonnenburg*: A traumás appendicitis kérdése. — *Idegkórtan. Sommer*: A villamos kezelés és diagnostika javítása. — *Szülészet és nőorvostan. Seuffert*: Az intraperitonealis kámforolaj-befecskendezések prophylaxisos értéke. — *Gyermekorvostan. Moltschanoff*: A Pirquet-reactio gyermekek acut fertőző betegségeiben. — *Venereás betegségek. E. Tomasczewski*: A spirochaeta pallida tenyésztése. — *Fülorvostan. Ruttin*: A postoperativ fülgyuladásos orbáncz kapcsán mutatkozó nystagmus. — *Fizikai és diaetás gyógyításmódok. Dornblüh*: Erőszakos kúrák káros hatása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wieland*: Dysenteria. — *Cavazzani*: Tussis convulsiva. — *Geissler*: Luminal. — *Mentz*: Mesterséges dobhártya. 472—475. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 475. lap.

Vegyes hirek. 475. lap.

Tudományos társulatok. 477—481. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A csúzos arczidegbénulás okáról.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr, egyet. nyilv. r. tanár.

A helybeli megfázás és a körzeti arczidegbénulás közt fennálló okozatos viszonyt általánosságban elösmerik; jóllehet egyesek a felhozott ok és bekövetkezett bénulás közt összekötő kapocsként a megfázás feltámasztotta fertőzésre gondolnak. A kórtani folyamatot általában neuritisnek mondják. Szövettani vizsgálat csak kevés esetben történt, ezekben a lelet tulajdonképpen az egyszerű degenerálást bizonyította, ámbár egyes búvárok ezt is neuritisnek vették. Véleményem szerint ez teljesen téves, én már régóta úgy fogom fel e folyamatot, mint nyomás okozta degenerálást. Igy tanítottam előadásaimban s igy jeleztem már a „Belgyógyászat kézikönyve" hatodik kötetében is. Ezen felvétel szerint az arczideget a Fallopius-csatornában keletkezett periostitises duzzanat nyomja össze. Azok az okok, a melyek engem erre a felvételre vezettek, valóban elégséges bizonyítékul tekinthetők. Mindenekelőtt igen feltünő, hogy egyetlen más ideg sem bénul meg *a frigore*, csupán csak a nervus facialis és még ez sem, soha sem egyes ágaiban, a melyek pedig a hidegnek, hideg légáramlatnak sokkal inkább ki vannak téve, mint a csontos csatornában és a nyálmirigyben jól beágyazott idegtörzsök.

Ez eléggé bizonyítja, hogy a lehülés nem lehet közvetlen ok; másrészről azonban ismeretes, hogy az arczideg csatornája nagyon közeli vonatkozásban van a középfülhöz, a melyhez a fertőzés a szájüregből nyílt utat talál. Sokszor ezen az úton, máskor talán a nyirokutak mentén jöhet fertőzést okozó anyag a szájból, a fogakból a halántékcsontba, a hol periostitises és másféle gyuladások keletkeznek ezen a módon. Mindazonáltal nem gondolom, hogy a gyuladás az idegre átmegy, mert ilyen módon szabadon fekvő idegek nem betegednek meg és a többnyire nem szövődött, egyszerű lefolyás múló természetű, nem sepsises, nem genyedéses, hanem savós gyuladásra vall. Ilyen gyuladások pedig sehol, más testrészekben sem terjednek át egyéb, szomszédos szövetekre, az idegekre még kevésbé. Hogy az ilyen savós gyuladások másutt idegbénulást nem okoznak, azt abból kell magyaráznunk, hogy egyebütt a szomszédos idegek a nyomás elől kitérhetnek, csupán csak a nervus facialis van ebben a tekintetben igen veszedelmes fekvésben.

További bizonyítékként tekinthető, hogy a legtöbb facialisbénulás kisebb-nagyobb fájdalom kiséretében keletkezik, ez a fájdalom a halántékcsontra s annak szomszédságára korlátozódik; vizsgálatunk pedig rendszerint azt bizonyítja, hogy a csont nyomásra érzékeny. Igen gyakran találunk a megbetegedés oldalán otitis mediát vagy annak maradványát. Elég gyakran támad a facialisbénulás tonsillitis után. Felvételem abban is bizonyításra talál, hogy többnyire hosszabb kiterjedésben bénul meg az ideg s mégis újra meggyógyulhat; alig volna ez valószínű, ha az ideget gyuladás roncsolta volna el.

Végre nagyon meg tudom érteni ezen felvételem alapján, hogy egyes esetekben ez a bántalom ugyanazon egyénen ismétlődik, sőt magyarázhatom *Neumann* felvételét is, a ki tudvalevően ennek a betegségnek öröklött dispositión való alapulását vitatta. Nyilvánvaló ugyanis, hogy egyes embereknek, egyes családoknak Fallopius-csatornája szűkebb, mint másoké, összeköttetése a füllel nyíltabb, úgy hogy az ilyen egyének olyan viszonyok között, a melyeknek mások veszedelem nélkül ki lehetnek téve, megbetegesznek, mert szűk csatornájukban a megduzzadt periosteum összenyomja az idegüket. Valószínű, hogy az arczideg az ilyen esetekben olyan kiterjedésben betegszik meg, a milyen hosszúságban a jelzett aránytalanság az ideg vastagsága és a csatorna lumene közt megvolt.

Angina és vörheny.*

Irta: *Szontagh Félix* dr., egyet. rk. tanár.

A vörhenyproblemáról eddig megirt dolgozataimban törekedtem bizonyitani, hogy a genyedéses mandulagyuladás és a vörheny azonos megbetegedések, csak a *szervezet reactiója különböző. Más egyszerű genyedéses angina, más vörheny esetében.*

Arra hivtam fel tehát a figyelmet, hogy a vörhenyproblemához közelébb férünk akkor, a mikor nem önkényesen megszerkesztett hypothesisekből indulunk ki, hanem abból, a mit a mindennapi életben látunk s tapasztalunk és a mit, ha elfogulatlanul és minden előitélettől menten észlelünk, kell hogy meglássunk, kell hogy figyelemre méltassunk.

Hiszen egyszerűen lehetetlen föl nem ismerni a jelentőségét annak, *hogy ugyanabban az időben* — rendszerint nyár végén és ősz elején — *a mikor a vörheny sűrűbben jelentkezik, az anginaesetek is sűrűbben jelentkeznek.* Hiszen ez nem lehet csak a véletlen dolga. S lehetetlen föl nem ismerni annak a gyakori tapasztalati ténynek a jelentőségét sem, hogy ha egy családban vörhenyben megbetegedik egy vagy akár több gyermek, egyszerre vagy egymásután, ugyanekkor a családban mások, pl. az anya vagy pedig a szolgaszemélyzet tagjai közül egyik vagy másik, egyszerű anginában betegszik meg. Máskor megint, ha valamely zárt intézetben, pl. árvaházban anginaesetek sűrűbben előfordulnak, ugyanekkor ilyenek közé kifejezett vörhenyesetek is vegyülnek és ezeken kivül olyanok is, a melyeket „vörhenyre gyanus"-nak szoktak minősiteni.

Sajátságos, igen sok tankönyvben olvassuk, hogy vörhenyepidemiák idejében minden anginaeset vörhenyre gyanus. Kérdem erre, miért csak éppen epidemiák idején? Kérdem, mire értendő ez a gyanu, ha a vörheny és az angina különálló megbetegedések? Sajátságos, sokan egyenesen megirják, hogy a vörhenyre gyanus angina-esetek terjesztik a vörhenyt. Kérdem, az angina-esetek csak azért gyanusak vörhenyre, mert vörhenyt terjesztenek? Ha nem terjesztenének vörhenyt, vörhenyre nem volnának gyanusak?

Egyszóval: a contagiositás elméletének megmentése érdekében, illetve minthogy a vörheny contagiositásába vetett hit az elméket fogva tartja, odaállitanak egy hypothesist, melyhez foghatót az egész pathologiában nem találunk.

Miben különbözik a vörhenyre gyanus angina a vörhenyre nem gyanus anginától? Ugy látszik csak abban, hogy az egyik vörhenyt terjeszt, a másik nem; máskülönben nem volna közöttük különbség.

Tehát még azoknak is, a kik ilyen tanokat hirdetnek, kell, hogy az legyen a fölfogásuk, hogy angina és vörheny azonos betegségek, Ez az, a mit vallok és hirdetek.

Bizonyos, hogy az egyszerű angina és a vörheny között éles válaszfalat odaállítani nem lehet. Ezt mindenkinek el kell fogadni. Hiszen látunk olyan angina-eseteket, a melyekhez múló avagy alig észrevehető exanthema társul és vannak igen nagy számban olyan vörheny-esetek, a melyekben exanthemán kívül nem látunk egyebet, mint egyszerű follicularis anginát a torokban.

A vörhenyproblema lényegéről kialakult fölfogásom értelmében ezt a betegséget is azoknak a bántalmaknak a körébe sorolom, melyeknek előidézői a pyogen bacteriumok. Ezek a betegségek, sepsis, pyaemia, septicopyaemia, endocarditis, epityphlitis, polyarthritis, angina stb., egy nagy családot alkotnak. Elhelyeződnek egy körön belül (l. az ábrát), de avval a megjegyzéssel, hogy a válaszfal az egyes megbetegedések között semmiképpen sem éles. A nagy körön belül két kisebb, de egyenlőtlen nagyságú kör alakjában elhelyeződik az angina és a vörheny, úgy hogy úgy az angina, mint a vörheny körének is van egy-egy közös területe. Ezzel akarom jelezni, hogy az angina-esetek egy bizonyos százaléka már vörhenynek minősithető, viszont a vörhenyesetek bizonyos száma már csak egyszerű anginának fogandó föl.

* Minden jog fentartva.

Miben különbözik a typusos vörheny az egyszerű anginától? Elsősorban az exanthemában, másodsorban az enanthemában. Az exanthema az a tüneményes jelenség, a mely a vörhenynek a specifikus megbetegedés jellegét látszik kölcsönözni. A valóban typusos vörhenyesetekben az exanthema klasszikus tünemény kétségtelenül, mindazonáltal elégtelen ahhoz, hogy specifikus megbetegedést jelentsen. A vörhenyproblemáról vallott fölfogásomnak ez a magva.

A kanyaró exanthemája, legyen bármennyire is enyhe, mindenkor kanyaró; a bárányhimlő, legyen meg belőle akárcsak 6—7 hólyagocska, mindenkor bárányhimlő, mert a 6—7 himlőcske közül lesz legalább egy, mely specifikus, azaz, a bárányhimlő pustulájának összes typusos tüneteit föltünteti.

Ellenben a vörheny exanthemája igen sokszor nem jelentkezik typusos alakjában, mindazonáltal önálló betegségnek minősitik. Mi több, az exanthema, mely a vörheny önállóságát, specificitását jelentené, teljesen hiányozhatik. Scarlatina sine exanthemate! Ez a contradictio in adjecto nemcsak hogy a vörheny tanának az Achilles-sarka, de egyenesen magában foglalja, directe kimondja a mai tannak tarthatatlanságát. Szabad-e egyáltalában vörhenyről beszélni, a mikor a lényeg, az exanthema nincsen meg?

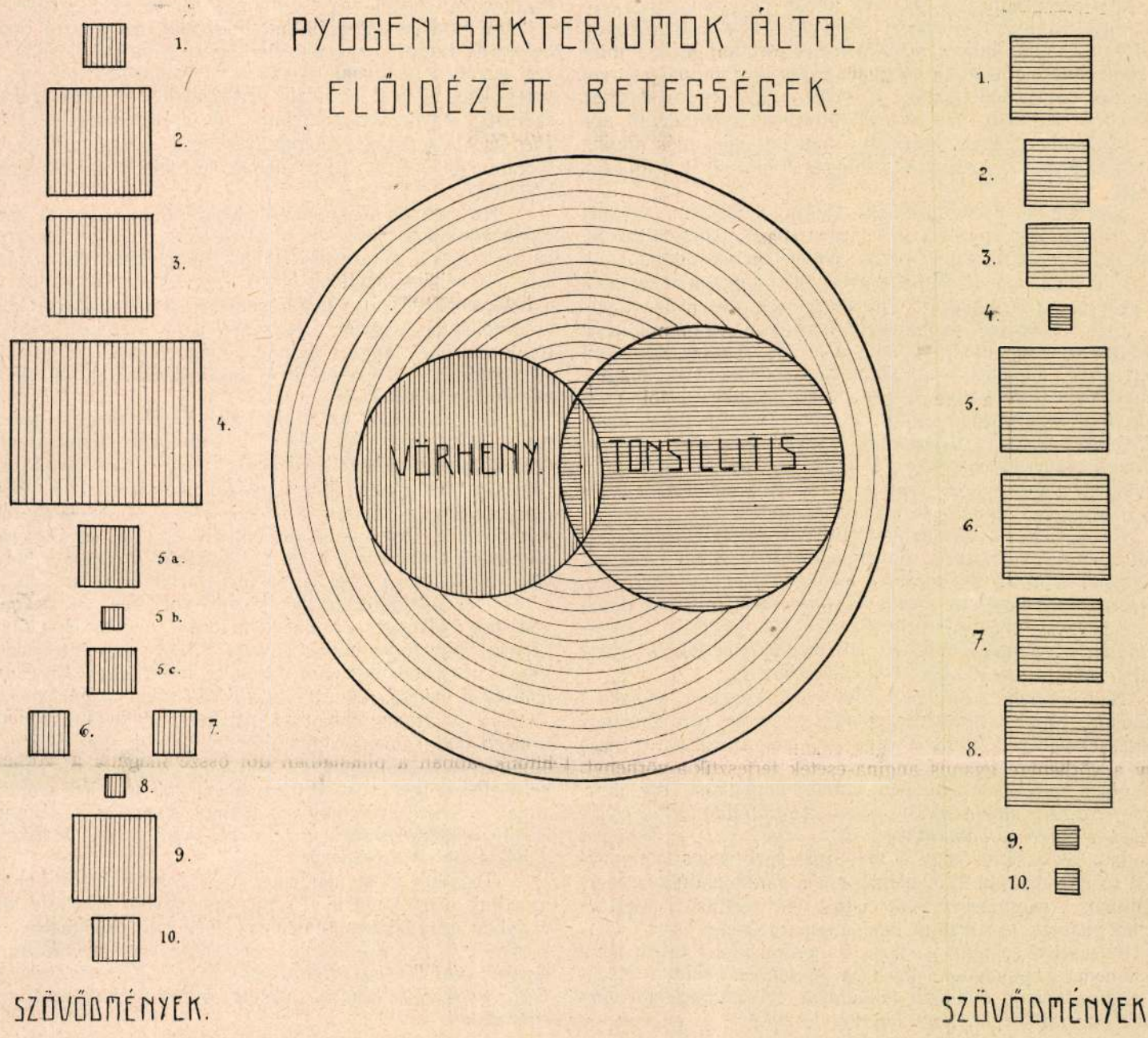
De erre azt mondják, hogy az angina volt typusos, azaz vörhenyes volt az angina. De ennél a pontnál legyünk objectivek; tegyük kezünket szivünkre, s valljuk meg nyiltan, hogy a vörhenyes és az egyszerű angina között éles választófalat vonni nem tudunk.

És a mint éles választófal nem vonható a vörhenyes és az egyszerű angina között, épp igy nem vonható éles válaszfal a vörhenyexanthema s vörhenyszerű exanthemák között. Lényegében miben is különböznék a vörheny exanthemája a sepsises folyamatok vörhenyszerű exanthemájától, avagy az erythema scarlatiniformétól? Abban a pillanatban, a melyben megdől a vörhenyexanthema specificitásába vetett hitünk, abban a pillanatban dől össze magától a vörhenyről mint specifikus megbetegedésről vallott fölfogásunk is.

Volt idő, nincsen miért tagadnom, a mikor magam is szinte visszahökkentem a vörhenyproblema lényegéről vallott fölfogásom következményeitől. Ma nyugodt lélekkel mondhatom, hogy másképpen érzek, másképpen gondolkozóm. Meggyőződésem, hogy fölfogásom helyes. Igyekszem tehát ennek a fölfogásnak barátokat szerezni abban a reményben, hogy az alap, melyre álltam, elvezethet majdan, fájdalom, nem a közeli jövőben, egy üdvös eredményes prophylaxishoz is. Hiába; a vörheny tana mai formájában többé fönn nem tartható; hogy előbbre jussunk, ezt a tant le kell rombolni.

A vörheny régebbi irodalmának tanulmányozása közben egy dissertatióra akadtam, melynek címe: „*Das Scharlachfieber und die epidemische Angina tonsillaris.*" 1864-ben irta: *Christian Friedrich Franz Niedner.* Mikor én ezt a dissertatiót elolvastam, azt kellett mondanom, hogy tulajdonképpen semmi sem új a nap alatt. Mert ha nem is mindent, de mégis elég sokat abból, a mit én eddig megirtam az angina és a vörheny egymáshoz való viszonyáról s a mihez én csak igen hosszas észlelés és kínzó töprengés árán jutottam el, már 48 évvel ezelőtt megirta, mert azonnal meglátta, a leipzigi egyetemi doktori méltóságra pályázó fiatal baccalaureus.

Ez a fiatal ember kell, hogy élesszemű megfigyelő lett légyen. Hiszen nagyon helyesen figyelmeztet arra, hogy a súlyos anginák súlyos alkati megbetegedésnek a benyomását keltik s hogy az általános megbetegedésnek a foka semmiképp sem áll arányban a localis elváltozással: „Teljesen ellenkezik a tapasztalatokkal, miket helyi megbetegedéseknél teszünk, hogy egy oly csekély affectióban mint a mandulákon, s a melynek nem lehet több jelentősége, mint kis tályognak vagy kis égési sebnek, lázas mozgalmakkal találkozunk, a melyeknek foka egyenesen ijesztő. 41·0 foknyi hőemelkedés, 140, sőt 160 érverés perczenként, nagyon rossz közérzet, intensiv fejfájás, éjjeli nyugtalanság, deliriumok, hányás és teljes étvágytalanság — mind oly tünetek, a melyeket nagyfokú tüdőgyuladásban, nem pedig csekély terjedelmű, tisztán localis affectióban várnánk." És tovább: „Ez



Az ábra magyarázata.

A nagy kör felöleli mindazokat a betegségeket, a melyeknek előidézői a *pyogen* bacteriumok. A valóságban ez a kör bizonyára sokkal nagyobb, de én csak azokra a betegségekre vagyok figyelemmel, a melyek *általános* tüneteket idéznek elő, tehát mint *általános, súlyosabb természetű megbetegedések* folynak le.

A nagy körön belül 2 kisebb, egyenlőtlen nagyságú kör alakjában elhelyeződik az *angina* és a *vörheny*. Az angina köre a vörheny köréhez viszonyítva a valóságban bizonyára sokkal nagyobb, de én megint csak a súlyosabb természetű anginákra voltam figyelemmel, melyek súlyosabb, általános tüneteket idéznek elő.

Úgy a vörheny, mind pedig a tonsillitis körének egy-egy területe közös; a vörheny köre tehát átterjed a tonsillitis körébe és megfordítva. Azaz: úgy a vörheny-, mint a tonsillitis-esetek egy bizonyos százalékában az esetek hovátartozandósága kétes. Vannak vörheny-esetek, melyek már csak angina-eseteknek tűnnek föl, és vannak angina-esetek, melyek már vörhenynek minősíthetők.

A vörhenytől balra eső koczkák a vörheny, a tonsillitis körétől jobbra eső koczkák a tonsillitis szövődményeit tüntetik föl. A koczkák száma közös; vagyis a szövődmények (+ úgynevezett utóbetegségek) egy és ugyanazok, csak gyakoriságukban van különbség, mi a koczkák egymáshoz viszonyított nagyságában jut kifejezésre; természetes intenzitásukban is van különbség, de ezt ez a séma már nem tudja kitüntetni.

1 = *Abscessus peri- et retrotonsillaris* Vörhenyben aránylag ritka, tonsillitis esetében igen gyakori.

2 = *Lymphadenitis.* Elgenyedés vörhenyben igen gyakori, tonsillitisben ritka.

3 = *Otitis. Vörhenyben* igen gyakori, szövődményeivel együtt; *tonsillitis* esetében ritka, leginkább a retronasalis angina mellett szokott jelentkezni.

4 = *Exanthema. A vörhenyben* a cardinalis jelenség; *angina* esetében elő nem fordul fölfogásom értelmében; más szerzők azonban megemlítenek „vörhenyszerű exanthemát" angina esetében is.

5 = *Izületi bántalmak. Vörhenyben:* 5 *a* = a betegség kezdetében, vagy a 2. hétben jelentkező *enyhe* múlékony izületi affectiók; 5 *b* = a *késői* alak; az izületi affectio súlyos természetű betegség, sokáig eltart, de sohasem végződik elgenyedéssel; ez alakra jellemző a *fixicitás;* legtöbbször csak 1—2 izületet támad meg; 5 *c* = *pyaemiás* természetű izületgyuladások, rendesen multiplicitásban. *Anginában* izületi affectiók (mint utóbetegség) aránylag igen gyakoriak = *polyarthritis rheumatica.*

6 = *Endo-pericarditis. Vörhenyben* áránylag ritka; *angina* után s *polyarthritissel* együtt nagyon gyakori.

7 = *Savós hártyák megbetegedése; vörhenyben* ritkább, mint *angina* illetve *polyarthritis* után.

8 = *Chorea. Vörheny* után ritka, *angina* (illetve *polyarthritis*) után gyakori.

9 = *Nephritis. Vörheny* után igen gyakori; *angina* után igen ritka.

10 = *Sepsis, pyaemia. Vörhenyben* aránylag igen gyakori, szerfelett ritka *anginában.*

oly kórkép, mely szerfelett hasonlít egy infectiós avagy intoxicatiós betegséghez és ha ezek között egy analogont keresünk, úgy bizonyára mindenki elsősorban is a vörhenyre fog gondolni — mert hiszen nem hiányzik semmi egyéb, mint az exanthema és a megkülönböztetés ekkor sem lehetséges, sem pedig szükséges nem volna." S végül: „Az itt felsoroltak azok az elméleti okok, melyek legalább véleményem szerint, annak a gyanuját teljesen igazolják, hogy az epidemiás angina és a vörheny között benső összefüggés fönforoghat, fönforognia kell."

Nos hát igen. *Niedner*-nek tejesen igaza van. Azt hiszem, elegen vagyunk, kik nem egy ízben tapasztalhattuk, hogy egy egyszerű angina olyan tünetekkel kezdődött, mik egy typhusnak, egy tüdőgyuladásnak stb. a gyanuját keltették föl, nem pedig az egyszerű follicularis anginaét. Néha megesik, hogy a betegség rázóhideggel, hányással, fejfájással, nagy bágyadtsággal köszönt be, pedig a hő 2—3 napig 40 fokon tartja magát, ellenben a torokban, a mandulákon sem fájdalomnak, sem duzzanatnak avagy pírnak nyoma sem látszik. Egyszerre csak reggel a torok megtekintésekor nagy meglepetésünkre észreveszszük, hogy a mandulák tele vannak hintve genyedéses pontokkal, a folliculusokon és lacunákon ott vannak a genyedéses csapok. Minimalis helyi elváltozásokkal sehogyan sem egyező általános tünetek!

És ezek a súlyos általános tünetek a csekély helybeli elváltozásnak nem kiséröi, hanem előfutárjai voltak! Hát ez az éppen! A helyi elváltozás, a localisnak felfogott fertőzés, egyszerre, egy csapásra megjelenik mindkét torokmandulán s megjelenik — biztosra vehetjük, bár nem látjuk — a garatmandulán is. S megjelenik, ha jól megtekinthetjük a garat hátulsó falát, a garat egyes folliculusaiban is.

Nem egyszer, százszor vetődött fel bennem annak a gondolata, vajjon a mandulagyuladás eseteiben nem általános fertőzéssel van-e dolgunk s vajjon a mandulákhoz a virus nem-e *a véráram* útján jut el?

Ilyen fölfogás értelmében a mandulagyuladás oly *általános fertőzéses megbetegedés volna, mely látható localis elváltozásokat csakis a mandulákon hoz létre.* Ezt a fölfogás támogatja az a tény, hogy a mandulák megbetegszenek egyszerre, symmetriásan s megbetegszik a garatmandula is, mely utóbbinak a megbetegedésére igen sok esetben jellegzetes tünetek utalnak. Az angina haematogen eredését igen valószínűvé teszi az a tény is, hogy a peritonsillaris tályog és a retrotonsillaris phlegmone kivételes esetekben minden előzetes angina nélkül, önállóan fejlődhetik. De mindezektől eltekintve, azt a fölvételt, hogy angina esetében a genyedéses folyamatokat előidéző virus haematogen úton jut a betegség helyére, leginkább erősíti az az észlelés, melyet tehetünk, ha a folyamat nemcsak a tonsillákra szorítkozik, hanem megbetegszik a tonsillákkal egyidőben a nyelv, fogíny, az ajkak, sőt a köztakaró is az ajkak körül és az állon. Ilyen esetet észleltem felnőttön; az általános, menthetetlen sepsis veszedelme nagy volt. A tonsillitis lacunarissal egyidőben megjelentek az apró kénsárga kis pustulák a nyálkahártya alatt a fogínyen, gyöngysor alakjában s megjelentek a hatalmasan megduzzadt ajkak belső felületén, de az ajkpíron is.

Ilyen óriási kiterjedésű folyamatot igazán bajos csakis localis fertőzéses betegségnek minősíteni.

Minduntalan olvashatjuk, szinte szállóigévé vált, hogy a mandulák igen sokféle fertőzéses megbetegedésnek a kapui; ezeken a kapukon, mintegy tárt ajtókon keresztül, hatolnának a mikrobák a szervezetbe. Ennek a szállóigének a védőpajzsa alatt esik áldozatul oly sok ártatlan tonsilla a guillotinnak, a késnek, avagy a galvanokauternek.

Pedig ennek a fölfogásnak lényegét megérteni és jogosultságát elismerni nem tudom. Hiszen alig képzelhető, hogy természettudományi alapon álló orvosnak az legyen a véleménye ezekről a szegény tonsillákról, hogy felesleges, haszontalan szervek. Bár élettani functiójukat nem ismerjük, mégsem tételezhető föl, hogy a szervezet életében ne legyen hivatásuk, ne legyen rendeltetésük. Erre érvet még abból sem kovácsolhatunk, hogy az össz-szervezet szemmel látható károsítása nélkül eltávolíthatók, még pedig, a mire olyan sokan olyan nagy ambitióval törekednek, *„gyökeresen"*.

A modern immunitástan iparkodik meggyőzni bennünket arról, hogy a reactiós jelenségek, a melyek localis fertőzés esetében beállanak, a szervezet védekezésének a fegyverei. Úgy is van. A localis fertőzést kisérő jelenségek czélszerűsége egyenesen bámulatos. A czélszerűség elve pl. a *Bier*-féle hyperaemiás therapiának is az alapgondolata, mely therapia így akarva nem akarva, a teleologiai fölfogásnak hódolt.

Ha arra az álláspontra helyezkedünk, hogy az angina olyan általános fertőzéses megbetegedés, mely legelőször is és legtöbbször a tonsillákon idéz elő helybeli elváltozásokat, úgy a tonsillák megbetegedését úgy is értelmezhetjük, hogy a betegséget előidéző pathogencsírák a tonsillákban tétetnek ártalmatlanná. Vagyis: a szervezet az ő védekezésében arra törekszik, hogy angina esetén a megbetegedés a tonsillákra szorítkozzék. A szervezet ezen iparkodását legtöbb, de nem mindenkor, siker kiséri.

De minősítsük az anginát akár localis megbetegedésnek, mely exogen úton jön létre — mit nem fogadok el —, akár általános megbetegedésnek, mely helyi elváltozásokat csakis a mandulákon hoz létre, a mikor is tehát a virus a mandulákhoz a véráram útján el: bizonyos, hogy az általános tünetek a mandulákon látható csekély elváltozásokkal nincsenek arányban s hogy az általános tünetek a helyi elváltozásokat néha 2—3 nappal megelőzhetik. Az aránytalanság a helyi és általános tünetek között még egy lehetőséget enged meg: kivételes esetekben a localis elváltozások oly csekélyek, hogy figyelmünket, avagy a beteg figyelmét elkerülik. Vagyis meg kell engednünk annak a lehetőségét, *hogy angina lefolyik a nélkül, hogy a tonsillák láthatóan megbetegednének.*

Hogy az anginában az általános és legtöbbször súlyos tünetek toxinhatásnak fogandók föl, azt hiszem, eziránt kétség nem foroghat fönn. És minthogy az általános tünetek a helybelieket igen sok esetben megelőzik, meg kell engednünk annak a lehetőségét, hogy a toxinok magában a véráramban lezajló bakteriolysisnek a termékei. Egy szóval: a toxinhatás a bakteriolysis eredménye.

Tegyünk most már még egy fontos lépést előre és mondjuk meg, hogy a vörheny sem egyéb, mint oly angina, melyben az általános tünetekhez még egy toxinhatás csatlakozik, t. i. *az exanthema. A vörhenyes exanthema nem egyéb, mint a bakteriolysisben felszabadult toxinoknak a bőrre gyakorolt hatása, vagyis bacteriumtoxinokra előálló cutanreactio.*

A vörhenyes exanthema, legalább bizonyos határokig, az intoxicatiónak a mérőfoka, sokkal inkább, mint a hőmérsék foka. A tapasztalt orvos szeme igen sok esetben, természetesen nem mindenkor, az exanthema intenzitásából tud következtetni a prognosisra. Sajátságos és kétségen felül álló tény, hogy a legélénkebb, legintenzivebb exanthemától kisért esetek igen sokszor a legsimábban, egyenesen krizisszerűen meggyógyulnak.

A mint a fibrines tüdőgyuladásban a heves, az erőteljes jelenségek szívesen látott vendégek vagy az orvost legalább is nem aggasztják, éppen így a vörhenyben is a bőr hatalmas megduzzadásával, óriási hyperaemiával, mely apró vérömlésekig fokozódhatik, a nagy nyugtalansággal, az erős viszketéssel, a heves, égető érzéssel és az igen magas lázzal lefolyó exanthema magán hordja jóindulatúságának a bélyegét. *A szervezet a toxinnal szemben igen hevesen, igen súlyos fokban reagál, de éppen a reactiónak ez a súlyossága szinte biztos jele a szervezet fölülkerekedésének.*

Scarlatina variegata esetében az exanthema nem fejlődik egyenlően mindenütt a bőrön. A toxin a véráram útján eljut az egész köztakaróra mindenüvé, mindazonáltal az exanthema nem tud teljes continuitásában, hanem csak foltos alakjában kifejlődni. És sajátságos, a scarlatina variegatáról azt tartják, hogy ceteris paribus súlyosabb megbetegedést jelent, mint a normalis megjelenésű exanthema.

A scarlatina sine exanthematét olyan scarlatina varie-

gatának foghatjuk föl, melynél exanthema a köztakarón egyáltalában nem fejlődik ki sehol. De hogy a köztakaró, ha mindjárt nem is szemmel láthatóan, de mégis bizonyos fokig reagált a toxinhatásra, bizonyítja a későbben, bár a rendesnél enyhébb fokban, bekövetkező hámlás. A scarlatina sine exanthematét csak úgy, mint a variegatát, a normalisnál súlyosabb alaknak szokták minősíteni.

Nézzük végül az exanthemát a rosszindulatú vörhenyben és pedig ennek legsúlyosabb alakján, a foudroyant lefolyású vörhenyben. Attól eltekintve, hogy az exanthemának néha nincsen is ideje kifejlődni, mert a szervezet már előbb roppan össze, sokszor csakis variegat és livid alakban jelenik meg, mely utóbbinak rossz prognosisos jelentősége eléggé ismert.

Mi a vörhenyes exanthema jelentősége a gyógyulás, a szervezet védekezése szempontjából?

Szívesen veszem magamra az odiumát, hogy a neovitalismus bűnébe esem, de nyiltan kiírom, *hogy az exanthema az ő klasszikus, az ő tüneményes alakjában mindenkor a csodálat érzelmét költi föl bennem. A természetnek egy gyönyörű védekezési fegyverét, meglepően czélszerű berendezkedését pillantom meg benne.*

A köztakaró az emberi szervezet legnagyobb felülettel bíró szerve. A toxinok éppen ide kerülnek a véráram útján; az exanthemának a kifejlődése kétségtelen bizonysága annak, hogy itt is köttetnek meg, vagyis tehát, hogy iderögzíttetnek és a vérpályából kirekesztetnek. Az exanthema kifejlődésének ez az értelme. Hogy a toxinok itt hatásukban paralyzáltatnak-e, tönkremennek-e vagy sem, nem tudom. De nem hiszem. Azt hiszem, hogy resorptio útján, az exanthema elhalványulásával lépést tartva, ismét a véráramba kerülnek s távoznak a szervezetből a lélegzés, a bőr perspiratiója révén és távoznak főképpen a vizelettel, a vese révén. Erre utal elsősorban az a körülmény, hogy vörheny esetén éppen a vese betegszik meg oly gyakran és olyan jellegzetesen. Azt hiszem, a vörhenyes vesegyuladásnak a pathogenesise nem olyan rejtélyszerű, mint sokan hiszik. A vörhenyes vesegyuladás a bacteriumtoxinhatás által kiváltott heveny vesegyuladásnak valóban typusa. Hogy miért betegedik meg a vese olyan gyakran vörheny folyamán, nem meglepő, ha föltételezzük, hogy a vörheny nem egyéb, mint angina és fokozottabb reactióképesség. A fokozottabb reactióképesség a vesére is kiterjed. Vörhenymegbetegedés esetében a vese is érzékenyebb, fokozottabb mérvben reagál és épp ezért betegedik meg olyan könnyen. Hogy megbetegedik sokára, 2, 3, 4 hét mulva, sőt még később az exanthema eltűnése után, sem nem meglepő, sem nem érthetetlen.

A bakteriolysisben hirtelen fölszabadult és főképpen a köztakaróban elraktározott toxinok csak lassan hagyják el a szervezetet; a vese, elsősorban a glomerulusok, állandóan károsulnak. Inger ingerhez összegeződik, míg végre a cumulativ hatás reactiója képében a vese hirtelen, nem ritkán lázas mozgalmak kiséretében, megbetegedik. A vesegyuladásnak megvan a maga lappangási szaka. De nem tévesztendő szem elől, hogy vannak praemonitorikus, vagy mondjuk prodromalis tünetei is. Több nappal a vesegyuladás megjelenése előtt qualitative, sőt még quantitative ép vizelet mellett is, föltűnik patienseink erős halványsága mellett a szemhéjak csekélyebb fokú oedemája. Kétségtelen tehát, hogy a vese máris beteg lehet a nélkül, hogy ennek tünetei a vizeletben megnyilvánulnának. Ezt különben legszembetűnőbben bizonyítja az a ritka jelenség, a mikor a vese elégtelen működésének legsúlyosabb alakja, az uraemia explosive tör ki előzmények nélkül, teljesen ép vizelet mellett. És azt hiszem, hogy azok a tünetek, a melyek a vesegyuladás beköszöntését rendszerint jelzik, vagyis a hányás, fejfájás, nehezebb légzés, máris tulajdonképpen uraemiás jelenségeknek foghatók föl s arra utalnak, hogy a vese functiója már előbb alábbszállott volt, mielőtt a gyuladás tünetei megnyilvánultak volna.

(Vége a jövő számban.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Adat a recidiváló scarlatina ismeretéhez.*

Közli: ***Bókay Zoltán*** dr., klinikai II. tanársegéd.

Thomas tanár[1] (1874) a visszatérő scarlatinákat három csoportra osztotta, mely beosztás lényegtelen változtatásokkal, jobb híjján, még ma is fennállhat. Megkülönböztet ugyanis *pseudorecidivákat, valódi recidivákat* és *újbóli scarlatinás megbetegedéseket.*

Pseudorecidiva névvel illeti azon eseteket, hol a hosszabb ideig elnyúló lázas időszakban a második, illetőleg harmadik héten újból jelentkezik exanthema, a mely az egész testre kiterjed, esetleg csak a törzs legnagyobb részére; a kiütés a scarlatinára jellemző kiütés alakját mutatja, csupán a sűrűn pontozott pír kis foltjai valamivel nagyobbak, mint azt rendesen látjuk. A kiütés csakhamar eltűnik. A hőmérsék magasra szökhetik fel, de a kiütés eltüntével enged. A torokkép nem felel meg a scarlatina angina megszokott képének.

Valódi recidiváknak *Thomas* a vörhenynek azon nyilvánulását nevezi, mely a reconvalescentiában a láztalan időszak alatt, egyszerre mintegy váratlanul jelentkezik, hányással, vagy a nélkül, magas lázzal, erős exanthemával és typusos torokbelöveltséggel.

Az újbóli vörhenymegbetegedés egy, évek múlva bekövetkezett ismételt fertőzés eredménye s csak az immunitás elvesztése szempontjából bírhat érdekességgel.

A pseudorecidivák nagy része rendesen oly gyorsan folyik le, hogy azokat, mint azt *Koerner*[2] kimerítő munkájában is említi, sokszor csupán véletlenül ismerik fel. Ezen ismételt kiütés, *reversio eruptionis (Thomas)*, rendesen csak órákig áll fenn és csakhamar elhalványodva, hámlás nélkül eltűnik. A franczia irók ezen scarlatina alakot *fausse rechute*nek nevezik, ellentétben a valódi recidivával, melynek megjelölésére a *rechute de la scarlatine* nevet alkalmazzák.

Másként látjuk ezt a valódi recidivák eseteiben. Az előzetes lázas időszak után, a hámlás időszakában magas hőmérséklettel jelenik meg a typusos kiütés, a mely úgy, mint azt az eredeti vörhenymegbetegedésekben észleljük, több napig lesz látható, s elhalványodását kifejezett hámlás kiséri. *Baginsky* egy esetében a recidivát követő hámlás feltűnő erős és tartós volt.

A recidiva lehet erősebb, ugyanoly erős, vagy gyengébb nyilvánulású, mint az eredeti első vörhenyes megbetegedés, érdekes azonban s ezt e szerzők legnagyobb része, így *Koerner* és *Moizard*[3] is kiemeli, hogy az esetek zömében a recidiva erősebb lázzal és vehemensebb tünetekkel jár, mint maga az első nyilvánulás. Ennek magyarázatára *Schick*[4] három eshetőséget vesz fel: lehet, hogy a mikroorganismus nagyobb virulentiát nyer a szervezetben, vagy a szervezet veszít ellentállóképességéből s így a különböző szervekben latentiában levő mikroorganismusok újra életre kelve újból elszaporodnak, vagy lehet esetleg az is, hogy a szervezet az első megbetegedés után túlérzékenynyé lesz és kívülről fertőződik újonnan és így jön létre a recidiva. Érdekes tény gyanánt említhetjük fel, hogy ezen recidivák, bár jobbára súlyosabb klinikai képet mutatnak, aránytalanul kedvezőbb prognosist nyujtanak, mint azt hasonló intenzitással bíró egyéb vörhenymegbetegedésekben látjuk. Ezt talán úgy lehet értelmezni, hogy a túlvirulens fertőző agensre prompt és gyorsan reagáló szervezet befolyásolja a kimenetelt kedvező módon éppen a reactiónak gyors bekövetkezésével, így az antitest-productio

* Minden jog fentartva.

[1] *Thomas: Ziemssen* Spec. Path. u. Ther., II. Bd. 172. (1874.)

[2] *Koerner:* Jahrb. f. Kinderheilk., IX. Bd., pg. 362, 1876.

[3] *Granchez-Comby:* Traité des maladies des enfants, T. I., pg. 288, 1904.

[4] *Nothnagel:* Spez. Path. u. Ther. Scharlach. pg. 150, 1912.

gyorsabban következik be, másrészt esetleg talán azáltal, hogy már előképezett antitestek vannak jelen az újból megtámadott szervezetben.

A valódi recidiva, úgy látszik, egyrészt az egyéni, illetőleg családi dispositiónak, másrészt a fertőző agens szokatlan és sajátszerű virulentiájának köszöni létrejöttét. Ennek bizonyítására szolgál, hogy a közölt recidiva-esetek között több olyan ismeretes, a melyek testvéreken fordultak elő egyugyanazon időszakban, másrészt bizonyítéka a fertőző anyag hypervirulentiájának az a tapasztalat is, a melyet pl. *Antony* ismertet a *Saint-Martin de Ré* helyőrségében észlelt járvány statisztikájából: e helyi járvány alkalmával ugyanis 51 katona betegedett meg s ezek közül 17 katonán látták a recidiváló alakot. A családi dispositio érdekes példáit megtaláljuk a szerzők egész sorozatánál.

Egyes régibb szerzők a recidivát nosocomialis betegségnek tartották, s azt ajánlották, hogy az üdülési szakba eljutott vörhenybetegeket az acut stadiumban levőktől el kell választani, nehogy újból fertőződjenek. Ezen nézet azonban alig bírhat valószínűséggel, mert nagy anyaggal rendelkező kórházak statisztikájában ez esetben a recidiváknak sokkal gyakoriabbaknak kellene lenniök. A „*Stefánia*"-gyermekkórház anyagában, hol a különválasztást ily czélzattal soha sem foganatosítottuk, évtizedek óta nem láttunk recidivát, s az észlelők nagy része általában hangsúlyozza a *recidiva-esetek aránylag gyér előfordulását. Escherich* és *Schick* szerint jelentkezési gyakorisága 0·1—0·5%.

17.-én az exanthema még kifejezettebbé lesz, jellegzetes málna-nyelv, a hőmérsék úgy a reggeli mint az esti mérések alkalmával 38° C. 18.-án a kiütés már halványul, a torokfolyamat még mindig a tegnapi képet mutatja.

19.-én a kiütés elhalványult s a gyermek láztalan.

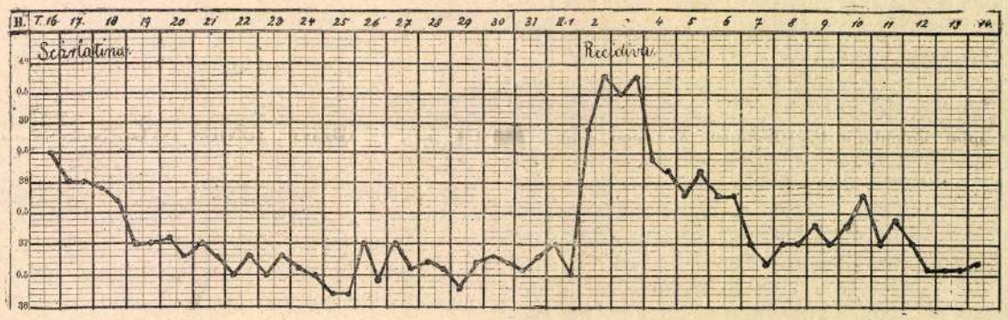
28.-ától kezdve gyér korpádzó hámlás. 29.-étől kezdve főleg a tenyereken és a talpakon látható lemezes hámlás. Egész idő alatt a vizelet fehérjementes, a közérzet jó.

Február 2.-án, minden átmenet nélkül, 38·9—39·8° C. hónaljhő. Törzsön és a nyakon igen intensiv, élénk vörös, sűrűn pontozott kiütés jelentkezik, a mely az orr- és szájkörüli tájékot szabadon hagyja, s nyomásra elhalványodik. A torok erősen belövelt, nyálkahártyája felernyedt. A vizelet fehérjementes. Bágyadtság.

3.-án a kiütés az egész testre kiterjedt, csupán az orrszárnyak és szájkörüli részek halványak, az exanthema erősen rákvörös, kifejezetten pontozott jellegű, s a bőrfelületen egyenletesen van elterjedve. A nyelvhát erősen lepedékes, szélein kezdődő tisztulást mutat. A torok erősen belövelt, mindkét tonsilla duzzadt, belfelületükön gombostűfejnyi-lencsényi, szürkés-szennyes necrosisos szigetek, mérsékelt foetor ex ore. A közérzet még nyomott.

4.-én a kiütés kezd halványodni, a közérzet javult. A torokképletek még erősen belöveltek, a necrosis változatlan. Hőmérsék: 38·4—38·2° C.

5.-én a kiütés elhalványodott. Kifejezett málna-nyelv. A tonsillákon piszkos-szürkés felületes necrosis, foetor ex ore



A recidiva az esetek többségében az első vörhenyes tüneteket követő 3.—4. héten szokott jelentkezni. *Escherich-Schick* 72 összegyüjtött esetből készült statisztikája szerint kifejlődése a következő időszakokra oszlott szét:

1	hétre	1	esetben
2	„	10	„
3	„	21	„
4	„	22	„
5	„	11	„
6	„	5	„
8	„	1	„
10	„	1	„

A recidivát épp úgy követhetik a vörheny különböző szövődményei, mint az eredeti vörhenyes megbetegedést, a halálozási százalék azonban, mint már fent is említettük, a vörheny eredeti halálozási százalékánál kisebb. *Jeanselme* összeállítása szerint 12%.

A mi esetünk kórtörténete a következő:

K. E. 8 éves leánygyermek. Felvétetett 1912 janur 16.-án. 15.-étől fogva magasabb láz, torokfájás, kedvetlenség. 16.-ától fogva exanthema. Jól fejlett és táplált leánygyermek, csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat, a fej rendes alkotású. Az orr-, fül- és szemnyilások tiszták. A torokképletek erősen duzzadtak, vörösek; bevont, erősen lepedékes, szélein kissé tisztulni kezdő nyelv. A mellkasi, hasi szervek felett semmi eltérés. Az egész testfelületen, az orr- és szájkörüli tájék kivételével, halványpiros, pontozott jellegű typusos vörhenyes kiütés. Hőmérsék 38·5° C.

eltűnt. A nyaki subangularis mirigyek baloldalt kissé duzzadtak, mogyorónál nem nagyobbak. A vizelet fehérjementes. Hőmérsék: 37·8 – 38·2° C.

6.-án az exanthema már alig látható. A torokképletek még fellazultak és belöveltek. A tonsillákon és az uvula bal oldalán izzadmány még látható, mely úgy kikent készítményeken, mint culturalisan vizsgálva Loeffler-bacillusra negativ. A baloldali állalatti mirigyek erősebben duzzadtak, fájdalmasak. Még mindig typusos málna-nyelv. Kezdődő hámlás. Hőmérsék 37·8—37·8° C.

7.-én. A torokfolyamat javult. Mindkét oldali nyakmirigyek mogyorónyiak, nem fájdalmasak. A hámlás kifejezettebb, a málna-nyelv eltűnőben. A vizelet fehérjementes. A közérzet jó. Hőmérsék 37—36·7°.

9.-én. A torok feltisztult, a beteg láztalan, a vizelet fehérjementes.

13.-án. A nyakon és a törzsön lemezes hámlás indul meg.

Egész idő alatt semmi szövődmény sem zavarja a reconvalescentiát, a közérzet állandóan jó. Márczius 16.-án gyógyultan, teljesen lehámlott bőrfelülettel elbocsátjuk a beteget.

A fentebb közölt kórtörténet áttekintésekor látjuk, *hogy míg az első vörhenynyilvánulás jóformán csak négy napig tart s eléggé enyhe, addig a reconvalescentia 18. napján jelentkezett valódi recidiva lefolyása és intenzitása jóval súlyosabb és hosszadalmasabb volt.* Feltűnő továbbá, hogy daczára az aránylag magas hőmérsékeknek, a leányka közérzetét a recidiva csupán első két napján befolyásolta.

Tekintettel arra, hogy esetünkben úgy az eredeti vörheny, mint a recidiváló kiütés egészen jellegzetesen mutat-

kozott, a diagnostikai tévedés lehetősége teljesen kizárt, nevezetesen nem foroghat fenn azon eshetőség, hogy az eredeti enyhébb formájú kiütés talán IV. betegség lehetett és evvel kerülvén a gyermek a kórház vörheny-osztályára, itt utólag fertőződött vörhenynyel.

Közlemény az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a Henoch-féle purpura abdominalis ismeretéhez.*

Irta: *Gara Artur* dr., klinikai gyakornok.

Az utóbbi időben az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházban két oly *Henoch*-féle *purpura abdominalis* esetet volt alkalmunk észlelni, melyek megjelenés és lefolyás tekintetében több érdekes sajátosságot tüntettek fel.

Az első eset a következő: *M. Emil* 9 éves fiúgyermeket 1911. évi november hó 25.-én hozták be járóbeteg-rendelésünkre. Az addig teljesen egészséges gyermek körülbelül *két hét előtt görcsös hasfájdalmakról* kezdett panaszkodni, melyek *napjában gyakran* jelentkeztek *hányás* kíséretében; az első héten teljes obstipatio, székletét nem volt, azóta minden nap, de csak beöntésre. A korához képest kissé gyengén fejlett és táplált, 18 kg. sulyú fiúgyermek köztakarója és látható nyálkahártyái középvértartalmúak, teljesen tiszták. A mellkasi szervek épek. A has nem elődomborodó, kissé feszes. A bélkonturok nem láthatók, bélösszehúzódás nem váltható ki. A has elég jól áttapintható, benne rendellenes resistentiát nem érzünk. Végbélvizsgálatkor eltérést nem állapíthatunk meg, a vizsgálat után a végbélből két ascaris lumbricoides távozik el. Az érlökés telt és szabályos, perczenként 100. Hőmérsék 37° C. A közérzet a fájdalommentes időben jó.

November 26.-án. Három ízben hányás, gyakori, eléggé intenziv kolikaszerű fájdalom. Széke nem volt. Rendelés: Santonin calomellel.

November 27.-én. Elég jó közérzet. Nem hányt. A *bal alhastájon* körülbelül a *köldökig felérő, tompa kopogtatási hangot adó, érzékeny terület,* resistentia *nem* érezhető. Egy ízben szürkés nyálkával és kevés véres csíkkal kevert pépes széklet. A vizelet tiszta. Hőmérsék 37·0° C. Ascaris nem ürült. A santonint elhagyjuk.

November 28-án. A nyelv bevont. Nem hányt. A kolikaszerű fájdalmak megszüntek; a bal alhason fekvő tompulat, egyoldalt fekvő keskeny csík kivételével teljesen feltisztult. Négy ízben igen híg, véres székletét, tenesmus nélkül. Az érlökés telt és szabályos, perczenként: 102. Hőmérsék 37·0° C.

November 29.-én. A közérzet jó. A hason levő tompulat teljesen feltisztult. Két ízben igen híg, véres székletét.

November 30.-án. A gyermek bágyadt, a nyelv erősen bevont. Végbélvizsgálatkor normalis lelet. Két ízben híg véres székletét. Hőmérsék 37·2° C.

Deczember 1.-én. Úgy az alsó, mint felső végtagokon elszórtan, különösen az izületek körül különálló köles-lencsenagyságú, kékesveres, nyomásra el nem halványuló, a bőr felszínét meg nem haladó *vérömléses foltok.* Ezekhez hasonló babnagyságú foltok a scrotum és penis tövén. A scrotum férfiökölnyire duzzadt, fájdalmas. A végtagok mozgatásra fájdalmasak. Mindkét lábfő kizzé duzzadt. A szájnyálkahártya halvány. A szívhangok tiszták. A vizelet tiszta. Hőmérsék 37·4° C. Vegetabilis diaeta és belsőleg 1% calcium chloratum crystallisatum.

Öt nap mulva a foltok helyén már csak halvány pigmentatiót észlelhettünk. A has nem fájdalms. A herezacskó duzzanata teljesen visszafejlődött. A székletétek pépesek, de még kissé véresek. Láztalan.

* Minden jog fentartva.

Deczember 6.-án. A könyökizület felett, majd a térd- és bokaizületek felett is köles-babnagyságú, halványpirosan színezett kissé fájdalmas göbcsék keletkeznek. A székletét összeálló, nem véres.

Úgy a vérzéses foltok, mint a göbcsék csakhamar eltünnek, azonban a beteg kórházi tartózkodása alatt még három ízben jelentkeznek, míg végre 5 cm³ serum animale bőr alá fecskendezése után többször nem jelentkeznek s a gyermek 1911 évi november hó végével gyógyultan távozott a kórházból s 1912 évi február hó közepéig újabb rohama nem is volt.

A betegség alatt végzett három vérvizsgálat eredménye a következő:

	Idő	Hgb	Vörös vérsejtek száma	Fehér vérsejtek száma	Neutrophil polynucl.	Eosinophil	Kis lymphocyták	Nagy lymphocyták
1	Eruptio XI/2	85%	3,440.000	24.000	82%	2%	10%	6%
2	XI/9	84%	3,210.000	16.400	78%	2%	14%	6%*
3	Serum XII/14	95%	6,200.000	8.500	63%	1%	29%	7%

* Anisocytosis.

A közölt kórkép megfelel a *Henoch* által 1874-ben leírt kórképnek, melyet azóta *Henoch-féle purpura abdominalisnak* neveznek. Több közlés jelent meg erről ez idő óta, melyek közül különösen a *Dusch*- és *Hoche*-ét emeljük ki, mint a mely szépen vázolja a purpura abdominalis klinikai képét s összegyűjtve tárgyalja a világirodalomban közölt eseteket. Beszámolnak 39 esetről, melyek közül 17 vonatkozik a gyermekkorra. A *Henoch*-féle purpura abdominalis rendes lefolyására jellegzetes, hogy miután már különböző hosszú idő óta purpurás foltok és izületi fájdalmak vannak jelen, hirtelen bél- és gyomorzavarok állnak be, miközben újabb purpurás foltok mutatkoznak s az izületi fájdalmak is erősbödnek. Ezen gyomorbélzavarok főbb tünetei a hányás és a kólikák. A hányás igen makacs, egyre ismétlődő, a hányadék eleinte sárgás, később véres. A kólikás rohamok meglehetős sűrűn jelentkeznek és a betegnek igen erős fájdalmat okoznak. A fájdalom a székelésig fokozódik, és utána megszűnik. A beteg kezdetben ritkábban, majd gyakrabban székel, hasmenés áll be, a székletét színe feketés, néha narancssárga. A purpurás foltok nem különböznek a többiektől, kedvencz helyük az izületek körül van, hol legsűrűbben jelentkeznek, de láthatók egyébütt is. Nyálkahártyavérzés nem szokott beállani. A hőmérsék rendesen emelkedettebb, de a 38·5° C-t nem igen haladja meg. A tüneteknek rohamokban való jelentkezése jellegzetes erre is, mint minden purpurára, azonban itt néha az egyes rohamok között hosszabb idő is eltelhetik. Olykor veselob is csatlakozik az imént jelzett kórtünetekhez.

Fent leírt esetünk közlését sajátszerű, *a typustól eltérő* megjelenési alakja és lefolyása tette indokolttá. A feltünő eltérés esetünkben abban nyilvánul, hogy betegünkön a *hasi tünetek jelentkeztek előbb* és csak *jóval később, a megbetegedés harmadik hetében jelentek meg a purpurás foltok.* A betegségnek ezen szokatlan megjelenési alakja okozta azt, hogy kezdetben nem is gondolhattunk a *Henoch-féle purpura abdominalisra,* hanem a makacs hányás, teljes obstipatio s a rohamokban jelentkező heves hasi fájdalmak miatt tág értelemben vett úgynevezett *invaginatio chronicára* gondoltunk s a műtéti beavatkozástól csak a fiú eléggé jó közérzete s a tünetek aránylag nem súlyos foka tartott vissza bennünket.

Hogy mennyire jó volt ez esetben a műtéti beavatkozással való várakozás, mutatta eléggé a purpurák megjelenése, mely a hasi tünetek természetét új világításba helyezte.

A *Henoch*-féle purpura abdominalis hasonló esetét írja le *Lett* is egy három éves gyermeken, kinél néhány nap óta gyakori híg székletek állottak fenn. Bemutatáskor a térd- és könyökizületek, a scrotum és a lábszár duzzadtak, a székletét véres, nyálkás; makacs hányás, meteorismus és gyakori kólikák voltak jelen. A gyermek rossz közérzetétől befolyásolva laparatomiát végeznek, mikor is kisfokú intussusceptiót találnak, melyet könnyen feloldanak. Következő nap kifejezett purpura és bélvérzés áll be; a gyermek harmadnap meghal. Kórbonczolástani lelet: peritonitis universalis et intussusceptio valvulae ileocoecalis.

Lett ezen esete mindenesetre gondolkodóba ejthet bennünket és önkéntelenül is felvetődik ennek kapcsán az a kérdés, vajjon a purpura abdominalis eseteiben, midőn a kórkép annyira hasonló az intussusceptióhoz, nincsen-e mégis intussusceptio, vagy az idősült bélelzáródás esetén a pangó béltartalomból esetleg felszívódó mérges anyagok nem járulhatnak-e a purpura kórképének létrejöttéhez. Hogy ilyen irányú gondolatmenetünk nem egészen indokolatlan, mutatja második esetünk, melyet csak a legutóbbi időben észleltünk.

Az öt éves fiúgyermek már két év óta időközönként purpura-rohamokat állott ki, gyakran vérzik az orra és igen könnyen képződnek nála bőrvérzések. Betegsége alatt erősen lesoványodott. Bemutatása előtt két héttel újból az egész testen elszórt sötétpiros vérzéses foltok jelentkeznek és állítólag a szájából is vérzett. Két nap óta erős kólikaszerű fájdalmak és székrekedés, vizelet véres. Bemutatáskor a kissé gyengén fejlett, erősen lesoványodott gyermek igen halvány, köztakaróján az arcz kivételével mindenütt köles-lencsenagyságú, éles szélű, a bőr színe felé nem emelkedő, nyomásra el nem tűnő, világos-sötétebb kékesveres foltok láthatók. A nyálkahártyák halványak, tiszták. A szívhangok tiszták. Az érlökés rhythmusos, közepesen telt, perczenként 120. A has mérsékelten előredomborodó, *a köldöktől jobbra egy körülbelül férfiökölnyi, kissé megnyúlt, fájdalmas, kevéssé mozgatható, tompa kopogtatási hangot adó resistens képlet tapintható.* Hányás. Vizelet: fajsúlya 1016; vegyi hatása savi; kissé zavaros, mely zavarosság főzésre nem tisztul fel egészen. A vér nyomokban kimutatható. Ágynyugalom, vegetabilis diaeta és 1% calcium chloratum adagolás mellett másnapra a resistentia eltűnik, csak a köldöktáj érzékenysége marad vissza. Székletét nem volt, több ízben hányt. A negyedik napon a has jól áttapintható, a köldöktáj kisfokú érzékenysége még fennáll. Újabb vérzések nem jelentkeztek; glycerines beöntésre bőven ürült híg, kissé véres szék. Délután a gyermek igen bágyadt, szívgyengeség áll be. D. u. 7 órakor meghal.

A kórbonczolás *(Bókay Zoltán* dr.) bennünket érdeklő része a következő: A mellkas megnyitásakor a szívburok féltenyérnyi terjedelemben fekszik szabadon. A pleurák fényesek, a tüdők szabadok, felszínük márványozott, kevéssé vérbő, metszéslapjukról nyomásra apró hólyagos savó ürül. A szívburok sima, fénylő, ürében pár cm^3-nyi szalmasárga savó. A szív ökölnyi, petyhüdt, izomzata vérszegény, halványbarna. A szívbelhártya és billentyűk épek. A hasüregben 1 m. 10 cm.-rel a coecum felett a bélben székelő szederjes térfogatnagyobbodás tűnik szembe, mely felett a belek *tágultak, míg alatta összeesettek. A bél felmetszésekor kiderül, hogy a térfogatnagyobbodás az ileum 8 cm.-nyi darabjának betüremléséből származik.* Az invaginatum fel- és lehágó szára véresen beivódott, vizenyős s ezáltal csaknem 1·5 cm.-nyire megvastagodott. *Az invaginatum csúcsáról körülbelül 100 cm^3 véralvadék lóg le polypszerűen az alatta fekvő vékonybélrészletbe,* a melyben kevés vér is foglal helyet. A leszálló colon alsó részében a flexura sigmoidea felett a bélfal hasonlóan véresen átivódott. A vesék középnagyok, tokjuk könnyen levonható; tokjukon és felszínükön néhány lencsényi vérzés. A többi szervekben eltérés nem találtatott.

Kórbonczolási kórjelzés: Lymphadenit. chronic. glandul. peribronch. et peritrach. *Purpura haemorrhagica. Intussusceptio ilica. Enterorrhagia.* Anaemia universalis.

Ezen most leírt esetünk szépen mutatja, hogy *intussusceptio haemorrhagiás diathesissel kapcsolatban lehet jelen.* Különös jelentőséget két esetünknek azon okból tulajdonítunk, mert nagyon valószínűvé teszik, hogy bár az esetek egy részében a *Henoch*-féle purpura abdominalisnak typusos tünetcsoportja mellett kórbonczolási intussusceptio hiányzik, mégis előfordulnak esetek, midőn a hasi tünetek kiváltásának megvan a kórbonczolástani alapja: a bélbetüremkedés. Hogy ez nem kivételes eset, bizonyítja nemcsak a mi két esetünk, és *Lett* leírt esete, hanem *Döbeli* észlelete is, melyben a kórlefolyás körülbelül megegyezik első esetünkével: 8 éves fiúgyermeken a hasi tünetek jelentkezése után nyolcz nappal mutatkoztak a purpurafoltok. A bal bordaív alatt daganatot éreztek, mely intussusceptio jelenlétére hívta fel a figyelmet. A beteg gyógyult.

Azon kérdésre kellene még válaszolnunk, hogy mi az összefüggés ezen esetekben az intussusceptio és a haemorrhagiás diathesis között. Tekintettel a második esetünkben konstatált kórbonczolási leletre, nem lehetetlen, hogy az enterorrhagia folytán keletkezett nagyobb, a bélfalhoz tapadó vérrög vongálta a bélrészletet súlyánál fogva egy alsóbb bélrészletbe, s hozta létre fokozatosan az intussusceptiót. Másfelől nem tartjuk lehetetlennek, hogy ismeretlen okból az intussusceptio haemorrhagiás diathesis kifejlődéséhez vezethet.

Irodalom. *Dusch* und *Hoche*: Die Henochschen Purpura 1890. Festschrift für E. Henoch. — *Henoch*: Lehrbuch für Kinderheilkunde. *Henoch:* Über eine eigene Form von Purpura. Berl kl. Wochenschrift 1874. — *Döbeli*: Purpura abdominalis (Henoch). Schweizer Corresp Bl., 1908, No. 7–9. — *Lett*: Henochs Purpura and intussusception. Lancet 1909, II. 20.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bandelier und Roepke: Die Klinik der Tuberkulose. Handbuch der gesamten Tuberkulose für Aerzte und Studierende. Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1911. 473 oldal.

A német orvosi irodalom nem bővelkedik a tuberculosis klinikáját tárgyaló könyvekben. A legértékesebb művek, mint *Cornet, Fraenkel, Sokolovsky* és *Schröder-Blumenfeld* könyvei nem értek meg újabb kiadásokat s így nem vehetik tekintetbe a gümőkórtan jelentékeny haladását, a mely az utóbbi években úgy az aetiologiában, mint a diagnostikában észlelhető volt. Örömmel üdvözölhettük tehát azoknak a szerzőknek művét, a kiknek érdeme a specifikus diagnostika és therapia ismertetésében nálunk is ismert. A tuberculosis klinikájának feldolgozása azonban jóval nagyobb feladat, mint a tuberculinkészítmények ismertetése a szerzők előző munkájában.

A szerzők a könyv előszavában szokatlanul dicsérőleg nyilatkoznak munkájukról. Ez előszó s a sokat mondó czím (Handbuch der gesamten Tuberkulose) az oka talán annak, ha az olvasó fokozott igényekkel lát olvasásához. Egy 473 oldal terjedelmű könyvben azonban szinte lehetetlen e sokoldalú kérdés alapos tárgyalása. Egyes fejezetek compendiumszerű és hiányos feldolgozása bizonyítéka ennek. Legjobban sikerültek a könyv azon fejezetei, a melyekben a szerzők személyes, sanatoriumi tapasztalataikat értékesíthették a tüdő tuberculosisának gyógyításában. Jól van megírva a tüdőgümőkór symptomatologiája, specifikus diagnostikája, a sanatoriumi gyógyítás, a tuberculingyógyítás és a gümőkór elleni küzdelem ismertetése. Ezzel szemben kevésbé sikerült a physicalis diagnostika és a többi szerv tuberculosisának leirása. Igy pl. a meningitis fejezetében nem találjuk megemlítve annak egyik sarkalatos tünetét, a *Kernig*-félét. Általában a szerzők nagyobb súlyt látszanak a laboratoriumi vizsgáló módszerekre helyezni, mint a physicalisokra, a mi a jelenleg uralkodó német szellemnek megfelelő. Azonban ebben sem tudnak tökéleteset nyujtani. A haematologiát tárgyaló fejezet teljesen hiányos.

Azonban, tekintve, hogy a tuberculosisról szóló újabb könyvek között azoknak csekély száma miatt nem válogathatunk s a szerzők munkájában sok oly újat találhatunk meg kényelmesen, a mi a folyóiratokban csak nagyobb fáradt-

sággal közelíthető meg, ajánlhatjuk mindazoknak, a kik a tüdőtuberculosis tanának mai állását meg akarják ismerni.

Országh Oszkár dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az állati szén használatáról belső betegségekben ír *Adler*, a prágai német egyetem I. belklinikájának segéde. Különös mérgezés eseteiben használhatóságát emeli ki. Eddig 6 esetben használták az állati szenet, még pedig phosphormérgezés 2, sublimatmérgezés, schweinfurti zölddel mérgezés, opium- és phloroglucin-mérgezés 1—1 esetében. Valamennyiben gyógyulás állott be. A használat módja a következő: 5—10 gramm állati szenet adunk a szájon át (esetleg gyomorcső segélyével) vizes suspensióban. A méreg adsorptiója a szén által úgyszólván rögtönösen megtörténvén, a bevitt suspensiót iparkodunk csakhamar eltávolítani (hánytatással, gyomorcsővel). Ezután alaposan kiöblítjük a gyomrot, az öblítő vízhez esetleg antidotumként ható anyagot is keverve. majd megint szenet adunk keserüvízben suspendálva, feltéve, hogy ez a hashajtószer az illető esetben nem ellenjavalt; ezt még aznap, esetleg a következő napokon is többször megismételjük. Czélszerű még ugyancsak vizes szénsuspensiót magas bélbeöntés alakjában is alkalmazni, annyival is inkább, mert a bél alsó szakaszának kiürítése a bélsárnak a bél felsőbb szakaszaitól lejebb jutását elősegíti. (Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 21. szám.)

Sebészet.

A traumás appendicitis kérdéséről ír *Sonnenburg*. A trauma csak annyiban szerepelhet az appendicitis aetiologiájában, a mennyiben a féregnyúlványban már meglevő betegség rosszabbodását hozhatja létre. Baleset és gyuladás között csak annyiban lehet összefüggés, hogy a latens gyuladás hevenynyé lesz, sohasem szabad azonban a sérülést magát az appendicitis okának tekintenünk. A trauma nagysága és az appendicitis súlyossága között legtöbbször nincs meg a kellő arány, másrészt általában a vakbélgyuladásnak traumára való visszavezetése oly esetekben is csak ritkán fordul elő, a melyekben a balesetbiztosítási érdeke ezt eléggé megmagyarázhatná. A trauma elsősorban úgy okozhat acut gyuladást, hogy egy már meglevő abscessus a direct vagy indirect erőbeli behatás következtében megpukkad. Ugyancsak ismételt rázkódás, mint a lovaglás, kedvezőtlenül befolyásolhatja a latens abscessust. A már lenőtt, többékevésbé megtört féregnyúlványra ható traumának annyiban lehet kellemetlen következménye, a mennyiben az így elváltozott szövetek alkalmas talajul szolgálnak pathogen bacteriumok továbbfejlődésére. A trauma következtében vérömlenyek keletkezhetnek, melyek okai lehetnek az intensivebb fertőzésnek. A bélsárköveknek a traumás appendicitisekben igen fontos szerepük lehet. Ismeretes, hogy maga a bélsárkő még nem jele annak, hogy az appendix beteg. Bélsárkő normalis féregnyúlványokban is előfordulhat. Azonban irritálhatja az appendix falát, miáltal ott gyuladást tarthat fenn. Ha trauma történt előzőleg, akkor a lobos féregnyúlvány fala elhalhat, esetleg átfúródhatik, a mit a bélsárkő is előmozdíthat. A míg azonban ez a gyuladásos izgalom nincs meg, addig a traumának ilyen következménye nem lehet

A szerző egyetért *Brüning*-gel, a midőn azt állítja, hogy véleményadáskor a következőkre kell figyelemmel lenni. Ki kell mutatni, hogy csakugyan előzőleg volt-e trauma vagy sem, oly symptomáknak kell az erőszakos behatás közvetlen következményeképpen létrejönniök, melyek a féregnyúlvány sérülésére rámutatnak és mindaddig fenn is állanak, a míg az appendicitis manifestté vált. Továbbá támpontokat kell keresni az anamnesisből és az addigi lefolyásból, a miből megállapítható, hogy az appendix megbetegedése már jelen volt-e vagy pedig nem. Ha az erre vonatkozó adatok hiányoznak, gondolni kell arra, hogy sok féregnyúlványmegbetegedés éveken át lappangva folyik le tünetek nélkül. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 13. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Idegkórtan.

A villamos kezelés és diagnostika javítására a következőt ajánlja *Sommer* tanár. Galvánozáskor az emberi bőr igen nagy ellenállás s ezen ellenállás a villamozás alatt átnedvesedés s egyéb körülmények folytán gyorsan változik, rendesen csökken. Utóbbi körülmény az áram mennyiségének gyors fokozódását vonja maga után s kellemetlenséget okozhat pl. a fej villamozásakor. *Sommer* tanár az árammennyiség ezen változását azáltal kerülte el, hogy az áramkörbe az emberi test elé egy nagy ellenállást csatolt, melyhez képest a test ellenállása csekély. Ennek segítségével practikus szempontból állandónak tekinthető árammal lehet dolgozni; a megfelelő „*Sommer*-féle állandósító ellenállások“ a kereskedésben már kaphatók. (Deutsche med. Wochenschr., 1912, 17. sz.)

Szülészet és nőorvostan.

Az intraperitonealis kámforolaj-befecskendezések prophylaxisos értékéről ír *Seuffert* (Döderlein-klinika, München). A kámforolaj intraperitonealis alkalmazását diffus, genyes peritonitis eseteiben már régebben ajánlották változó eredménynyel. A befecskendezés, illetőleg a kámforolaj beöntése mindig a műtét bevégzésével történt. *Pfannenstiel-Hoehne* ajánlotta először a prophylaxisos kámforolaj-befecskendezéseket (1—10%-os kámforolajból novocain-érzéstelenítés mellett 30—50 cm^3-t kell intraperitonealisan injiciálni). *Seuffert* 10 Wertheim-féle méhrák-kiirtáskor alkalmazta ezt az eljárást (1 esetben 24, 3 esetben 48, 5-ször 72, 1-szer 96 órával a műtét előtt). 3 beteg ezek közül az injectio után könnyű kolikaszerű fájdalmakról panaszkodott; más utóhatása a befecskendezésnek nem volt.

A műtét alkalmával a peritoneum mind a 10 esetben sima volt, hyperaemiát nem mutatott. Valami felszínes diffus zavarosságot néhol lehetett ugyan észlelni, de enyhe törlésre ez eltünt és a hashártya sima, fénylő lett; *Seuffert* szerint ezt a rendkívül finoman emulgeált olaj okozta. Peritonitises exsudatumnak nyoma sem volt. Az olajnak maradványa csak igen kevés volt a hasüregben; legtöbbnyire pár köbcentiméter tejszerű-sárgás váladék alakjában lehetett annak a maradványát megtalálni. Ez a lelet tehát sem peritonitisre, de még csak peritonitises izgalomra sem jellemző és *Seuffert* szerint már maga ez is csalódást keltett az eljáráshoz fűzött reményeket illetőleg, mivel *Hoehne* szerint conditio sine qua non a hashártyavédelem teljes keresztülvitelére a műtét előtt 24 órával létrejött peritonitis.

A 10 műtét közül a lefolyás 3 esetben jó volt. A többi esetben complicatiók mutatkoztak (a carcinomás szövet beszakadása, genykiömlés stb.), a melyek szinte kivánatossá tették volna, hogy a peritonitis-prophylaxis kifejtse hatását. *Döderlein* klinikáján *Seuffert* a műtéti terület csíratartalmát a *Döderlein* által szokásba hozott bakteriologiai próbaoltásokkal ellenőrizte a műtét egyes phasisainak megfelelően. Ezzel az eljárással a *Pfannenstiel-Hoehne* szerint nem olajozott carcinomás műtétek alkalmával úgy találták, hogy a rákos anyag kiszakadása vagy genykiömlés után a különben mindig csíramentes vagy legalább is csíraszegény műtéti terület egyszerre a bacteriumok mérhetetlen mennyisége által fertőztetett. Az előre olajozott esetekben ellenben feltűnő volt, hogy daczára a rákos szövet vagy geny szétkenésének, a kulturák majd mind sterilek maradtak a hasüreg megnyitásától számítva a műtét végéig. (*Seuffert* nem tartja kizártnak, hogy a kulturák sterilen maradását a kámforolaj nyomai okozták, a melyek természetesen elkerülhetetlenül érintkezésbe jutottak a kis tupferekkel, a melyekkel az oltásokat végezték.) De akármint van is, ez a bakteriologiai lelet megerősíti *Hoehne* nézetét, hogy t. i. az általános vérkeringésből kizárt, a hasüreg peri-

toneumára lokalizált csírák, ha bármily virulensek is, a peritoneum előzetes olajozása mellett rövid idő alatt (4 nap?) elpusztulnak a peritoneum kezelése alapján beálló fokozott bactericid hatás következtében. Azonban ez csak in vitro tett tapasztalás volt, mivel a gyakorlati eredmények semmiképp sem felelnek meg a várakozásoknak, daczára a bakteriologiai oltások negativ voltának. A hét veszélyes műtéten átment beteg közül 3 (2-t közülük 48, egyet pedig 72 órával a műtét előtt olajjal kezeltek) a II.—III.—VIII. napon post operationem a legsúlyosabb sepsis tünetei között elpusztult. Bonczoláskor a sepsis-bacteriumok legióját lehetett kitenyészteni s ez azt bizonyítaná, hogy a bacteriumtömegnek a peritoneum előzetes beolajozása semmi gátat sem vetett. Ez a tény, legalább emberre vonatkoztatva, mondja *Seuffert*, az úgynevezett peritonitis-prophylaxis értékét lerontja, még az esetben is, ha a *Hoehne* hangsúlyozta hatás: a bacteriumok resorptiójának gátlása létre is jön. Localisan a műtét után a bacteriumok elpusztulnak (mint azt a bonczolás-leletek is bizonyítják) és az már igazán nem különbség, hogy a sepsis létrejöttét direct a bacteriumok, avagy toxinjaik resorptiójának rovására jegyezzük-e fel (ez utóbbi *Hoehne*-nek véleménye). Ha a beteg meghal, irrelevans, hogy a bacteriumok maguk, vagy toxinjaik ölték-e meg. A kérdés érdekes lehet a laboratoriumi vizsgálatok szempontjából, de klinikai szemmel nézve *Seuffert* szerint ez a sorozat egymagában is eleggé bizonyítja a *Pfannenstiel-Hoehne*-féle peritonitis-prophylaxis meddőségét. (Monatsschrift für Geb. und Gynäkol., 1912, 5. szám.) *Scherer* dr.

Gyermekorvostan.

A Pirquet-reactiót gyermekek acut fertőző betegségeiben vizsgálta *Moltschanoff. Pirquet, Preisich, Grüner* és mások azt találták, hogy a Pirquet-reactio egyes betegségek folyamán negativ eredményt ad, jóllehet előzőleg és utólag positiv. A szerző, ki különféle fertőző betegségekben tett kísérletet, a következő eredményre jutott. Kanyaró valamennyi esetében a kiütés szakában a Pirquet-reactio negativ, az exanthema eltűnésével az érzékenység a tuberculinnal szemben visszatér. Scarlatinás betegeken az exanthema alatt a Pirquet-reactio 85%-ban negativ és 15%-ban gyengén positiv. Diphtheriában teljes eltűnése a Pirquet-reactiónak 12·5%-ban, gyengülése pedig 50%-ban észlelhető. A serumbetegség deprimáló hatással van a Pirquet-reactióra. Ezt a jelenséget, hogy t. i. a Pirquet-reactio acut exanthemáknál negativ eredményű, *Pirquet, Neumark, Nothmann* és *Hamburger* különféle elméletekkel magyarázza, de ezeket a szerző nem tartja elfogadhatónak, ellenben magáévá teszi *Escherich* álláspontját, ki azt mondta, hogy a Pirquet-reactiónak kanyaró eseteiben elmaradása a bőr állapotától függ; e mellett szól az is, hogy a mesterségesen izgatott bőrön végzett Pirquet-reactio mindig negativ vagy csak gyengén positiv. Valószínű, hogy az exanthemás betegségekben is a bőr vérbősége miatt negativ a Pirquet-reactio. A szerző ezekkel kapcsolatban hivatkozik *Sorgo* és *Rolly* tanulmányaira, kik azt hangoztatják, hogy a Pirquet-reactio nincs specifikus immuntestekhez kötve, hogy az nem tekinthető *Pirquet* értelmében vett anaphylaxiás reactiónak és hogy a cutanreactio tuberculinnal és más toxinokkal végezve, a bőr állapotától és a bőr mérgeitől függ. Ha tehát a Pirquet-reactiót a bőr elváltozásai annyira befolyásolják, akkor annak specifikus diagnostikai értéke nagyon relativ és különösen korai volna a reactio intenzitását prognostikai következtetésekre felhasználni. (Jahrbuch f. Kinderheilk., XXV. köt., 4. füz.) *Péteri* dr.

Venereás betegségek.

A spirochaeta pallida tenyésztéséhez szolgáltat adatokat *E. Tomasczewski* (Berlin). A *Schaudinn*-féle spirochaeta pallida tenyésztésére eddig két eljárás ismeretes: a *Schereschewsky*-é és a *Noguchi*-é. Jóval egyszerűbb a *Schereschewsky*-féle methodus. Ez tenyésztőtalajnak megalvadt lóserumot használ, oltóanyagnak pedig oly emberi syphilises nyilvánulási góczokat, melyek bőven tartalmaznak spirochaetákat. A syphilises anyag apró részeit a serumcsövecske fenekére kell helyezni, a hol azután *Schereschewsky* tapasztalása szerint gyakran egyéb bacteriumokkal fertőzött spirochaeta-kulturák fejlődnek, a melyek továbbtenyészthetők, de állatokra nézve nem pathogen természetűek. Ezeket az adatokat több-kevesebb sikerrel mások is meg tudták állapítani. *Mühlens*-nek sikerült a spirochaetáknak tiszta kulturáját is izolálni, de oltási kísérletei állatokra és egy emberre szintén negativ eredménynyel jártak. A másik eljárást *Noguchi* ismertette. Oltóanyagnak házinyúl heresyphilises részeit használta, melyek fölötte gazdagok spirochaetákban. Tenyésztőtalajnak serumos víz szolgált (egy rész serum három rész destillált vízzel). Ehhez a tápláló közeghez *Noguchi* még házinyulak vese-, illetőleg heredarabjait is adja. A tenyésztési kísérletnek még több, apró részlete itt nem ismertethető. A szerző *Noguchi* eljárását számos alkalommal követte, de positiv eredményt egyszer sem kapott. Ezzel szemben *Schereschewsky* eljárását sokkal több sikerrel alkalmazta, főként, ha a lóserumot tartalmazó cső aljára házinyúlnak vese- vagy heredarabkáit helyezte. A házinyúl syphilises anyagából oltva, a spirochaeták 8—10 nap mulva is még elég bőven kimutathatók ugyan, de teljesen mozdulatlanok és tovább nem olthatók. Hasonlóak voltak általában az eredmények, ha spirochaetákban bővelkedő emberi syphilises anyagot használt. Kivétel egy esetben mutatkozott, a mikor a szerzőnek 1912 január elején emberi syphilises elsődleges affectióval oly spirochaeta-tenyészet létrehozása sikerült, mely most már a 12. passageban növekszik mesterséges táptalajon és a házinyúlra nézve pathogennek bizonyul. A kulturának következő a viselkedése: 4—5 nappal az oltás után a fölszínen elfolyósodás áll be. Már ebben az időben lehet sok coccus és bacillus mellett spirochaetákat találni. A spirochaeták szaporodása egyre tart. A 7.—8. napon az egész csövecske sárgás-zöldes színt ölt, mely felül kevésbé intenziv. Egyben igen rossz szagot áraszt a tenyészet. Csakhamar azután az egész serum elfolyosódik, a bűz pedig egyre fokozódik. Ebben a folyadékban állandóan találhatók jól mozgó spirochaeták, melyek könnyen tovább tenyészthetők. A szerző azután még a spirochaeták mikroskopos leírását közli, a melyből kiderül, hogy azok nagyjában megegyeznek a *Schaudinn* által leírt és a syphilis kórokozójaként ismert spirochaeta pallidákkal. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 17. szám.) *Guszman.*

Fülorvostan.

A postoperativ fülgyuladásos orbáncz kapcsán mutatkozó nystagmusról ír *Ruttin* (Wien). Utal azon nehézségekre, a melyekkel az intracranialis szövődmények felismerése sokszor jár, kivált ha ezek csak a radicalis műtét után válnak többé-kevésbé manifestté; intracranialis szövődményekkel, így meningitissel, agytályoggal, sinusthrombosissal való összetévesztésre adnak alkalmat az orbáncz kezdeti szakában mutatkozó tünetek is; heves főfájás, a koponyának nyomásra és ütögetésre érzékenysége, magaz láz, kisfokú tarkómerevség, nem ritkán már olyankor is jelen vannak, a mikor a bőrön az erysipelas biztosan még nem ismerhető fel; a postoperativ otitises orbánczcnak szinte állandó tünete gyanánt *Ruttin* az oldalnézéskor mutatkozó spontán nystagmust észlelte. Több esetét ismerteti s ezek kapcsán a következő következtetésekre jut: Az említett szemrezgés a postoperativ otitises orbánczcnak igen gyakori tünete, melyet talán savós labyrinthitis is okozhat, bizonyos azonban, hogy intracranialis eredésű is lehet; a nystagmus iránya és intenzitása igen különböző; jelentkezhetik a szemrezgés a főfájással és lázzal együtt még a bőr elpirosodása előtt, avagy a már kifejlődött stadiumában az orbánczcnak; megszűnik a láz lezajlása előtt vagy a hőeséssel egyidejűleg, tartama rövid, csak néhány napig, a megbetegedés kezdetén vagy ennek tartama alatt van jelen; az orbáncz újabb kivirágzását a szemrezgésnek újból való jelentkezése jelezheti. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, LXIV. kötet, 1. füzet.) *Safranek* dr.

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

Erőszakos kúrák káros hatása *Dornblüh* (Wiesbaden) megfigyelései szerint kivált ideges megbetegedésekben, jelentős elgyengülésben, meglevő betegségek rosszabbodásában és eddig fel nem ismert vagy rejtve maradt bajok kitörésében s esetleg még szívműködési zavarokban jelentkezik. Ilyen káros következésekkel különösen a túlhajtott étrendi, víz- és sóvanyító kúrák járhatnak. Az utóbbi időkben a divatossá vált Kneipp-kúrák okoznak nem egy esetben rosszabbodást, még pedig leginkább idegbaj, hátgerinczbetegség s fel nem ismert kezdődő tüdőtuberculosis eseteiben. A beteg ezen kúrától izgatott lesz, fájdalmai fokozódnak, s mivel némelyik ezen jelenségeket a kúra üdvös hatásának tulajdonítja: a kezelést buzgón tovább folytatják, úgyannyira, hogy azt később egyes esetekben ájulási rohamok, könnyebb természetű lelkizavar, sőt egyes esetekben gutaütéses roham miatt kell beszüntetni. A gőz- s meleg fürdők, valamint a villamos fényfürdők, ha azokat túlzásba viszik, ugyanilyen következésekkel járhatnak. De megárthat a légfürdő és a nyitott ablak mellett való alvás is, különösen hideg időben s kivált olyanoknak, a kik hiányosan táplálkoznak s túlnyomóan csak növényi étellel élnek. Jelentősen megárthatnak az étrendi kúrák is. Ez nemcsak a túlságba menő sóvanyító kúrák alkalmával (különösen a Schrott- és a Just-féle) tapasztalható, hanem a manapság oly divatos Lahmann-féle étrend mellett is. Utóbbira leginkább azon esetekben észlelhető kedvezőtlen hatás, a melyekben az emésztőszervek működése hiányos, vagy a melyekben a beteg állapota könnyen emészthető s tápláló ételek nyujtását tenné szükségessé. Mert a hiányos táplálás következtében keletkező anaemia a tápszerek kihasználását még hiányosabbá teszi. A túlnyomóan főzelékfélékkel való táplálás kivált achylia vagy hypochylia gastrica, latens tuberculosis és fel nem ismert diabetes esetén okozhat súlyos zavarokat. De ez az étrend a fejlődésben levő szervezetnek sem jó, mert ennek bizonyos nagyobb mennyiségű fehérjére van szüksége. A túlzásba vitt gyümölcsevés is okozhat zavarokat, gyomorbélhurutot, elgyengülést stb.

Mindezt jó lesz figyelembe venni különösen azoknak, a kik az erőszakos kúrák hívei s a kik az ilyen kezelés folyamán jelentkező rosszabbodásokat mind egy kaptafára: a „kívánatos krizis“ rovására írják. Szerencse, hogy hazánkban az orvosok között alig akad ilyen túlzó, de azon betegeink között, a kik német gyógyintézetekben megfordultak, sajnos, annál több ilyen van. (Zeitschrift f. Balneologie, 1912, 20.)

Lenkei V. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysenteria eseteiben *Wieland* egy járvány alkalmával nagyon jó eredménynyel használta az uzara-készítményeket. A mióta igénybe vette őket, haláleset többé nem fordult elő, noha az illető járvány 119 esete közül 16 végződött halálosan. Az uzara-tablettákból kétóránként adandó gyermeknek 1, felnőttnek 3–4 darab; a liquor uzarából kétóránként gyermeknek 6—10, felnőttnek 30 csepp; gyermekek számára suppositorium alakjában is kapható ez a készítmény. (Schlesische Aerzte-Korrespondenz, 1912, 13. sz.)

Tussis convulsiva eseteiben *Cavazzani* docens (Pisa) jó eredménynyel használja a jodot. 1 gramm jodból, 15 gramm jodkaliumból és 15 gramm vízből álló oldatot használ, a melyből 1 éves korig 4—6 cseppet, 2—5 év között 6—10 cseppet, nagyobb gyermekeknek pedig 10—15 cseppet ad naponként czukrozott tejben vagy kávéban. (Ref. La semaine médicale, 1912, 16. szám.)

Luminal néven egy új hypnoticumot hoz forgalomba az elberfeldi Bayer-gyár. A veronaltól abban különbözik, hogy az egyik aethylcsoportot phenylmaradvány helyettesíti. Fehér, szagtalan, kissé keserű ízű anyag, a mely vízben csaknem oldhatatlan, jól oldódik azonban higított alkaliákban. Por- és tabletta-alakban kapható, továbbá bőr alá fecskendezés czéljára natriumsója, a melynek 20%-os oldata 2 perczig forralható, a nélkül, hogy bomlanék és utána 10—14 napig még használható. *Aschaffenburg* tanár psychiatriai klinikáján nagyon kedvező tapasztalatokat tettek e szerrel, a mint erről *Geissler* értesít. Az átlagos adag 0·4 gramm per os vagy subcutan. Hatása biztos és gyorsan beálló, nincsenek kellemetlen mellék- vagy utóhatásai, a gyomrot és a veséket nem izgatja. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 17. szám.)

Mesterséges dobhártyának eddig a vattatampon bizonyult a legjobbnak, a mennyiben a legjobb functionalis eredményt adta. Hátrányos azonban, hogy könnyen okoz váladék-retentiót. Ezért *Mentz* helyette a lyukacsos gummianyagot ajánlja, a melyből az ismeretes mosdószivacsok készülnek. Előnye, hogy kifőzéssel sterillé tehető, rugalmassága folytán nagyon jól alkalmazkodik a hallójárathoz, sérülést sem okozhat s azért a beteg maga alkalmazhatja, retentiót nem okoz, sőt fennálló genyedés esetén drain gyanánt is hat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 21. sz.)

Salvarsanbeszűrődések és fibrolysin czímmel *Tietze* azokat a kedvező eredményeket közli, a melyeket fibrolysinnel elért azon esetekben, a melyekben salvarsan intramuscularis befecskendezése után rendkívül fájdalmas beszűrődések keletkeztek. A fibrolysin ilyenkor az elhalt szövetnek genyes szétesését idézi elő, úgy hogy a kőkemény beszűrődések már az 5. befecskendezés után puhák, hullámzanak; ilyenkor egyszerűen bemetszve, gyorsan meggyógyulnak. (Dermatolog. Centralblatt, 1912, 5. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 24. szám. *Reisz Elek:* Adatok a gyermekkori diabetes insipidus kezeléséhez. *Lechner Károly:* A gyermek kóros szellemi világa.

Orvosok lapja, 1912, 25. szám. *Reisz Mór:* A trachoma hazánkban.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 25. szám. *Manninger Vilmos:* Adatok a hasnyálmirigy sebészetéhez. *Lenkei Vilmos Dani:* Az éghajlatnak emberélettani szempontból való megfigyelése czéljából alkalmazandó meteorologiai műszerek és eljárások.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Szénássy József* dr. vihnyei fürdőorvost Selmeczbánya tb. tiszti főorvosává, *Werner Miksa* dr.-t a mohácsi László-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Winter József* dr.-t Szeniczén, *Steiner Adolf* dr.-t Alapon körorvossá, *Csávássy Zoltán* dr.-t Tetétlenen, *Neufeld Samu* dr.-t Szentandráson községi orvossá, *Brenner József* dr.-t pedig Stubnya-fürdő orvosává választották meg.

A budapesti Pasteur-intézetben 1911-ben 5872 egyén jelentkezett; közülök 1736 egyént nem vettek fel védoltásokra, mert a marás körülményei biztosan kizárták a veszettséggel való fertőzést, illetve óvatosságból csak néhány napig oltották őket, míg a beérkezett pontosabb adatok alapján teljességgel kizárható volt a fertőzés; ezenkívül 65 esetről az oltások befejezte után jött értesítés, hogy a maró állat veszettsége kizárható. Maradt tehát 4071 egyén (3363 magyarországi és 708 szomszéd országbeli), a kik közül 67 önként abbahagyta az oltást. Az ezek levonása után megmaradó, tehát teljes védoltást kapott 4004 egyén közül 389-et kisérletileg biztosan veszettnek megállapított állat, 1713-at állatorvos által veszettnek nyilvánított állat mart meg; 1902 esetben a maró állat veszettsége nem volt biztosan megállapítható (az állat megszökött, vagy agyonütötték és nem vizsgálták), a marás körülményei azonban a mellett szóltak, hogy az állat veszett volt. A halálozás a valamennyi Pasteur-intézetben dívó levonás után 0·15%-ot tett, levonás nélkül pedig 0·45%-ot. A mi az intézetben használt eredeti *Högyes*-féle módszer használt illeti: ezen módon eddig 49.626 egyén oltatott 0·27% halálozással, míg a párisi Pasteur-intézetben az eredeti Pasteur-módszerrel oltott 32 151 eset halálozási százaléka *0·39* volt.

Meghalt. *Brandt József* dr., a kolozsvári egyetemen a sebészet nyugalm. tanára, cz. ministeri tanácsos, június 12.-én 78 éves korában. — *Lázár Tibor* dr., 29 éves korában június 13-án Békásmegyeren. — *Sir W. Th. Stocker,* régebben az anatomia tanára a dublini egyetemen, 67 éves korában. — *S. W. Sidlowsky* tanár Szt. Pétervárott, 64. évében.

Az Association internationale de pédiatrie magyar bizottsága június 14.-én az egyetemi gyermekklinikán látogatott ülést tartott *Bókay János* tanár elnöklésével. A bizottság elhatározta, hogy a Párisban 1912 október 7.-én kezdődő nemzetközi gyermekorvostani congressusra 4 delegatust küld ki, még pedig *Bókay János, Berend Miklós, Deutsch Ernő* és *Heim Pál* dr.-okat. A congressus két tárgyat tűzött ki referálásra:

a poliomyelitis és a gyermekkori anaemiák kérdését. *Bókay János* elnök bejelentette a bizottságnak, hogy az osztrák gyermekorvosok az ősz folyamán ünnepelni szándékoznak *Kassowitz* bécsi tanárt 70. születésnapja alkalmával és felszólította a bizottságot, hogy csatlakozzék az ünneplőkhöz. A bizottság elhatározta, hogy latin nyelvű üdvözlő iratot intéz *Kassowitz*-hoz és részt vesz az ünnepélyen. A jövő évi tudományos programm megállapításával véget ért az ülés.

Pöstyén-fürdő új gyógytényezői. A közelmultban megnyilt pöstyéni Thermia-sanatoriumban mintaszerű vízgyógyintézetet rendeztek be villamos-, szénsavas, nap-, fény- és légfürdőkkel, valamint radiumemanatoriummal és orvosi felügyelet alatt álló diaetás konyhával kapcsolatban. Ennek következtében Pöstyén-fürdő gyógyjavalati terrenuma tetemesen meggyarapodott Az új intézmény ama körülménynél fogva, hogy valamennyi gyógytényező 200 pazarul berendezett szobával közvetlen kapcsolatban van s az intézetben lakó orvos felügyelete alatt áll, jó szolgálatokat fog tenni czukor-, vese-, szív-, gyomor- és bélbetegségekben is.

A bécsi egyetem 1. és 2. éves orvostanhallgatóira nézve az anatomia tanárainak, *Hochstetter* és *Tandler* tanároknak javaslatára behozták a numerus clausust, oly értelemben, hogy az anatomiai előadásokra és gyakorlatokra, a melyeket tudvalevően az 1. és 2. évesek vesznek, csak annyi beiratkozót fogadnak el, a mennyi hely van. A jövő tanévben új hallgatót egyáltalában nem fogadnak el, mivel a rendelkezésre álló helyeket már lefoglalták azok a 3. évesek, a kik 1. és 2. éves korukban hely híján nem jutottak hozzá a bonczoláshoz.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A jodnak a vér viscositását csökkentő hatását* vizsgálta újólag *Determann* és *Bröking* azzal az eredménynyel, hogy ilyen hatás nem mutatható ki. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 21. szám.) — *A tüdőszövet oxydasetartalma Weiss* szerint nagyon kicsiny; ez talán szerepet játszik a tüdőnek hajlamosságában a gümőkórra. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 19. sz.) — *A mellékvesék röntgenezése Zimmermann* és *Cottenot* szerint feltünően csökkenti a rendellenesen magas vérnyomást és az általa feltételezett zavarokat. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 18. szám.) — *A typhus elleni védoltás Hartsock* szerint az Egyesült-Államok hadseregében most már kötelező. A mi az eredményeit illeti: 12644 oltott közül csak 12 kapott typhust, haláleset pedig nem fordult elő, míg ugyanazon idő alatt a nem oltottak között 418 typhus-eset volt, a melyek közül 32 végződött halálosan (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 19. szám.) — *Intravenosus hormonal-injectio után bekövetkezett halál* esetét közli *Jurasz* a leipzigi sebklinikáról. Az utóbbi időben erősen szaporodnak a közlések, a melyekben hormonal alkalmazása után súlyos collapsus állott be, a minek az oka a szernek hirtelen erős vérnyomáscsökkentő hatásában rejlik, a minek folytán, ha a szív már különben is gyenge, halál következhetik be. (Deutsche mediz Wochenschrift, 1912, 22. sz.) — *Aorta-transplantatio* két esetét ismerteti *Carrel*. Az egyikben fiatal kutyának kiirtott aorta-részletét emberből vett, 24 óráig jégen tartott poplitea-darabbal helyettesítette, a másikban pedig kutyából vett vena jugularis-darabbal. Az első kutya négy, a másik pedig 2 év mulva pusztult el; bonczoláskor az átültetett darabot tisztán kötőszövetté átváltozottnak találták. (Journ. of exper. med., 15. köt., 4. füzet.)

Nemzeti közegészségügyi muzeum Drezdában *Lingner* v. b. titkos tanácsos, a tavalyi hygieniai kiállítás kezdeményezője és vezetője, a kiállításnak Drezdában maradt anyagát a szász államnak ajándékozta azzal a czéllal, hogy mintegy a magva legyen egy nagy nemzeti közegészségügyi muzeumnak. Drezda városa az ajándékot elfogadta s a maga részéről a létesítendő muzeum czéljaira 6000 hektárnyi telket és 100.000 márkát ajánlott fel, továbbá kötelezte magát, hogy a muzeum fentartásának és fejlesztésének költségeihez évenként 150.000 márkával járul hozzá. A szász állam 2 millió márkát szavazott meg a muzeum felépitésére. A muzeum 1916-ban nyílik meg; míg az épület elkészül, addig a gyüjteményt Darmstadtban és Bécsben állítják ki.

Poroszország népesedési mozgalmairól 1911-ben most jelent meg a hivatalos statisztika, melynek egyik pontjával foglalkozik a Vossische Zeitung: a szaporodás csökkenésével. Míg 1910-ben 1,256.613 a születések száma 675.518 halálozással szemben, tehát a születések többlete 581 465, addig 1911-ben 1,222.634 születésre 752.301 halálozás esik, tehát az utóbbi száma az előző évhez viszonyítva növekedett 57.153-mal, míg az előbbi 33.979-czel csökkent, a szaporodás tehát csak 490 333. Bárha tekintélyes is ez a csökkenés, a meddig magában a porosz királyságban 490.000-rel több a születés mint a halálozás és egész Franciaországban alig 30.000-rel több csak, korai volna beszélni Németország elnéptelenedéséről.

A gyermekekkel szemben való kegyetlenséget meggátló egyesület Londonban (National Society for the Prevention of Cruelty to children) 1911-ben éppen most megjelent évi jelentése szerint 52.371 esetben lépett közbe, leginkább megintés és fenyegetés alakjában, 2356 esetben pedig feljelentés alakjában, a mely utóbbiak közül csak 61 eset végződött felmentéssel A közbelépésre legtöbb esetben a gyermekek elhanyagolása szolgáltatott okot.

Személyi hirek külföldről. A párisi egyetemen megürült sebészeti tanszékre *Lejars* tanárt, a megürült urologiai tanszékre *Legeu* tanárt jelölték első helyen. — Rendes tanárok lettek: *K. Menšikow* dr. Kasanban (gyermekorvostan), *A. Michailow* dr. Szt. Pétervárott (Helena Pawlowna-intézet, urologia), *G. B. Somers* San-Franciscoban (nőorvostan), *A. K. M. Noyons* Louvainban (élettan). — *A. Maggiora* tanárt (közegészségtan) Modenából Paduába helyezték át. — *O. Bruns* (belorvostan) és *H. Hübner* (bőrkórtan) magántanárok Marburgban tanári czímet nyertek.

Hirek külföldről. Portugáliában csak most hozták be a kötelező himlőoltást. Minden gyermek az első életév folyamán beoltandó s másodszor a 8.–9. vagy 14.–15 év között. — A lembergi egyetem május 29.-én ünnepelte alapításának 250. évfordulóját. — New-Yorkban május 1.-e óta kötelező a nemi betegségek (syphilis, kankó, ulcus molle) bejelentése a kórházak és orvosok részéről. A kórházak a beteg nevét, foglalkozását, lakását, családi állapotát s a fertőzés forrását is kötelesek bejelenteni, a magánorvosok csak magát az esetet, a név említése nélkül. — A párisi Pasteur-intézetben 1910-ben 401 egyénen végeztek veszettség elleni oltást. Az első év volt ez, a melyben haláleset egy sem fordult elő. — Marburgban nem rég leplezték le az egykori híres sebész, *W. Roser* (1817—1888) emlékszobrát. — *Lucas-Championnière* tanár, a kiváló párisi sebész, nyugalomba vonulása alkalmával meleg ünneplésben részesült.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* „**Sajodin, Sabromin**“ czímű prospectusa van mellékelve.

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

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39. sz. Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülek, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

István úti 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-utcza 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratoriumában az összes diagn. vizsgálatokon kivül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

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

Dr. WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

FRANZENSBAD FISCH dr. curpensiója a legmodernebb komforttal berendezve, nő-, szív-, ideg- és anyagcsere-betegek, reconvalescensek, elektro- és radiotherapia részére. Legolcsóbb általányárak.

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.

FRANZENSBAD Hygea. Kulmerstrasse. Elsőrangú Curpensio nő- és szívbetegek részére. 60 szoba. — Kívánatra prospectus. — Vezető orvos: Dr. Cukor Miklós.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vizgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fütés, villanyvilágitás. Prospektus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

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

BAD HALL Felső-Ausztria Dr. RICHARD FISCHEL rendel Budapest szállodában.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz. :: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló | LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1912 márczius 30.-án.) 477. l. — A német sebésztársaság 41. congressusa (Berlin, 1912 április 10.—13.) 479. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 481. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1912 márczius 30.-án)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Magzatűzés sublimattal.

Brósz Sándor: A sublimatot, mint magzatűző szert előszeretettel alkalmazzák olyanok, kik nem bírnak tudomással arról, hogy mily könnyen szívódik fel a sublimat a genitaliákból, különösen a terhességben, a mikor a szövetek felpuhulása és fellazulása a felszívódást még elősegíti és gyorsítja, és hogy ennek következtében mily súlyos, gyakran halálos mérgezések jöhetnek létre. Az irodalomból vett esetek említése után két esetről referál, melyeket a Rókus-kórház szülészeti osztályán észlelt.

Az egyik esetben az illető terhessége 2. hónapjában keresett fel bábát, ki a hüvelybe egy sublimat-pastillát helyezett, mely ott feloldódott és égető érzést okozott. Másnapra a fokozódó fájdalomhoz még általános rosszullét és hányás is társult, mire az osztályra való felvételre jelentkezett. Ekkor a vulva és nagy ajkak már erősen vizenyősek, a hüvelyfal és portio szürke lepedékkel fedett, olyan, mintha valamely erősen maró folyadékkal ecsetelték volna be. A hüvelyből szennyes folyás, a méhszáj zárt, vérzés nincs, az adnexumok szabadok. A betegség első 10 napjában teljes anuria; néhány cm^3 vizeletet sikerült csak csapolás útján nyerni, mely bőven tartalmazott fehérjét. Általános tagfájdalomról, fejfájásról, szédülésről panaszkodik a beteg, mindehhez állandó hányásinger s naponként 10—14-szer hányás is társul. Állandó hasmenés áll fenn; nagy fájdalmak kiséretében véres-nyálkás székürítés. Majd stomatitis mercurialis fejlődik. A 10. napon spontán lefolyik az abortus. Ezen időtől kezdve javulás áll be; feltisztul a hüvely, lassanként megszűnik a hányás-hasmenés és a 28. napon — teljes láztalanság után — gyógyultan hagyta el az illető az osztályt.

A második esetben a beteg három hószám elmaradása után végeztet magán művi abortust. A bába kis fecskendővel fecskendez be sublimat-oldatot a méhürbe, mire görcsös alhasi fájdalmak állnak be vérzés kiséretében. A vérzés fenyegető nagysága készteti a beteget az osztályra való felvételre. Mérsékelt vérzés van jelen, a nyakcsatorna nyitott, a méh üresnek bizonyult. Az első esethez hasonló tünetek vannak az első hat napon, talán még valamivel fokozottabb mértékben. A 6. napon a beteg soporosus lett, öntudata homályosult, erőbeli állapota rohamosan hanyatlott s a 7.-en meghalt. Boncoláskor sublimat okozta veseelváltozás, fekélyek a bélen s a nemi szerveken szigetesen elszórt diphtheriás lepedékek voltak láthatók.

Adat a tüdőgümőkór korai felismeréséhez kopogtatással.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Már egészen kezdődő egyoldali csúcsmegbetegedések mellett rövidültséget talál az ellenkező oldallal szemben a beteg oldali *Mohrenheim*-féle árokban, ha halkan kopogtat.

A kulcscsont lateralis része alatti mélyedésben a kopogtatás hangja igen korán veszít teljességéből, kevésbé hangos, olyan időben, a mikor az illető oldali csúcson nem feltűnő még a rövidültség s inkább csak a *Krönig*-féle hangzó terek szűkülete igazíthat útba.

Az ily korai szakban alig lehet minden esetben már retro- vagy pláne infraclavicularis tömörülést is feltételezni; nagyon lehetséges, hogy egyes esetekben a megbetegedett, helyenként már légtelen szomszédos csúcsnak (a tüdő kulcscsont feletti részének) rezgésgátló hatása a subapicalis tüdőszövetre hozza létre az említett csekély rövidülést azon analogia szerint, a melyet a trigonum paravertebrale *(Korányi Frigyes* báró, *Grocco, Rauchfuss)* keletkezése tár elénk.

A clavicula alatti tömegesebb izomzat nem okozhatja a leírt kopogtatási tünetet, mert ugyanily izmok az ép oldalon is vannak, melylyel comparative és symmetriásan is kopogtatunk; sőt a beteg oldalon az izmoknak már a megbetegedést megelőzőleg *(Sorgo)* inkább némi atrophiáját feltételezhetjük. Másrészt a fossa Mohrenheimi-ba (bonczolástanilag a trigonum deltoideo-pectorale hasadékába) fektetett plessimeter-ujjunk az izomzat jórészének zavaró hatását el is kerüli.

Medián felé a kulcscsont alatt a jelzett kopogtatási eltérés eltűnik, mert itt már a leghalkabb kopogtatás is megrezgeti a sternumot, a mely mint óriási plessimeter szerepel s a leírthoz hasonló kopogtatási finomságokat megsemmisíti.

A halk kopogtatás kellő begyakorlása mellett a Mohrenheim-árokbeli tünet a legtöbb egyoldali kezdődő csúcsgümőkór-esetben kimutatható s a helyes korai diagnosist megkönnyíti.

Kovács József: Ismételten volt alkalmam azon felfogásomnak kifejezést adni, hogy a tüdőgümőkór korai diagnosisában a kopogtatás és hallgatózás által megszerezhető phisicalis tünetek döntő jelentőséggel nem bírnak, legalább az én szememben, hiszen a mire mi törekedhetünk: a tuberculisatio első szakát sem kopogtatással, sem hallgatózással nem fogjuk meghatározhatni. Itt az általános tünetek figyelembe vétele, röviden az észlelés az, a mi a helyes útra vezethet és a tévedésektől megóv. *Krönig*-nek nagy érdeme, hogy megtanított arra, hogy vannak a tüdőcsúcsban kopogtatás és hallgatózás által megállapítható elváltozások, melyek azonban nem gümőkórtól erednek, ilyen pl. a tüdőcsúcs-collapsus. Tehát egyedül a kopogtatás és hallgatózás által a tuberculisatio korai szakát nem lehet megállapítani.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Teljesen egyetértek hozzászólóval, hogy egyedül a kopogtatás és hallgatózás által nem lehet a gümőkóros megbetegedést megállapítani, míg a folyamat a kezdeti szakában van. Az egész beteget kell megvizsgálni és az intoxicatiós tüneteket is figyelembe kell venni; azonban a tüdővizsgálat adatai nélkül a tüdőgümőkórt sohasem lehet megállapítani.

Keratoma palmare et plantare hereditarium.

Torday Ferencz: Ezen öröklődő természetű hyperkeratosisára a tenyérnek és talpnak jellegző, hogy az első életév folyamán a tenyér és talp bőre feltűnően száraz, durva lesz, majd a tenyér és talp szélén lobos sáv fejlődik, melytől befelé a bőr előbb vastag lesz, majd elszarusodottan pikkelyezni, repedezni kezd, minthogy a kemény, nem rugalmas, megvastagodott szaruréteg olyan helyeken, melyeket felváltva feszíteni és hajlítani szoktunk, bereped. A repedések gyakran az irháig hatolnak és fájdalmasak. A megvastagodott szaruréteg alatt a szemölcs közötti hámléczhálózat és szemölcsös réteg jelentékenyebben burjánzik, a felszín szemölcsös külsejű lesz. Ilyenkor mély barázdák jelentkeznek, melyek a bőr felszínét keresztül-kasul járják. A megvastagodott szaruréteg kezdetben barnás színű, de a repedéseiben és szakadásaiban felgyülemlett piszoktól és portól mind szürkébb színűvé válik. Ha a szaruréteg le is válik, vagy ha leválasztjuk, mindig ugyanazon vastagságban újul meg. Ezen kórképre jellegző, hogy a kérges tenyerű és talpú gyermekeken nincsenek ichthyosisos bőrelváltozások. A bántalom aetiologiája ismeretlen, öröklődik. *Dubreuil* esetében a bántalom 3 nemzedéken át öröklődött 18 családtagra, míg 14-en nem fejlődtek ezen elváltozások. *Thost* négy nemzedéken át folytatódott átöröklésről számol be, 18 keratomás családtaggal és 18 rendes tenyerű és talpú egyénnel. *Neumann* azt tapasztalta, hogy Dalmácziában, Melitta szigetén, hol úgyszólván az egész lakosság egymással vérrokonságban van, endemiás a bántalom. A therapia keratolysises, de tartós eredménynyel nem jár. Röntgen-kezeléssel tartósabb befolyásolás volna talán elérhető.

Ilyen hyperkeratosisban szenvedő fiúcskát van szerencsém bemutatni az állami gyermekmenhelybeli kórházi osztályomról. A 6 éves fiúcskának úgy a tenyerén, mint a talpán látható a jellegzetes kérgesedés, mely a gyermek hozzá-

tartozóitól kapott értesítés szerint a gyermek csecsemőkora óta áll fönn.

Banti-féle betegség miatt végzett lépkiirtás.

Pólya Jenő: A 18 éves péksegédet folyó évi január 18.-án vették fel a Szt. István-kórházba *Dieballa* főorvos osztályára. 3 év óta veszi észre, hogy hasa bal oldalán daganata van, mely folyton nagyobbodik. Ez idő óta étvágytalan, gyakran van orrvérzése és gyengül. Anyja ismeretlen bajban halt el, atyja, valamint két testvére él és egészséges.

Status a felvételkor: Anaemiás, gyengén fejlett fiú; a tüdők felett kopogtatási eltérés nincs. A szívcsúcs a 4. bordaközben a bimbóvonalban. A szívtompulat rendes, a szívhangok tiszták, a pulsus 84, nagyhullámú, rhythmusos, mérsékelten telt és feszes.

A máj tompulata az V. borda felső szélén kezdődik. A máj széle kemény, a középvonalban a köldök felett 3 haránt-ujjal tapintható, a jobb bordaív alatt nem tapintható. A léptompulat a VII. bordán kezdődik, alsó polusa valamivel a csípőtaréj színe felett fekszik. Elülső széle kemény, megvastagodott és valamivel a köldök alatt éri el a jobb parasternalis vonalat. A lép egyenletesen kemény tapintatú, göbök nincsenek rajta.

A testen mindenfelé elszórtan, leghővebben a hónaljárkokban és a lágyékhajlatokban, borsó-babnyi, fájdalmatlan mirigyek. *Vérlelet:* A vörös vérsejtek száma 3,664.000, a fehér vérsejteké 3966, a haemoglobin 68 *Fleischl* és 62 *Sahli* szerint, a festékindex 0·9. A fehér vérsejtek aránya

polynuclearis neutrophil	61·6%
„ eosinophil	2·8%
„ basophil	0%
lymphocyták	23·3%
nagy mononuclearis	12·2%

A Wassermann-reactio negativ; a vizelet nem tartalmaz kóros alkotórészeket.

A beteg anaemia splenica diagnosissal lépkiirtás czéljából került osztályomra február 24.-én; február 26.-án a lépkiirtást végre is hajtottam.

Aethernarcosis. Bemetszés a középvonalban. Kevés ascites. A lépet, mely az egész bal hasfelet kitölti, nem lehet jól kigördíteni, mivel felső polusával a diaphragmához nőtt. Az alsó polust kihúzva, férünk hozzá a hilushoz. Először a kb. 2 haránt-ujj átmérőjű lép-venát kötjük le, azután az arteria lienalist, óvatosan, hogy az átöltéssel a pankreasba ne szúrjunk, majd a lig. gastrolienalet, melyben szintén vastag erek futnak, több portióban, és utoljára klammerek közé fogjuk és átvágjuk a lép és diaphragma közötti összeköttetéseket. Lekötések. Toilette. A bursa omentalis defectusát elzárjuk. Réteges hasfalvarrat az aponeurosis megkettőzésével.

Daczára a minimalis vérveszteségnek, a műtét utáni első két napon 130—140 pulsus, mely aztán gyorsan a normalisra tért vissza. A hőmérsék az első 10 napon általában kissé emelkedett; a reggeli hőmérsék 36·8—37·2° ingadozott, a délutáni, illetve esti rendszerint 37·6—37·8° körül járt, sőt két alkalommal 38° fölé is emelkedett; a műtét utáni 2. napon 38·6°, márczius 6.-án 38·2° volt. Ezóta teljesen láztalan. Egyébként a lefolyás teljesen sima, a seb per primam gyógyult, sem bronchitis, sem egyéb complicatio nem mutatkozott. A beteg a műtét utáni 10. napon felkelt, s azóta megerősödött, jobb színben van és subjective is sokkal jobban érzi magát. Étvágya van, orrvérzése a műtét óta nem jelentkezett.

A vérlelet, melyet ismét *Dieballa* főorvos osztályán voltak szívesek megállapítani, jelenleg a következő:

A vörös vérsejtek száma 4,000.000, a fehér vérsejteké 9400, a haemoglobin *Fleischl* szerint 58, *Sahli* szerint 55, a festékindex 0·72. A fehér vérsejtek aránya

polynuclearis neutrophil	53%
„ eosinophil	3·8%
„ basophil	0·54%
lymphocyta	25·68%
nagy mononuclearis	16·39%
plasmasejt	0·54%

A kiirtott lép (formolban való konzerválás után) 1070 gr. súlyú, 21·5 cm. hosszú, 13·5 cm. széles, 8 cm. vastag. Felső polusán 5 koronásnyi területen rendetlen kötőszövetes növedékek lógnak le róla, melyek át vannak szakítva. Tokja általában mindenütt vastag, szürkésfehéren megvastagodott. Alakja jól megtartott, állománya törékeny, tömött, vérszegény, húsvörös, metszéslapján a Malpighi-tüszők és a kötőszöveti gerendázat jól látszanak. E tüszők kb. buzadara-mákszemnyiek, szürkésfehérek. A nagyobb érágakon falmegvastagodás vagy egyéb kóros elváltozás nem ismerhető fel.

A hatalmasan megnagyobbodott lépből készített metszeteken a lép normalis alkotórészei közül már szabad szemmel és gyenge nagyítással is jól fel lehet ismerni a gerendázatot és a Malpighi-tüszőket; a pulpa azonban sajátszerűen elváltozott, sejtdús szövetét nagyon sejtszegény, dúsan rostos szövet helyettesíti. A reticulumot sem lehet benne látni, mert a reticulum finom fonalai durva, vaskos kötegekké alakultak át, a melyek egészen egyneműek, hyalinosak, de a van Gieson-eljárással szürkéssárgára festődnek, a hyalin vörös festődése helyett. A reticulumban levő véröblök teljesen összelohadtak, szűk hasadékszerűek, vért nem tartalmaznak. A véröblöket bélelő endothelsejtek középnagyok. Erősen megduzzadt, hólyagszerű endothelsejteket sehol sem találunk. Néhol a Malpighi-tüszők is egynemű, hyalinos, áttűnő képletekké alakultak át. A vérerek belsejében feltűnő elváltozások nem mutathatók ki. Helyenként a reticulum durva fonalai már valóságos vörösre festődő kötőszöveti rostokká alakulták át. A változás lényegileg chronikus interstitialis splenitis a lép nagyfokú anaemiájával, mely lehet ugyan idősült infectiosus eredetű is, de a Banti-kórnak is megfelel. *(Dr. Entz.)*

Dollinger Gyula: Eddig 5 lépkiirtást végzett, ezek közül kettő *Banti*-féle betegség miatt történt. Az egyik 33 esztendős, a másik 22 esztendős asszony volt. Az előbbenin 2 évvel, a másikon ½ évvel az első szülés után kezdődött a betegség. Mindkettőn a betegség első jelei a vándorlép által okozott hasfájdalmak voltak, a melyekhez csakhamar igen nagy gyengeség, vérszegénység csatlakozott A 22 éves asszony lépe kiirtása után 425 gr.-ot, a 33 évesé 2100 gr.-ot nyomott. Mindkét lépet *Genersich* tanár vizsgálta meg. A kisebb lépben itt-ott sajátságos nagy sejteket talált, a minőket addig lépben nem látott. 5—10-szer akkorák, mint a pulpasejtek, egyneműen áttűnők, *van Gieson*-festés után gyengén sárgás színűek, magvuk 2 3-szor akkora, mint a rendes pulpasejteké, tojásdad és kifejezetten hólyagcsás. A 33 esztendős asszony óriási lépének felületén mogyorónyi göbök tűnnek fel, a melyek halaványsárgás színűek, a lép felületén, úgyszintén a metszéslapján kiemelkednek és csekély lépszövet mellett olyan nagy sejtek tömegéből állanak, a milyeneket a másik, kisebb lépben láttunk Ezek egész tömege üvegszerűen áttűnő halmazokból áll. *Genersich* azt hiszi, hogy ezen nagy, sokmagvú sejtek a pulpabeli véröblök hámjából állanak, a melyek ismeretlen okból megnőnek, megduzzadnak, szaporodásnak indulnak, sajátságosan átalakulnak és kitöltik a véröblöket. Egyébként a két beteg kórképe sok hasonlatosságot mutat.

Mindkét betegen a műtét után körülbelül 3 hétig kimutatható ok nélkül esteli hőemelkedések mutatkoztak, mindkettő ezek elmultával gyorsan összeszedte magát, mindkettőn a műtét után ismételten orrvérzés állott be, sőt mindkét asszony a műtét után csakhamar teherbe is esett és ezt jól kibirta. A lép eltávolítása egyik betegnek sem okozott bajt, vérszegénységük és gyengeségük pedig gyorsan javult. Azóta, még pedig ezen tanév folyamán, észlelt *Dollinger* még egy Banti-kóros asszonyt a vezetése alatt álló klinikán, a kin a betegség tünetei már régebben állottak fenn és a midőn a klinikára felvétette magát, májában már olyan nagy elváltozások voltak, hogy nem lehetett reményleni, hogy műtéttel meg legyen menthető és ezért műtét nélkül bocsátotta el.

Még egy diagnostikai jelre hívja fel a figyelmet. Ez azon aszszonyon volt jelen, a kinek kisebb léptumora volt. Daczára annak, hogy a vándorlépet a has alsó részében lehetett érezni, a lép helyén tompulat mutatkozott, a mi akkor sok fejtörést okozott. A műtét alkalmával azután kitűnt, hogy a tompulatot a máj bal lebenye okozta, a mely miután a lép helyét elhagyta, a helyére odacsúszott.

Bálint Rezső: Nemrégiben férfibeteget észlelt a III. belklinikán, kinek lépét Banti-kór miatt néhány év előtt kiirtották. A beteg állapota igen jónak volt mondható. Vérképe — igen csekély leukopeniát leszámítva — normalis volt, előző panaszai megszűntek s csak kisfokú morphinismusa miatt kereste fel a klinikát, melyet még a műtét előtt fönnállott lépfájdalmak útján szerzett s melyről a klinikán elég könnyen volt leszoktatható.

Pólya Jenő: *Dollinger* hozzászólására, a ki a májbeli folyamatnak a lépből való eredését hangoztatta, kiemeli, hogy esetében az a

körülmény, hogy a májnak bal lebenye volt megnagyobbodva, míg a jobb normalis nagyságú volt, bizonyos tekintetben a májmegbetegedésnek lienalis eredetére vall, a mennyiben bizonyos franczia szerzők szerint a vena lienalis vére főleg a máj bal lebenyébe ömlik, míg a jobb májlebeny főleg a vena mesentericák vérét szűri meg. Természetes azonban, hogy egy esetből semmiféle aetiologiai következtetést sem lehet vonni. Hogy az ilyen esetekben a táplálkozási zavart csakugyan a lép idézi elő, azt *Umber* anyagcsere-vizsgálatai mutatják, melyek szerint a fokozott fehérjeszétesés, mely a beteg elgyöngülésére vezetett, a lép kiirtása után megszűnt; azonban éppen *Umber* esetében bizonyosodott be, hogy a lép nem volt *Banti*-lép.

Nagy epés ömleny a hasüregben epekőroham kapcsán, az epehólyag és epeutak átfúródása nélkül.

Pólya Jenő: A 28 éves nőnek 10 év óta vannak görcsei, melyek a Jobb bordaív alatt székelnek, néha hónapokig szünetelnek, máskor hetenként 2—3-szor is jelentkeznek. F. é. február eleje óta a görcsök gyakran és fokozott mérvben jelentkeztek s különösen heves görcse volt február 9.-én, a midőn a fájdalmak az egész hasra kiterjedtek és mindkét lapoczkába kisugároztak. Ezután hányt, hidegrázása is volt és másnap sárga lett. Ezen idő óta pár órai szünettel állandó fájdalmai vannak hasa jobb felében. Ilyen panaszokkal került 1911 február 14.-én a Szt. István-kórházba *Dieballa* főorvos osztályára, a hol csekély icteruson kívül egy, a májjal összefüggő resistentiát találtak a has jobb felében, mely két ujjnyival lenyúlt a bordaív alá és a középvonalon át a bal parasternalis vonalig terjedt és a megfigyelés tartama alatt is nőtt. A beteg subfebrilis (maximalis temperatura 37·7) a fehérvérsejtszám azonban igen megszaporodott: 35.660. A vizelet nyomokban tartalmaz epefestéket és genyet. Ezért február 17.-én osztályomra tették át, a hol rögtön megoperáltam. Behatolás a jobb rectuson át. A peritoneum feszes, mögötte folyadékfelhalmozódást érzünk; ezt troicarral megcsapolva, belőle zavaros, bomlott vizeletszagú, erősen epésen festékezett váladék ürül erős sugárban és bőven, 2 liter mennyiségben. A peritoneumot tágan megnyitva, e helyen egy eltokolt nagy üregbe jutunk, melyet mindenfelől a májra, belekre, hasfali peritoneumra rakódott vastag fibrinlepedék bélel és mely egyfelől messze fel a bordaív alá, másfelől mélyen le a csípőtányérba terjed. Tamponálás. Gyors, teljesen sima és láztalan gyógyulás, epefolyás nem jelentkezett, az icterus egy hét alatt elmult, a nagy sebüreg gyorsan besarjadzott, úgy hogy jelenleg kb. lencsényi sarjfelszín van s az illető beteg teljesen jól érzi magát.

Dollinger Gyula: Azt a kérdést intézi az előadóhoz, vajjon nem érte-e ezen beteget valami erősebb trauma, a mire az előadó nemmel felelt. *Dollinger* erre előadja, hogy a vezetése alatt álló klinikán nemrégen egy nőbeteget észlelt és operált, a kinek altestét erős trauma érte és a kinek azután a hasa jobb felében, a vakbéltájékig leérő daganat képződött. A hasüreg feltárása után kitűnt, hogy a betegnek igen nagy epecystája volt, a mely az epehólyaggal nem, hanem a máj jobb lebenyének legoldalsó részével állott összefüggésben, a hol az erőművi behatás történt. Ez májrepedést okozott és a kifolyó epe lassankénti eltokolódott. A tömlővel együtt a sérült májrészt is eltávolította. A beteg meggyógyult. A tömlő falát újonnan képződött kötőszövet alkotta.

(Folytatása következik.)

A német sebésztársaság 41. congressusa.

Berlin, 1912 április 10.—13.

A hagyományok által megszentelt Langenbeck-Haus helyett a berlini philharmonia díszes, de kétségtelenül rosszabb acustikájú és demonstratiókra kevésbé alkalmas Beethoven-termében zajlott le a 41. sebészcongressus. A társulat tagjainak száma már a 2000-et is jóval meghaladja, úgy hogy a Langenbeck-Haus, mely 800 ember befogadására van számítva, nem képes befogadni a congressuson résztvevő tagokat, a kiknek sorában számos nem német nyelvű sebész is helyet foglal. A magyarok is évről-évre nagyobb számmal jelennek meg, az idén is körülbelül 25 fővárosi és vidéki magyar sebészt láttunk a congressuson.

Garré bonni tanár elnöki megnyitójában leginkább *Lister* hervadhatatlan érdemeinek méltatásával foglalkozott; kívüle *Braun, Brandes, Fränkel, Leopold, Schinzinger* haltak el a társaság kimagasló tagjai közül.

A congressus első napja az általános sebészetnek volt szentelve.

Lampe kámforolajat tölt bevarrás előtt aseptikus sebekbe; az eljárást *Bier* is kipróbálta, de visszatért az egyszerű asepsishez.

Dreyer a modern desinfectiós eljárások eredményeit bakteriologiai vizsgálatokkal ellenőrizve, arra az eredményre jutott, hogy ezek nem elegendők az operativ sebek csíramentessé tételére, de képesek a virulens bacteriumoknak távoltartására.

Liermann hozzászólásában alkohol-bolus alba módszerét dicséri a kéz és a műtéti terület desinfectiójára.

Heyde az asepsises szövetszétesés toxikus hatását konstatálta kisérleti úton (vesezúzás, vese, léperek lekötése).

Kleinschmiedt a légemboliákkal foglalkozván, ezek elkerülésére a medencze magas fektetését ajánlja, míg *Meisels* ellenkezőleg azt hiszi, hogy a fej magas fektetése czélszerűbb ilyen esetekben, míg *Tiegel* a túlnyomásos légzőapparatus prophylactikus alkalmazását véli jónak.

Kuhn a thrombosis elkerülésére légnyomásos massage-t ajánl, a mitől *Bier* óva int, mert emboliákra vezethet.

Axhausen az asepsises csont- és porcznecrosisokra nézve végzett kisérleteket. Porcznecrosisok arthritis deformans-szerű elváltozásokra vezetnek, máskor a *König*-féle osteochondritis dissecans képe áll elő, a mennyiben a necrosisos porcz leválik.

König csontdefectusoknak elefántcsonttal való pótlását ajánlja; be is mutat egy nőt, kinek állkapcsát elefántcsonttal pótolta és két hasonlóan jól sikerült esetről referál; a vita során *Rehn* és *Beck* is ajánlja az elefántcsont-prothesisek alkalmazását, melyek a csontba erősen benőnek.

Läwen a szív- és májvarratokat izomdarabok szabad transplantatiója segélyével végzi, a mivel eléri, hogy a varrat a szakadékony szövetben is jól tart és a vérzés prompt csillapul.

Wrede figyelmeztet arra, hogy a transplantált izom könnyen elhal és bacteriumos infectio forrásává válhatik, viszont *Kocher, Sprengel, Eiselsberg* és *Rehn* utalnak arra a tapasztalatra, hogy élő szövettel a vérzést sokkal jobban lehet csillapítani, mint élettelen anyagokkal.

Lexer az íntransplantatio indicatióiról, technikájáról és utókezeléséről tartott előadást és súlyos esetekben elért szép, a munkaképesség visszanyerésével járó gyógyulásokról számolt be.

Sticker rosszindulatú daganatok radiumkezeléséről számolt be; lapos bőrcancroidokban ért el még leginkább eredményt. *Werner* a mesothoriumtól jobb eredményeket látott, mint a radiumtól és egy inoperabilis gyomorcarcinoma-recidiváról számol be, mely a hassebbe való kivarrás után Röntgen-kezelésre eltűnt és 2 év alatt nem tért vissza.

Kolb a rák antimeristemmel való kezelését tanulmányozta és az egyetlen *Jensen*-féle eseten kívül más gyógyult esetről nem tud; az antimeristem a rákra nem, csak a rák körüli gyuladásra bir befolyással és az észlelt javulások ezen gyuladás megszűnésének rovására irandók. Hasonlóképp nyilatkozott *Werner* is, a ki a heidelbergi rákintézetben 60 esetben próbálta ki az antimeristemet. *Kümmel* is csak múló javulásokat látott, a *Schmidt*-féle sokat hiresztelt antimeristemre gyógyult esetet ismeri, az sohasem volt rák.

Homuth a staphylomycosisok serodiagnostikájára dolgozott ki egy methodust, mely 50 staphylomycosisban szenvedő ember közül 47-ben positiv, míg 60 normalis egyénen állandóan negativ eredményt adott.

Dreyer a bacteriumok virulentiája megállapításának legjobb mértékéül a nyúl térdizületébe való oltást tekinti. Virulens streptococcusok, staphylococcusok, colibacillusok 24 órás bouillon-kulturájának 1—2 cm^3-e genyedést idéz elő a térdizületben, avirulenseké nem.

Graff állatkisérletei alapján a tetanusserum intravenosus injectióját ajánlja. A vitából, melyben *Anschütz, Evler, Ritter,*

Simon vettek részt, kiderült, hogy bizony a serum legkülönbözőbb alkalmazása daczára a már kifejlődött tetanus-esetek jelentékeny része elpusztul.

Franke demonstratiója kapcsán, mely egy 9 év előtt nem teljesen kiirtott, nagy csontképződéssel járó durasarcomának recidivamentesen maradt esetére vonatkozik, élénk vita indult meg arról, hogy az ostitis fibrosa és csontsarcoma képét sokszor mily nehéz egymástól megkülönböztetni (*Wrede, Steinthal, Schlange*) és ezért történik meg, hogy egyszer nagy tumorok látszólag tökéletlen kiirtás után nem recidiválnak, máskor pedig látszólag ártatlan képződmények multiplex metastasisokra vezetnek (*Haberern, Rehn*).

Az első napon rendezett vetítő este demonstratiói közül különösen *Kümmel* és *Hauck* Röntgen-képei az ép és beteg vese ereiről, *Klose* demonstratiói a thymuspathologia köréből és *Schmieden* észleletei a csípőizületbeli regenerativ folyamatokról voltak érdekesek.

A második nap themája elsősorban az agychirurgia volt. A tárgyalások sorát *Tillmann* előadása nyitotta meg az agynyomásról. Szerinte normalis viszonyok közt tulajdonképpeni agynyomás nincs, csak a liquor cerebrospinalis hydrostatikai nyomása, a mely változó a szerint, milyen helyen és a beteg milyen testhelyzetében mérjük. Epileptikus roham alatt az agynyomás tetemesen nő. A daganatok által okozott agynyomás nemcsak a daganat nagyságától, hanem a daganat növekedésének gyorsaságától is függ. A pangásos papilla keletkezésére a nyomás helye is nagy fontossággal bír, a középső agykamrában levő fokozott nyomás a chiasma direct compressiója által leginkább elősegíti pangásos papilla keletkezését. Vérzések esetében nemcsak a vérzés mennyisége, hanem a vérzés helye is szóba jő. A convexitáson ülő vérzéseknél a fokozott nyomás létrehozásában az is szerepel, hogy a vér és az alvadék fajsúlya nagyobb, mint az agyállományé.

Wendel egy orbitalis gyuladásból származó circumscript savós meningitisről számolt be, mely a frontalis lebenyen székelt és súlyos agynyomásos tüneteket okozott. Trepanatio és az oedemás pia többszörös punctiója gyógyulásra vezetett. További meningitis serosa circumscripta esetekről s ezeknek trepanatióval való gyógyításáról referáltak *Perthes, Borchard, Beck, Förster.*

Henschen a traumás subduralis vérzések diagnosisáról és műtétéről beszél 246, az irodalomból összeállított eset kapcsán. A vérzések leggyakrabban a pia venáiból indulnak ki. Anatomiai helyük szerint frontalis, temporalis és occipitalis csoportra oszthatók; a homloki vérgyülemet a somnolentia, a temporalisat hemiplegiás jelenségek, az occipitalisat hemianopsia, hemianaesthesia jellemzik, de a tünetek sokszor nem kifejezettek. A szabad intervallum — melynek az extraduralis vérzésekkel szemben differentialdiagnostikai fontosságot tulajdonítanak — sokszor intraduralis vérzésnél is jelen van, sőt egy hétig is elhúzódhatik. Lágyulások a zúzott területen későbbi apoplexiára és még hónapok mulva is utóvérzésre vezethetnek. A trepanatio, a vér kitakarítása és a subduralis tér drainagea az esetek kb. 70%-ában gyógyulásra vezetett. Újszülöttek subduralis haematomái is kedvezően befolyásolhatók műtét által.

Rehn jun. előadása kapcsán, ki zsírszövetet ajánl a dura pótlására, kiterjedt vita támadt e kérdés körül, melyben *Kirschner* (17 eset), *Eiselsberg* (15 eset), *Haberer* a durának a fascia latából való pótlását, míg *Perthes* sérvtömlővel (7 eset), *Blauel* zsírszövettel, *Brünings* a szomszéd durarészletnek két lemezre való hasításával pótolja a durahiányt.

Érdekes agychirurgikus esetekről számoltak be még *Haberer, Wendel* és *Krause*. *Haberer* epilepsiát okozó traumás koponyacsont- és duradefectus eseteiben mindjárt a bőr alatt egy nagy cystát talált, mely falának eltávolítása után a kitágult jobb oldalkamrának bizonyult; a defectust egy a fascia latából vett szabadon transplantált lebenynyel fedte, a beteg gyógyult, csak bénulása nem javult, a mi természetes is, mert hiszen az agykéreg a centralis tájon teljesen hiányzott; *Wendel* a fali lebeny mélyéből nyilván empendymalis eredésű laphámrákot távolított el sikerrel. *Krause* 4 esetben nyitotta meg szélesen az agykamrákat és pedig kétszer az oldalkamrákat (*Jackson*-epilepsiát okozó cysta), kétszer a negyedik agykamrát, egyszer a féregben ülő, a 4. agykamrával kommunikáló cysta miatt, egyszer a 4. agykamrába nyúló mogyorónyi daganat miatt.

Vita tárgya volt a drainage kérdése is agyműtétek után; csak *Schmieden* nyilatkozott bizonyos esetekben a drainage mellett, *Eiselsberg, Krause* ellenben a leghatározattabban a drainage ellen nyilatkoztak.

Baruch a caudatumorok diagnostikájáról, *Borchardt* a Charcot-féle pachymeningitis hypertrophicának laminectomiával és a duralis kérgesedések leválasztásával való gyógyításáról, *Henle* az ischias scolioticának physiologiai konyhasóoldat epiduralis injectiójával való gyógyításáról, *Guleke* és *Ranz* a Förster-féle műtétnek tabeses crisek eseteiben való eredményeiről beszélt. *Guleke* 5 betege közül 2, *Ranz* 12 betege közül 5 mutatott tartós javulást. *Förster* 44 esetből 5 haláleseről és 21 tartós javulásról számol be, *Franke* tabeses crisek esetében a 7—9. intercostalis idegek kiszakítását ajánlja. Little-kór egy esetében *Goldenberg* végzett Förster-műtétet; az eredmény nem volt teljes és még orthopaediás műtétek is váltak szükségessé. *Lexer* egy igen szép arczplastikát mutatott be, a mivel kapcsolatban *Dollinger* az orrplastika technikájára nézve tett megjegyzéseket és *Nordmann* facialis-paresisek esetében a temporalisból és masseterből történt izomplastikákról számolt be. Ugyancsak *Lexer* számolt be egy esetről, a hol aneurysma popliteae kiirtása után a hiányzó érdarabot egy vena saphena-darabbal pótolta. *Lexer* és *Fragenheim* 1—1 beteget mutattak be, kiken Roux-féle oesophaguspótlást végeztek (a nyaki oesophagusnak összeköttetése a gyomorral egy a mellkas bőre alatt vezetett jejunumrészlettel), kitűnő eredménynyel.

Kocher-nek a myxoedemás vérképről tartott előadásából az a sajátszerű tény emelkedik ki, hogy a myxoedema (athyreosis) vérképe a Basedowos (hyperthyreosis) vérképhez hasonló, mindkettőnél lymphocytosis és leukopenia van jelen, különbség csak a vér alvadékonyságában van, mely Basedownál lecsökkent, myxoedemánál fokozott.

A délutáni ülés a tüdősebészetnek volt szánva. *Cloetta* a tüdőcirculatio physiologiájáról tartott érdekes előadást. Kisérletei arra a meggyőződésre vezették, hogy a tüdő exspirium alatt jobban van ellátva vérrel, mint inspirium alatt és hogy különösen jó a kollabált tüdő vérrel való ellátása. A túlnyomással és csökkent nyomással (Ueberdruck und Unterdruck) előidézett tüdőfelfúvást vizsgálva, azt találta, hogy a csökkent nyomású eljárás alkalmával a tüdőt sokkal kisebb erővel lehet felfujni és hogy ez az eljárás a tüdő circulatiójára is kedvezőbb. *Dreyer* szerint a *Cloetta*-féle kisérletek ez utóbbi eredményei azokra a viszonyokra, a melyek közt embereket operálunk, nem vonatkoztathatók. *Sauerbruch* is praktikus czélra a túlnyomásos eljárást jónak találta, a másikra csak elhúzódó műtét esetén van szükség. *Kausch* 5 ízben végezte az első bordának *Freud* által ajánlott resectióját tuberculosis miatt 3 esetben jó eredménynyel.

Wilms 12 tüdőtuberculosis miatt végzett thoracoplastikáról számol be; egyoldali tüdőtuberculosis, a tüdő retractiója mellett fennálló makacs köhögéssel, ismétlődő vérzésekkel és bő köpettel különösen alkalmasak a műtétre, melyet 2—3 ülésben, súlyos esetekben 6—8 heti pausákkal végez.

Sauerbruch 24 operált tüdőtüberculosis esete közül 1 halt meg, kinél a kiterjedtebb *Friedrich*-féle műtétet végezte. A bordaresectiók helyét a cavernák helye szerint kell megválogatni; figyelmeztet arra a veszélyre, hogy a felső lebeny compressiója az alsóban aspiratiós pneumoniára vezethet és hogy az állapot némely esetben műtét után súlyosbodik. Másfelől ő is látott szép eredményeket a műtét után (egy igen szép esetet be is mutatott) és azt vastag pleuritikus kérgek esetében javaltnak tartja. Ő is híve a több ülésben való beavatkozásnak.

Franke utal arra, hogy a *Wilms*-féle műtét localanaesthesiában is végezhető.

Tiegel a pleuradrainen át való secundaer infectio veszedelmeit fejtegeti és ennek elkerülésére egy szeleppel ellátott draint ajánl; *Dreyer* egyszerűbben jár el: a pleurába vezetett

gummicsövet leszorítja és csak időről-időre engedi le annak tartalmát. *Hesse* 350 mellkasi sérülést észlelt, ezek $^2/_3$-át operálta; köztük 3 esetben volt idegen test a pleurában, illetve tüdőben, közülök 2 meggyógyult az idegen test (czeruza, késpenge) eltávolítása után. *Eiselsberg* sokkal conservativabban jár el mellkasi sérülések esetén; 43 esete közül csak hármat operált. *Müller* mediastinalis tumor okozta súlyos légzési nehézségek esetén a sternum hosszirányban való átfűrészelésével csökkenteni tudta a beteg szenvedéseit; ugyanezt végezte sikerrel *Eiselsberg* is egy hasonló esetében.

Sauerbruch egy mellkasi strumát távolított el a mediastinum anteriusból.

Van der Velden a *cardiolysist* ajánlja oly esetekben, midőn a szív jobbra való húzása zavarokat okoz. Érdekes esetekről referált *Sauerbruch* 3 esetben, midőn mellkasi és hasi szervek (tüdő, lép, máj) egyszerre sérültek, transdiaphragmatikus laparatomiát végzett, A hasat és mellüreget teljesen elzárta. Az art. pulmonalis egyes ágainak lekötése után bronchiectasia kifejezett javulását látta (5 esetből 4-szer).

Anschütz 4 ízben végezte a diaphragma kiterjedt resectióját; míg kis defectusokat be lehet varrni, nagyobb defectusokat vagy a hasizmokból vett lebenyekkel kell fedni vagy bőrdarabok resectiójával közelíteni a sebszéleket. 2 esetében a májat varrta a defectusba; *Sprengel* egy esetében a lép, *Borchardt* a tüdő odavarrásával, *Dollinger* az ileopsoassal fedte a diaphragma-defectust. *P.*

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A nicotin okozta amblyopia gyógyításáról lecithinnel értekezett *Nuel* az „Académie de médecine de Belgique“ április 27.-én tartott ülésén. Az eljárást *De Waele* ajánlotta volt a lecithinnek az alkaloidákra gyakorolt oldó hatása alapján. Hetenként kétszer fecskendezett be intramuscularisan 0·10 gramm lecithint physiologiai konyhasóoldatban suspendálva. 5 esetben határozott eredményt ért el, még idősült esetekben is. *Gallemaerts* szintén biztató eredményt látott ezen eljárástól. Maga az előadó két régi esetben nem látta hasznát a lecithinnek, egy friss esetben sokkal gyorsabb eredményt ért el vele, mint a szokásos kezeléssel.

A gyomorresectio után fejlődő tüdőgangraenáról értekezett *Coenen* a breslaui sebésztársaságban. 136 gyomor- és 2 duodenalis resectio után 3 patiens tüdőgangraenában, 5 pneumoniában, 2 genyes bronchitisben halt meg. Két esetben a tüdőüszök emboliás úton fejlődött 8—10 nappal a műtét után tüdőinfarctus tünetei között és azután átment gangraenába. 4 esetben hasonló megbetegedés bronchitises, majd pedig bronchopneumoniás góczból keletkezett. Két esetben a szerző nem tudta eldönteni a kifejlődés útját. Műtét után fejlődött tüdőgangraena minden esetében vagy a vérpályán át jutott az infectiosus anyag a tüdő capillarisaiba, vagy pedig a bronchusok útján. *Filehn* az ilyen gangraenás üregekben egy emésztőképességgel biró fermentet mutatott ki, a mi ama feltevésre indította a szerzőt, hogy az infectiosus anyagokon kívül a pankreasváladék esetleges közreműködésére is gondoljon a postoperativ tüdőgangraena fejlődése esetén. A prognosis az említett esetekben igen rossz. *Gottstein* olyan esetekben is látott gyomorműtétek után tüdőgangraenát keletkezni, a hol a műtétet nem narcosisban végezte, a mi az emboliás eredet mellett szól. A szerző 50 gyomorműtét közül — gastrostomiát bele nem számítva — 11 esetben látott súlyos tüdőcomplicatiót, ezek közül csak két esetben következett be gyógyulás. A szerző lehetségesnek tartja, hogy a nem inficiált embolusok köhögés közben leválnak és csak másodlagos úton inficiáltatnak a tüdőváladék által. Appendix-műtétek után is látott a tüdők részéről szövődményeket jelentkezni, így tüdőinfarctust is, melyek azonban gangraenára sohasem vezettek. *Coenen* szerint a hasműtétek közül a pankreascysta drainage-a, peritonitis tuberculosa, invaginatio műtétje után jelentkeznek gyakrabban tüdőgangraenák, de nem oly typusosan, mint gyomorresectiók után. *O. Bondy* annak eldöntésére, hogy emboliás úton keletkeztek-e a tüdőcomplicatiók, fontos szerepet tulajdonít a bakteriologiai vizsgálatnak. (Berliner kl. Wochenschr, 1912, 12. sz.)

Ifj. *Hahn Dezső* dr.

PÁLYÁZATOK.

2863/1912. eln.

A városi „Erzsébet“-közkórház szemészeti osztályán megüresedett **alorvosi állásra** 1912. évi márczius hó 20.-i kelettel 1451/1912. eln. sz. a. kibocsátott és a 2052/1912. eln. sz. a. meghosszabbított pályázati hirdetmény határidejét **1912. évi julius hó 10. napjának délutáni 5 órájáig** meghosszabbítom.

Tájékozásul ez alkalommal is közlöm, hogy ezen állás — mely ideiglenes jellegű s a kinevezés egyelőre 2 évi időtartamra szól — évi 1500 korona fizetéssel, I. oszt kórházi élelmezéssel s egy elő-, egy fürdő- és egy lakószobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés és világítással van egybekötve.

Hódmezővásárhelyen, 1912. évi junius hó 15.-én.

Juhász, kir. tanácsos, polgármester.

2123 1912. szám.

A zágoni **körorvosi állás** megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

A kör Zágon székhelylyel 7 községből áll, mely községek két hetenkint beutazandók.

Javadalmazás 1600 kor. fizetés, 1000 kor. útiátalány és 600 kor. lakbér

Kellőleg felszerelt kérvények **folyó év szeptember 5.-éig** alulirotthoz nyujtandók be.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Kovásznán, 1912 június hó 15.

A főszolgabiró

2569/1912. sz.

Jásznagykunszolnok vármegye tiszai alsó járásához tartozó Rákóczifalva községben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Fizetés az államtól 1600 kor.
2. Személyi pótlék a községtől 600 kor.
3. Természetbeni lakás, mely áll 4 szoba, konyha, éléskamra, pincze, várószoba, rendelőszoba, istálló, fáskamra és sertésól és 600 □-öl veteményes kert
4. 5 évenként 200—200 kor. korpótlék.
5. A ker. munkásbiztosító pénztártól körülbelül 400 kor.
6. Látogatási díjak orvosi lakáson 80 fillér, beteg lakásán 1 kor., éjjel ezen díjak kétszerese.
7. Halottkémlési díj esetenként 1 kor. Távolsági díj 2 km.-en túl km.-ként 50 fillér.
8. Húsvizsgálati díjakból évenként körülbelül 300 kor.
9. A községhez tartozik 6 nagy uradalom s a község lélekszáma 4138.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy a törvényben előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **július hó 10.-éig** adják be.

A választás határidejét a pályázati határidő lejárta után fogom megállapítani.

Tiszaföldvár, 1912 junius 5.

Nagy Ottó, főszolgabiró.

1059/1912. szám.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-kórházban üresedésbe jövő egy **kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás évi 1400, azaz egyezernégyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és elsőosztályú élelmezéssel van javadalmazva.

A törvényhatósági főispán által kinevezendő alorvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyujtás esetét kivéve, nem folytathat s állását csakis a két hónapi felmondási idő eltelte után hagyhatja el.

Nős orvosok nem pályázhatnak.

Az állás folyó évi június hó 15.-én elfoglalandó.

Felhivom ennélfogva mindazokat, a kik ezt az állást elfoglalni óhajtják, hogy kellően okmányolt kérvényüket legkésőbb **folyó évi július hó 15. (tizenötödik) napjának déli 12 órájáig** (Szabadka, Pestszálló épület) annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezettek figyelembe vételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig benyujtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadkán, 1912. évi junius hó 5.-én.

A polgármester.

1593/1912. szám.

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 koronás ötödéves korpótlék, 700 korona fuvarátalány, 450 korona lakbér (a körorvosi lakás építésének ügye folyamatban, ideiglenes 3 szobás lakásról gondoskodva van), 1000 korona helyi pótlék, a trachomások kezeléséért évi 400 korona tiszteletdíj, a Ratkó nagyközségben teljesítendő halottkémlésért pedig évi 16 m^3 tűzifa házhoz szállítva, a mit azonban a nagyközség kívánatra pénzben megvált.

A közegészségügyi kör székhelye Ratkó, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket igazoló s okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 1.-éig** annál inkább adják be, mert elkésetten beérkezetteket figyelembe nem veszek.

A választás megejtésére határidőt a pályázati határidő elteltével fogok kitűzni.

Ratkó, 1912 június hó 6.

Madarassy, főszolgabiró.

1912. E. 56/6.

A kaposvári kir. törvényszéki fogháznál 1000 korona évi tiszteletdíjjal javadalmazott **fogházorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A pályázónak törvényszéki orvosi képesítéssel is kell birnia.

Lejár **1912 július 15.-én.**

Kaposvár, 1912 június 16.

A kir. ügyész.

Körorvosi állomás töltendő be *Ipolynyék* Hontmegye járási székhelyen, Budapesthez 3 órányira, az 1908. XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján 1600 kor. — 5 évenkint 200 kor. korpótlékkal —, modern új lakás fürdőszobával, remek vidék, gyógyszertár, két takarékpénztár, országos vásár és hetipiacz, távirda-posta helyben, vasutállomás: Drégelypalánk 8 km.; községek közel egymáshoz, jómódú magyar lakosság, több uradalom. Törekvő, szorgalmas orvos 8—10 ezer koronát évente megkereshet. Kérvények **1912 június 30.-áig** nyujtandók be az ipolynyéki járás főszolgabirói hivatalához.

2884/1912.

Nógrád vármegye nógrádi járásának Romhány székhelylyel megüresedett **körorvosi állására** pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előirt képzettségüket és esetleges működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **folyó évi julius hó 10. napjáig** bezárólag nyujtsák be.

A körorvos javadalmazása a következő:

Évi 1600 K törzsfizetés előleges havi részletekben a kir. adóhivataltól, pályaorvosi tiszteletdíj évi 400 K, valamint a vele járó kedvezmények, a mi a megválasztott körorvos részére biztositva van.

Négy szobából álló természetbeni lakás, mellékhelyiségekkel és istállóval. A ker. munkásbiztositó pénztártól évi 300 K. Négy ötödéves, egyenként 200 K korpótlék. Fuvarátalány, látogatási és műtéti díjakat a vármegyei szabályrendelet fogja megállapitani. A kör községei részéről évi 600 K segély van megállapitva, ezenkívül a közigazgatási bizottság részéről évi 120 korona helyi pótlék engedélyezése iránt a belügyminister úrhoz előterjesztés téve s az kilátásba helyezve.

Egyéb jövedelmek: himlőoltási, halottkémlési és vágatási biztosi díjak, a körorvos székhelyén. A székhelyen gyógyszertár, a körben több uradalom, melyek évi rendes átalányt fizetnek, a mi körülbelül kitesz évi 6—800 K-t.

Az állás helyettesítés útján azonnal betölthető.

A később kitűzendő választás határnapjáról pályázókat külön fogom értesiteni.

Rétság, 1912 junius 17.

Baross József, főszolgabiró.

2306/1912.

Jásznagykunszolnok megyei jászsági alsó járásban Nagykörü községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással évi 1600 korona fizetés és természetbeni lakás jár, mely áll 4 szoba, előszoba, rendelőszoba és mellékhelyiségekből.

Látogatási díjak, hússzemle és halottkémlési díjak szabályrendeletileg vannak megállapitva.

Megjegyzem, hogy Nagykörü község vagyonos, értelmes lakossággal bir, mely az orvosi segélyt azonnal igénybe veszi.

Pályázati határidőül **folyó évi julius hó 15. napját** tűzöm ki, mely idő után beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Felkérem pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz a fenti határidőig terjeszszék be.

Jászapáti, 1912 junius 15.

Cseh József, főszolgabiró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

LEGTISZTÁBB LEGKÉNYELMESEBB BEDÖRZSÖLÉSI KURA.

MERCURO-CRÊME SEC. DR = ROSENBERG

BEDÖRZSÖLÉS 3-5 PERCIG NEM PISZKITJA A FEHÉRNEMŰT.

ZSIRTALAN SZAGTALAN

Új csomagolás:

Mercurocrême mite 1 csom. à 10 dob. à 3 gr. 22½% Hg. = 2 gr. 33⅓% Hg.
Mercurocrême normale 1 „ à 10 „ à 3 gr. 33⅓% Hg.
Mercurocrême forte 1 „ à 10 „ à 3·33 gr. 50% Hg. = 5 gr. 33⅓% Hg.

Régi csomagolás:

1 graduált tubus à 30 gr. 33⅓% Hg.

Minden csomag ára 2 kor.

„CSILLAG"-GYÓGYSZERTÁR, Budapest,

VIII., Rákóczi-út 39. (József-körút sarok.)

BAD HALL Felsö-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő, Európa legrégibb és **leggyógyhatásosabb jodforrása.** Női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, csúz, rheuma, görvélykór, öröklött és szerzett syphilis és annak következményei, stb. stb. ellen.

Felvilágositással szolgál és prospektust küld a:

Direktion der Landeskuranstalten, BAD HALL.

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen is nyitva van.

56. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1912 junius 30.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kubinyi Pál: Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület kórházából. Adatok az ureter sebészetéhez. 483. lap.

Beck Soma: Gyógykisérletek a Wassermann-féle localis immunizálással a bőrön. 486. lap.

Szontagh Félix: Angina és vörheny. 488. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. Carl Oppenheimer*: Grundriss der Biochemie. — *Lapszemle. Belorvostan. Umber*: A phosphaturia kezelése. — *Sebészet. Fr. König*: Nagy sérvek, különösen has-sérvek műtéte. — *Elmekórtan. M. Sommer*: A hypochondria nosologiai önállósága. — *Szülészet és nőorvostan. Amann*: Praemenstrualis hőemelkedés és bacteriuria. — *Gyermekorvostan. d'Astros*: Vaccina generalisata. — *Bőrkórtan. J. Jadassohn*: „Aphorismás megjegyzések a dermatologiában alkalmazott arsentherapiáról". — *Fülorvostan. Jörgen Möller*: A középfül-tuberculosis sajátos alakja. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Jödicke*: Zebromal. — *Czerny*: Az ürülékek szagtalanítása a betegszobában. — *Tischler*: Bromural. 491—493. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 493. lap.

Vegyes hirek. 494. lap.

Tudományos társulatok. 495—497. lap.

Melléklet: *Szemészet.* 3-4. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület kórházából.

Adatok az ureter sebészetéhez.

Irta: ***Kubinyi Pál*** dr., egyetemi magántanár, főorvos.

Az ureter sebészetének művelésében az olaszok (*Poggi, Paoli, Busacchi, Boari, Novaro, Bazy)* voltak az úttörők. Továfejlesztésében úgyszólva kezdettől fogva jelentékeny szerep jutott a nőorvosoknak, a kik a medenczében operálva, gyakran jutnak az ureter tájékára, másrészt az ureter medenczebeli szakasza a női ivarszervek tőszomszédságában fut s így gyakran részt vesz azoknak betegségében. *Nussbaum, G. Simon, A. Hegar* és mások nevével találkozunk az elsők közt, a kik e műtétekkel foglalkoztak. Nálunk ez *Tauffer* tanár nevéhez fűződik, a ki első eseteit a sérült ureter sikeres összevarrását illetőleg 1893-ban közölte.[1]

A kérdés irodalmára nem szándékozom kiterjeszkedni, annál kevésbé, minthogy ezúttal *kizárólag az ureternek a hólyag más helyére való átültetésével, az ureterocystoneostomiával* óhajtok foglalkozni. Fejlődéséből is csak azt emelem ki, hogy míg régebben úgyszólva csakis a műtét közben akaratlanul ejtett uretersértés ellátásáról volt szó, addig ma már czéltudatosan is reszekáljuk s átültetjük, így a *Wertheim*-féle abdominalis méhrákműtét kapcsán éppúgy használhatjuk uretersipoly gyógyítására is, a hol eddig bonyolult, sőt mondhatni furfangosan kieszelt plastikai eljárásokkal kisérleteztek a hüvely felől és az esetek nagy számában mégis csak a nephrektomia lett a dolog vége.

A hol a vese beteg vagy az ureter alkalmatlan az implantatióra, természetesen a jövőben is csak ez lehet a megoldás, ellenben ott, a hol a vese egészséges, az ureter megfelelő, ma a conservativ uretersebészet elvei szerint, az ureterocystoneostomia segélyével a megtartására törekszünk. Hogy ezt pedig nem csupán a mulékony, hanem a tartós siker reményében is tehetjük, bizonyítják *Stoeckel, Franz, Rauscher* és *Sellheim* esetei, a melyekben a nevezettek több évre terjedő cystoskopos és ureterkatheterezéssel ellenőrzött utánvizsgálatok eredményéről számolnak be. *Én egyik esetemben 9 hó, a másikban egy év elteltével ureterkatheter ellenőrzése mellett kifogástalan működést állapithattam meg.*[2]

Hazai irodalmunkban *Szabó*[3] *Wertheim*-műtét kapcsán végzett ureter-resectio és implantatio esetében 1 év és 4 hó mulva irja, hogy a betegnek „semmi panasza sincs, 3-4 óránként rendesen vizel". *Paunz*[4] esetében 3 hó mulva „nyoma sincs stricturának".

Minthogy e tárgyban aránylag még szegény az irodalom, a hazaiban pedig minőössze néhány esettel találkozunk, a műtét javalatait illető felfogás is különböző, technikája sem egységes, ennélfogva úgy vélem, bir némi érdekkel eseteim részletesebb imertetése, a melyeket a Budapesti kir. orvosegyesületben (1910 október 22) és annak gynaekologiai szakosztályában (1910 április, 1910 deczember, 1911 deczember) bemutattam volt.

I. *Ureterocystoneostomia esetei Wertheim-műtét kapcsán.*

1. P. J. (1909/153. fejlapsz.) 40 éves I. P. Egy év óta alhasi és derékfájdalmak, folyás, rendetlen vérzésekben szenved, 2 hó óta szakadatlanul vérzik.

Jelen állapot: Jól fejlett és táplált nőbeteg, a vérveszteséget elég jól győzi, arczszine még most is piros. Ép mellkasi szervek. *A vizeletben idegen alkatrészek nincsenek.*

[1] A vesék és húgyvezérek sebészetének kérdéséről. Magyar orvosi archivum 1893, 341. l. — Németül Pester med.-chir. Presse, 1893, 419. l. — Archiv für Gynäkologie, 1894, XLVI. kötet.

[2] Bemutattam a gynaekologiai szakosztály 1911 deczember havi ülésén.

[3] Méhrák miatt végzett abdominalis gyökeres műtét kiterjedt hólyag- és ureter-resectióval. Orvosi Hetilap, 1909, 26. sz.

[4] Ureter-resectio esete. Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya, 1906 január 25. Orvosi Hetilap, 1906, 446. l.

Kifekélyesedett portiorák. A fekély ráterjed a baloldali hüvelyboltozatra is. Az ezoldali parametrium beszűrődött, a jobboldali szabad és a méh mozgathatósága részben még megtartott.

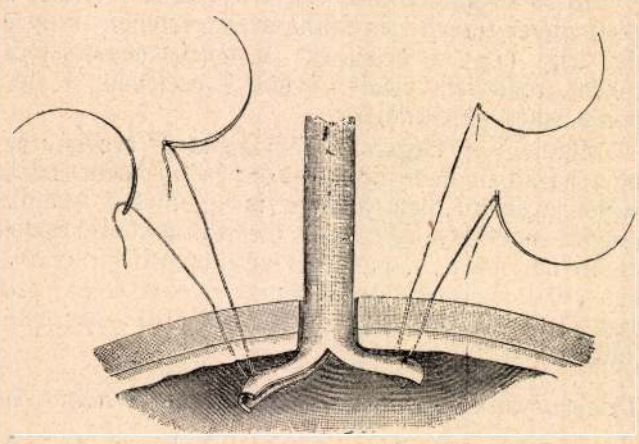
Minthogy az excochleatio arról győz meg, hogy a roncsolás nem terjed fel magasan a collumba s nem hatol keresztül a méhnyak falvastagságán, a beteg pedig jó erőbeli állapotban van, ennélfogva laparotomiának vetjük alá.

Műtét 1909 november 3. Tudva azt, hogy a medenczefal közelében lesz kényes munkánk s a hasfal hájas, ennélfogva a jó feltárás érdekében *Mackenrodt*-féle kötényalakú metszést ejtünk. Betapintva, megállapítjuk, hogy a bal ureter be van ágyazva, de a medenczefal mentén még van szabad tér, tehát operabilis. Az egészséges oldal felől indulunk, vagyis jobbról balra operálunk s utoljára marad a beteg rész. A két lgt. infund.-pelv. és rotund.-ot alákötve s átvágva, kikészítjük a jobboldali uretert, aláköt jük az aa. uterinát s megnyitva a Douglas-redőt s letolva a végbelet, szorítócsipőbe fogjuk a hátulsó parametriumot és átvágjuk. Ezáltal valamivel magasabbra kiemelhettük a méhet s a hólyag leválasztásakor a mélyebb részhez is jobban hozzáférhettünk. Sajnos, a hólyag itt már rögzítve volt s a letolás alkalmával 1 cm. hosszan megnyílott.

A bal uretert hátrább, a flexura sigmoidea mesenteriuma alól való kilépése helyén keressük fel. Ujjnyira ki van tágulva a parametriumbeli szakasz összenyomatása folytán, a mely alagút módjára fut keresztül a rákon.

Az ezoldali aa. uterinát eredéséhez közel alákötve, megkisértjük az uretert kiszabadítani a rákból. Tudjuk ugyanis, hogy annak simaizomzata sokáig ellenáll a ráknak s így esetleg megtartható, miként azt több esetben tapasztaltam. Kiderül azonban, hogy annyira össze van vele kapaszkodva, hogy nem kerülhetjük el a resectióját, mert utólagos sipolyképződéstől kell tartanunk.[5] Azonban ezt utoljára hagyjuk s előzetesen iparkodunk a méhet minden összeköttetéséből kiszabadítani. A cardinalis vérforrások már el vannak látva, a jobboldali parametriumot is lefogtuk és átvágtuk. A hólyag és végbél le van tolva. E szerint a hüvely amputatiójával jobbról balfelé a beteg parametrium alá kerülhetünk s ezt en bloque, a reszekált ureterrel együtt távolíthatjuk el. Ezt a tervet végre is hajtjuk. Az uretert a parametrium mögött provisorikus selyemligaturával ellátva, amputáljuk a hüvelyt, a melybe mindjárt törlőt helyezünk s azután átvágjuk az uretert a parametrium előtt és mögött s a parametriumon áthaladó részt azzal együtt veszszük ki. Beszűrődött mirigyet nem tapintunk. El lévén távolítva a méh, elsősorban a hólyagsérülést látjuk el, a mely oly mélyen van, hogy nem használható fel az ureter bevezetésére. Reszekálva a gyanus részt, a nyálkahártyát finom catguttel, az izomréteget vékony csomós selyemvarratokkal zárjuk, végül pedig a hólyag hashártyájával borítjuk, a melyet az elülső hüvelyfal csonkjához húzunk le. Ezután a húgycsövön át bevezetett férfi-katheterrel előretolva a hólyag felső hátulsó falát, azt ott, a hol leginkább közelíthető a bevezetendő ureterhez, megnyitjuk.

Az ureter ideiglenes ligaturáját megoldva, *Sampson* módszere szerint végezzük az implantatiót, azaz végét mintegy $1^1/_2$ cm. darabon kettéhasítjuk s a két nyelvalakú lebenyt finom kettős fonallal ellátva, a hólyag nyílásán át bevezetjük, a nyílástól kétoldalt belülről kifelé átszúrjuk a tűt s mindegyik nyelvalakú lebenynek a két fonalszárát, miután az uretervéget ezek segélyével behúztuk s mialatt a hólyagfalat *Kocher*-csipővel felhúzva tartottuk, megcsomózzuk. (1. ábra.)

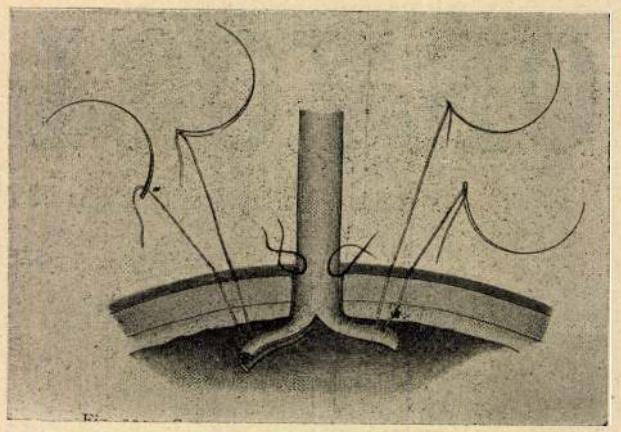


1. ábra.
Ureterocystoneostomia *Sampson* szerint.

Ha híven követtük volna *Krönig* eljárását, ezzel tulajdonképpen végeztünk volna is, azonban én biztosabbnak véltem még a hólyag hashártyáját is néhány, az ureter hossztengelyével egyező irányú, vékony csomós bélselyemvarrattal odaszegni az ureterhez. (2. ábra.)

Jodoformgaze-pamatot helyezve a hüvelybe, szűkítjük a medencze felett a hashártya nyílását s végül zárjuk a hasürt. Állandó katheter. A gyógyulás menete, egyszeri 38° hőmérséktől (6. napon) eltekintve, láztalan volt. A hasseb is per primam gyógyult.

[5] A mikroskopi vizsgálat épnek mutatta.



2. ábra.
Az általam követett eljárás.

Az állandó kathetert benhagyva, az 5. naptól kezdve naponta prophylaxisos bórvizes hólyagöblítést végezünk és belsőleg helmitolt adagolunk. A 10 napon eltávolítjuk az állandó kathetert s rendszeresen csapoljuk, majd fel engedjük kelni s ezentúl önként vizel. A 14. napon a beteg azt panaszolja, hogy daczára annak, hogy rendesen vizel, mégis benedvesíti ágyneműjét.

Eleinte incontinentiának véljük, a mi állandó katheter alkalmazása után egy ideig gyakran előfordul, azonban a hüvelyben mutatkozó húgysókicsapódás figyelmeztet, hogy alighanem kicsiny sipoly is van. Ezt a 30. napon végzett *cystoskopos vizsgálat* igazolja is. *Az ureter-implantatio begyógyult*, ellenben a hólyagvarrat közepén finom sebszondányi sarjadzó vörös pont van, a melyen át a hólyag erősebb megtöltésekor a hüvely felé is szivárog s a melybe a hüvely felől vékony szondát vezetve, cystoskoppal jól látható, a mint megjelenik a hólyagban. Záródását sarjadzásra bízzuk. Ha a beteg vigyáz s nem engedi nagyon megtelni a hólyagját, akkor száraz.

9 hó mulva látjuk. Jól van, recidiva nincs, a sipoly csak hajszálnyi, alig okoz kellemetlenséget. *A cystoskopos vizsgálat jól mutatja az új ureternyilás működését. A vizelet tiszta, a vese részéről semmi eltérés nem mutatkozik.*

Sajnos, $1^1/_2$ évre rá a carcinoma recidivált.

2. L. L. (1910/135. fejlapsz.) 53 éves, VI. P. 4 év óta a klimaxban van. 6 hó óta rendetlen vérzések és folyásban szenved, a melyhez újabban mind hevesebb, olykor szinte tűrhetetlen görcsös fájdalmak csatlakoztak, a melyek nem hagyják aludni. Soványodik. Orvosa műtét végett küldi.

Jelen állapot: Jól fejlett és a fogyás daczára még most is jól táplált beteg. Hájas hasfal. A portio vaginalis helyén gyermekökölnyi, puha, könnyen vérző képlet, a melyet a hüvelyboltozat felé porczkemény gyűrű vesz körül. A baloldali parametriumban beszűrődés, a mely csaknem a medenczefalig ér. A jobboldali sem ép, de itt jóval kisebb a resistentia.

A méh, bár korlátoltan, de mozgatható. Az eset az operálhatóság határán van ugyan, azonban a beteg erőbeli állapota jó, életfontos szervei épek, a vizelet se tartalmaz idegen alkatrészeket, ennélfogva legalább is próbalaparotomiáig el kell mennünk.

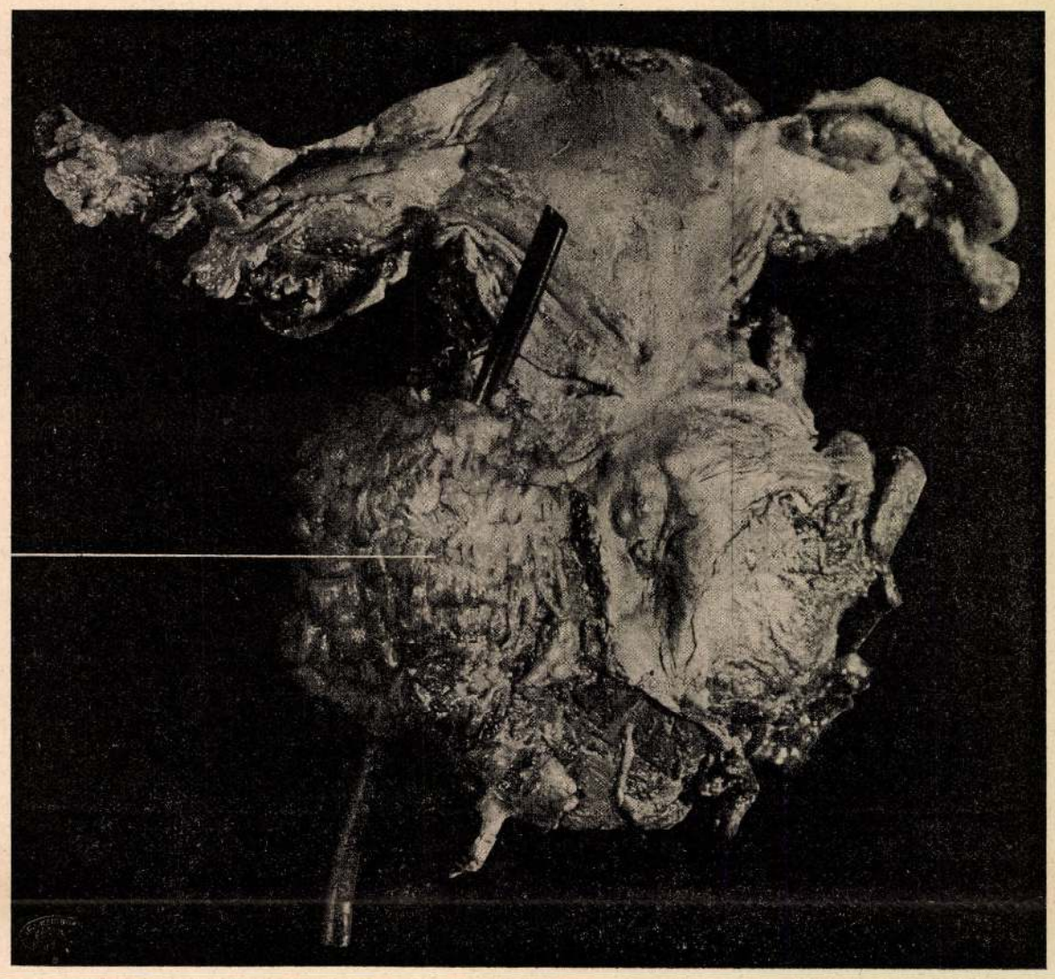
A következő napokon észlelt jelenség még inkább sürgeti a műétet. Ugyanis *rendkivül heves vesekólikát* észlelünk, a mely nagyon megkínozza a beteget, ismételt morphiumbefecskendezésre is alig csillapul s a beteg szinte könyörög a műtétért, a melytől szabadulást vár. Kétségtelen, hogy az ureter összenyomatásáról van szó, a mely a fájdalmak localisatiója, a parametrium beszűrődése és a cystoskopos vizsgálat értelmében baloldali.

A beteget, leszámítva szenvedését, legközelebb pangásos pyelitis, később pedig a méhrákos betegek nagy részének közös sorsa, az uraemia veszélye fenyegeti.

Ezt az állapotot bizonyára sokan inkább ellenjavalatnak tekintenék, én azonban nem osztom e nézetet, mert a beteg szenvedéseinek enyhítése éppen olyan orvosi feladat, mint a sikeres gyógyításé. „Bűn volna tűrni azt, hogy valaki gégerák miatt fuldokoljon, bélrák miatt ileust szenvedjen, bárzsingrák miatt éhen haljon, pylorusrákja miatt mindent kihányjon stb.“ mondja *Pólya*[6] s analog módon, mint a hogy a sebészek palliativ czélzattal tracheotomiát, gastroenterostomiát stb. végeznek vagy anus praeternaturalist készítenek, az irodalomban nem egy példát találtam, a hol méhrákos betegen az ureter összenyomatása által okozott kínok ellen még inoperabilis állapotban is pyelotomiát végeztek, *Krönig*[7] pedig az

[6] A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. Orvosi Hetilap, 1909, 5. sz. 16. oldal.

[7] *Döderlein-Krönig*: Operat. Gyn. II. Aufl. 511.



3. ábra. A 2. sz. eset: A kiirtott méh és függelékei.
p. = A zsírszövettel együtt eltávolított parametrium, a melyen átvonul az ureter. Az ureterbe gummidrain van helyezve.
Fénykép, természetes nagyság.

ily módon támadt uraemia elhárítása végett 5 esetben végzett ureterresectiót. *Mennyivel inkább megokolt tehát a méhkiirtásra olyan esetben vállalkozni, a melyben a rák kiirthatására is van némi remény és a beteg erőbeli állapota is jó.* E szerint magam részéről a jelen esetben a fenforgó ureterkólikát inkább sürgető körülménynek tekintettem. Persze ennek is megvannak a józan határai s igen előrehaladott esetben, decrepid, cachexiás állapot mellett nem tartom helyénvalónak. Az ilyennek adjunk annyi morphiumot, a mennyi megcsillapítja a fájdalmait, ha ugyan még számíthatunk a hatására.

Laparotomia 1910 szeptember 20.-án. Betapintás. A kicsiny méhtesthez viszonyítva hatalmas méhnyak. A beszűrődés baloldalt közel a medenczefalig ér, de mellette még van némi szabad tér. Az operabilitás határán álló eset. A műtét folyamán a hólyag leválasztása elég jól sikerül, kiderül azonban, hogy nemcsak a bal-, hanem a jobboldali uretert is körülveszi a rák, a mit különben a vizsgálatkor is jeleztünk volt. Beszűrődött mirigyeket nem találunk. Megkisértjük a kiszabadítását, a mi elég könnyen sikerül. Fala ép s így megtarthatjuk. Baloldalt ujjnyi vastagságra kitágulva találjuk a parametrium mögötti szakaszt. Ez már hosszabb idő óta pangás színhelye. Itt is megkisértjük kibontani, azonban az ureter alagút módjára fut keresztül a rákon (3. ábra), és oly erősen van összekapaszkodva a rákkal, hogy lehetetlen ráktól mentesen kikészíteni. Ezt később a mikroskopi vizsgálat is beigazolta, kimutatván, hogy a rák már megtámadta az ureter falát. (4. ábra.)

Nem marad tehát egyéb hátra, mint a resectio, a melyet akként hajtottunk végre, hogy előbb minden oldalról oldottuk a méh összeköttetéseit, azaz lefogtuk és átvágtuk a hátulsó és oldalsó parametriumokat, amputáltuk a hüvelyt, úgy hogy utoljára csak a bal ureter hídja tartott. A resectiót és az implantatiót *Sampson* szerint ugyanúgy végeztem, mint az előző esetben (l. ott), csakhogy itt a feszülés ellensúlyozása végett egy catgut-öltéssel még oda is rögzítettem a hólyagot a ligamentum infund.-pelv. csonkjához.

A gyógyulás menete egyszeri 38·1° hőmérséktől eltekintve, sima volt. A hasfal is per primam gyógyult. A 10. napon felkel. Ekkor 39°-ra szökik fel a hőmérsék. Hólyagbeli vizeletpangás és cystitis okozta. Néhány hólyagmosásra láztalanná lesz, de a hólyag még hetekig residualis vizelettel dolgozott, mint azt a Wertheim-műtét után, sajnos, elég gyakran tapasztaljuk. Ez ellen strychnininjectiókat alkalmazunk.

A 21. napon megejtett cystoskopos vizsgálat mutatja, hogy a hólyag nyálkahártyája már visszanyerte rendes állapotát s a jobboldali hátulsó falon, közel a vertexhez, jól látható a tölcsérszerű mélyedés fenekén a jól működő új ureternyílás, alul pedig az ezoldali holt szájadék.

1 hó mulva bemutattam az esetet az orvosegyesületben[8], *kifogástalan functióval s a cystoskopos képpel együtt.*

A beteg ezután vidékre ment s további sorsát minden igyekezetünk mellett sem sikerült kinyomozni.

Ezek szerint mind a két esetben a parametriumra átterjedt méhnyakrákkal volt dolgunk, a mely körülágyazta az uretert, úgy hogy annak kiszabadítása részben az ureter kétséges táplálttatása, részben rákos megbetegedése miatt nem volt elégséges. Igaz, hogy az ilyen esetek jó része inoperabilis, azonban tudjuk, hogy a rák néha szeszélyes módon harapódzik el a szomszédságra s megeshetik, hogy az eset egyébként jól operálható. Ilyenkor tehát nem marad más hátra, mint kiszabadítását megkisérelni s ennek sikertelensége esetén a resectióhoz folyamodni.

Vannak szerzők, a kik a kiszabadítást meg sem kisérlik, hanem minden ilyen esetben elvből a resectiót végzik; ilyen *Krönig*[9] és *Latzko.*[10] Előbbinek 1907-ig 25 esete volt,

[8] 1911 október 22.-i ülés.

[9] *Döderlein-Krönig*: Operative Gynäkol., II. Aufl.

[10] Budapesti nemzetközi orvosi congressus, 1910, VIII. 2. LXV.

utóbbi pedig 200 abdominalis méhrákműtét közt 20-szor végezte s a budapesti nemzetközi orvosi congressuson is melegen ajánlotta annak kiterjedtebb használatát.

Minthogy kórszövettani vizsgálatok igazolják, hogy az ureter körüli kötőszöveti hüvelyt *(Sampson)* csak későn támadja meg a rák, éppúgy a simaizomelemek is sokáig ellenállanak támadásának, ennélfogva észszerű alapra támaszkodva, eddigelé csakis olyan esetben végeztem a resectiót, a hol a rák vagy bizonyosan össze volt vele kapaszkodva, avagy pedig a rákból való kiszabadításból olyan kétes állapotban került ki az ureter, hogy utólagos elhalásától és sipolyképződéstől kellett tartanom.

47 Wertheim-műtét közt mindössze 2-szer kényszerültem végezni. Megjegyzendő, hogy uretersipoly-esetem Wertheim-műtét után *egy sem* volt. *Krönig* annak tulajdonítja, hogy abdominalis méhrákműtétei után nem volt önkéntelen uretermelléksérülése, mert, úgymond, kiterjedten él az ureter-resectióval, vagyis bizonytalan tápláltatású darabot nem hagy meg.

4. ábra.

Metszet a rákos parametriumból, a melyen keresztül fut az ureter (l. 3. ábra). A rákfészkek már ennek falában is láthatók. (Lupe-nagyítás, mikrophotogramm.)

Kérdés már most, hogy nem veszélyeztetjük-e általa nagy mértékben a beteg életét, nem nyujtjuk-e meg vele nagyon a műtétet, továbbá mennyire bízhatunk az implantált ureter működésében s annak állandóságában.

A mi az elsőt illeti, három esetemből egyet se veszítettem. Jól tudom, hogy kisebb számok nem lehetnek mérvadók. Az irodalomban erre vonatkozólag nagyon kevés adattal rendelkezünk. *Depage* és *Mayer*[11] 1904-ig 64 esetből 11·7, illetőleg 5·9% (tisztán operativ) mortalitást számítanak ki. Kétségtelen, hogy ez ma, vagyis csaknem egy évtizeddel később, kevesebb lesz, mivel azóta az úgynevezett fokozott sebvédelemmel minden téren javultak műtéti eredményeink. *Stoeckel*,[12] a ki a *Veit*-féle nőorvostani kézikönyvben e tárgyról ír, a saját és az irodalomból gyüjtött adatok alapján arra a következtetésre jut, hogy a műtét egyszerű, veszélytelen, prognosisa kitűnő s végleges eredménye a működést illetőleg kiváló.

[11] Langenbecks Archiv, Bd. 74. cit. Kocher-Chirurg. Operationslehre, V. Aufl p. 1012.

[12] Veit's Handb. d. Gyn. II. Aufl., Bd. 2, p. 588.

Technikája, főként a *Sampson-Krönig*-féle eljárás, tényleg olyan egyszerű, hogy könnyen és rövid idő alatt végrehajtható. Ha valami nehézség van benne, az a műtét subtilitásában rejlik, kicsiny területről lévén szó.

Gyógyulási kilátásai szintén jók. 3 esetem sikerült. *Krönig*-nek 25 esete közt csak két balsikere volt.

Kérdés, *milyen a bevarrt ureter működése hosszabb idő elteltével* s nevezetesen nem kell-e később stricturától tartanunk. Ennek a kérdésnek felvetése annál is inkább jogosult, mivel valóban vannak ilyen esetek ösmertetve. Így *Routier* bonczolattal igazolta, *Franz* pedig cystoskopos vizsgálatkor találta megszűkülve, sőt obliterálva[13] s ugyancsak ő, kutyán végzett kisérlet alapján is rámutatott erre a lehetőségre. *Krönig*[14] ugyan megjegyzi, hogy az utóbbiból nem lehet egyenes következtetést vonni az emberre, lévén a kutya hólyagja sokkal vastagabb, úgy hogy a beágyazott ureter hosszabb úton fut és így az izomzat ereje is hozzájárulhat összenyomatásához.

(Folytatása következik.)

Gyógykisérletek a Wassermann-féle localis immunizálással a bőrön.*

Irta: ***Beck Soma*** dr., egyet. magántanár.

A fertőző betegségek ellen való küzdelemben napról-napra nagyobb tért hódít a specifikus vaccinákkal való gyógyeljárás. *Wright* és *Douglas*, valamint tanítványaiknak munkái nagy lépéssel vittek bennünket előbbre az immunizáláskor szereplő tényezők megismerésében s ezeknek gyakorlati kihasználásában; s habár az ú. n. opsoninoknak szerepe a phagocytosis megindításában vagy élénkítésében még teljesen tisztázva nincsen, annyi bizonyos, hogy az erre alapított specifikus vaccinatiók a gyakorlatban már eddig is beváltak s a jövőben még szebb eredményekkel kecsegtetnek. Elvitázhatatlanok azok a gyógyeredmények, a melyeket az angol szerzőknek és később másoknak is a staphylococcus-fertőzések ellen sikerült elérniök az opsonizálásra alapított oltási eljárásokkal. A furunculosis, sycosis, akne és egyéb staphylococcus okozta makacs és néha évekig tartó betegségeket nem egy esetben sikerült már staphylococcusvaccinával meggyógyítani. Hogy ezek az oltásokkal való gyógyításmódok még sem tudtak ma még az orvosi gyakorlatban általános alkalmazást találni, annak főleg az eljárás körülményes, bakteriologiai dolgozásban való nagy jártasságot és pontosságot igénylő volta az oka. Némi egyszerűsítést nyert ugyan a vaccinákkal való kezelés azóta, a mióta megtanultuk, hogy ezen eljárásnak legfáradságosabb, legnehezebb és legtöbb időt rabló része, t. i. az opsonikus indexnek pontos meghatározása, a legtöbb esetben felesleges és teljesen mellőzhető *(Wright, Wechselmann* és *Michaelis, Detre* stb.*)*; még egyszerűbbé vált az eljárás azáltal, hogy ma már különböző laboratoriumok kész vaccinákat hoznak forgalomba, steril phiolákban, meghatározott mennyiségű bacteriumtartalommal (staphylococcus-, streptococcus-, gonococcus-, typhusbacillus-, stb. vaccinák). De ezek az ú. n. polyvalens vaccinák távolról sem tudják a megfelelő betegséget oly kedvezően befolyásolni, mint az autovaccinák, vagyis azok az oltóanyagok, a melyek nem valamely meghatározott virulentiájú bacteriumtörzs tenyészetéből készültek, hanem minden egyes esetben a betegből magából kitenyésztett mikroorganismusokból állíttattak elő. Magamnak is több ízben volt alkalmam a kétféle eljárás eredményei közti nagy különbségről meggyőződni. A csecsemőkorban oly gyakori kínos és makacs subcutan abscessusok ellen, a helytelenül furunculosisnak nevezett bőrbaj ellen több mint egy év előtt kezdtem a vaccinás gyógyeljárást alkalmazni. Eleinte a sokkal egyszerűbben keresztülvihető

[13] Cit. Stoeckel, loco cit. p. 594.

[14] Loco cit. p. 664.

* Részben a Bródy-kórház bőrbetegrendelése anyagának felhasználásával.

polyvalens vaccinával való oltást használtam. Az eredményeim azonban nem voltak nagyon biztatók, a kezelés sokszor egyáltalában nem látszott befolyást gyakorolni a betegség lefolyására, úgy hogy rövidesen áttértem a kissé körülményesebb autovaccinás kezelésre. Ma már minden alkalmasnak vélt esetben a beteg genyes laesióiból nyert staphylococcustenyészetek szolgálnak vaccinakészítésre. Az oltásokat az ú. n. negativ phasisban való befecskendezés elkerülése czéljából legkorábban ötödnaponkint végezem fokozatosan emelkedő coccusmennyiséggel, a mely 20 milliótól 100 millióig, sőt szükség esetén még sokkal magasabb számig is emelkedhetik. Az ezen gyógymóddal elért eredményeim annyira kielégítők, hogy a csecsemők multiplex bőrabscessusainak kezelésére minden más kezelés felett áll. Három-öt injectio gyakran már recidiva nélküli teljes gyógyuláshoz vezet, vagyis 2—4 hét alatt szabadítható meg a gyermek egy olyan kínos állapottól, a mely azelőtt nem ritkán hónapokig tartott s e mellett nem kell a sebészi tág feltárásokkal és kötözésekkel járó óriási kínoknak és vérveszteségnek kitennünk. Az eljárás részleteit e helyütt mellőzöm, csak pár szóval óhajtottam a magam részéről is már mások által is elösmert előnyeire rámutatni.

Kétségtelenül nagy hátránya azonban e kezelési módnak az a már említett körülmény, hogy keresztülvitelének főfeltétele a laboratorium. Általános elterjedésének ez állandó akadálya lesz. Érthető tehát, hogy az orvosi tudomány gyakorlati czéljai iránt olyan kiváló érzékkel bíró laboratoriumi munkás, mint a minő *Wassermann*, feladatává tette, hogy a bőr staphylococcus-fertőzései ellen egy a gyakorlatban könnyen alkalmazható oly gyógymódot találjon, a mely nemcsak a laboratoriumi dolgozást teszi nélkülözhetővé a gyakorló orvosnak, hanem a mely még a bőraláfecskendezést is feleslegessé teszi. Bármilyen csekélynek látszik is ez a kis műtéti beavatkozás, mégis biztos technikát és szigorú asepsist igényel, a melynek figyelmen kívül hagyása már gyakran vezetett súlyos fertőzéshez, hetekig tartó kötőszöveti gyuladáshoz és tályogképződéshez. Igen sok beteg e mellett olyan fokú ideges aversióval viseltetik a befecskendezésekkel szemben, hogy a legnagyobb önuralomra van szüksége a kis szúrás eltűrésére. *Wassermann* tehát mellőzve az immunizálásnak ezt az *egész szervezetre* kiterjedő módját, az általános immunizálással való gyógyítást, arra törekedett, hogy a bőr staphylococcus okozta genyes fertőzései ellen olyan eljárást találjon, a mely, ha nem is teszi ellenállóvá az egész szervezetet a staphylococcusok ellen, legalább a bőrnek megtámadott részeit immunizálja, tehát bizonyos körülírt bőrterületeken hozzon létre a szövetekben olyan változásokat, a melyek azután a támadó staphylococcusokkal szemben kellő ellenállást fejthessenek ki. Czélja tehát a bőr helyi immunná tétele volt.

Hogy egyes szerveknek a többi szervektől függetlenül való immunizálása lehetséges, azt már *Ehrlich* bebizonyította az abrin- és ricin-immunitással való foglalkozása közben. Később *Römer*, *Dungern*, *Leber* kisérletei bebizonyították, hogy ezen phytotoxinoknak a conjunctivára való cseppentése által sikerülhet az egyik szem kötőhártyájának immunissá tétele nevezett anyagokkal szemben, a nélkül, hogy akár a másik szem, akár a test valamely más része immunissá vált volna. Ismeretesek a baseli *Bloch* kisérletei, a melyekkel kimutatta, hogy a favus gombájával vagy a trichophyton egynémely fajával beoltott tengeri malaczok és nyulak bőre a betegség lefolyása után immunissá vált e gombák ellen.

Ezek és egyéb példák tehát bebizonyították, hogy egyes szervek, vagy ezeknek körülírt részei immunissá tehetők, a nélkül, hogy az egész szervezetet kellene immunizálni. A localis immunizálással elért eredményekre támaszkodva, kisérelte meg *Wassermann* egy olyan anyagnak az előállítását, a melylyel a bőrnek staphylococcus okozta genyedő folyamatait egyszerű módon kedvezően lehessen befolyásolni. E czél elérésére *Wassermann* staphylococcustenyészetekből rázógéppel való kezelés és centrifugálás útján egy vizes kivonatot készített, a mely — mint azt *Brieger* korábbi tanulmányai kimutatták — magában foglalta a staphylococcusok immunizáló anyagait. De mivel ez a kivonat ilyen alakban gyorsan bomlónak bizonyult, híg gelatinoldatot adott hozzá, a mely ezen *Wassermann* által *histopin*-nak nevezett extractumban védő colloid szerepét játszsza, s e feladatának teljesen megfelel. Állatkisérletek igazolták *Wassermann* feltevésének helyességét, a mennyiben sikerült a histopinnak egyszerű külső alkalmazásával, bekenések vagy ecsetelések alakjában, a bőr körülírt területein staphylococcusimmunitást létrehozni. Embereken *Blaschko*, *Ledermann* és *Wechselmann* végeztek klinikai kisérleteket a histopinnak immunizáló és gyógyító hatására vonatkozólag, s közülök *Ledermann* — egyidejűleg *Wassermann* laboratoriumi kisérleteinek nyilvánosságra hozásával — közölte is elért eredményeit, melyeket a következőkben foglalt össze:

I. A *Wassermann*-féle gelatinás staphylococcus-kivonat a bőrön helyi immunitást hoz létre a staphylococcusokkal szemben, s nemcsak arra alkalmas, hogy vele a bőr felületes localis staphylococcus-infectiói meggyógyíttassanak, hanem arra is, hogy táji recidivák elkerültessenek.

II. A staphylococcuskivonatból készült 25—50% kenőcs jó szolgálatot tesz az impetigo contagiosának staphylococcus okozta formáinál, valamint a mélyebb furunculusoknak gyógyításakor a geny kiürítése után, különösen ha a kezelést *Bier*-féle pangásos hyperaemiával kombináljuk.

E közlések után azzal a kéréssel fordultam *Wassermann*-hoz, hogy hasonló irányú gyógykisérletek végzése czéljából bocsássa rendelkezésemre a laboratoriumában készülő anyagot, a mely eddig még nem került a gyógyszerforgalomba. Készségéért, a melylyel kérésemnek eleget tett, e helyütt is őszinte köszönetet mondok.

A bőr súlyos staphylococcus-infectióival egyik korban sem találkozunk gyakrabban, mint a gyermek-, legfőképpen pedig a csecsemőkorban. S ezért éppen a csecsemők szempontjából rendkívüli fontossággal bírna egy olyan egyszerű gyógymód birtokába jutnunk, a melylyel sikeresen küzdhetnénk meg azokkal a súlyos állapotokkal, a melyek nem ritkán hetekig, sőt hónapokig elhúzódva veszélyeztetik a kis gyermekek normalis fejlődését, sőt nem ritkán életét is. Histopinnal végzett gyógykisérleteimben tehát legfőképpen ezekre az állapotokra óhajtottam tekintettel lenni, e mellett azonban alkalmaztam felnőttek különböző coccogen bőrmegbetegedéseiben is. És bár objectiv szemmel vizsgálva eseteimet, előre is ki kell jelentenem, hogy kisérleteim nem minden esetben vezettek a kivánt eredményre, de éppen ezáltal sikerült a histopin alkalmazásának indicatióit és ellenindicatióit megállapítanom. Kitűnt, hogy minő esetekben várhatunk a histopintól jó, sőt kitünő eredményt, s minő esetekben czélszerű a priori lemondani az alkalmazásáról.

A histopin alkalmazási módjára és a tőle várható eredményekre vonatkozólag *Wassermann* a következő útbaigazítást adja. A histopin első sorban arra szolgál, hogy a bőrt felületes staphylococcus-fertőzések tovaterjedése ellen védje. Alkalmazásának tehát első sorban ott nyílik tere, a hol arról van szó, hogy furunculosis eseteiben újabb furunculusok jelentkezését megakadályozzuk. E czélból a bőr a friss furunculusok körül nagy területen reggel és este histopingelatinával beecsetelendő. Ezt egyszerűen be hagyjuk száradni minden további kötés vagy befödés mellőzésével. Reggel, illetőleg este a megfelelő bőrterület langyos vízzel kiméletesen, a dörzsölés lehető elkerülésével, lemosható. Ha a következő napokban a testfelület távolabbi helyein újabb beszűrődések mutatkoznának, úgy ezek a tájékok is széles kiterjedésben hasonló módon kezelendők.

A kezelést mindig legalább 14 napon keresztül kell folytatni, mert csak ezen idő elteltével várható a helyi immunitás beállása. Gyakran megesik, hogy a kezelés első napjaiban a beecsetelt területen belül egyes tüszők meglobosodnak, beszűrődnek, sőt nem ritkán felületes kis pustulává alakulnak. Ez a gyuladásos folyamat a *cutireactio* egy nemének tekintendő, a mely szorosan összefügg a helyi immunizálási folyamattal. A reactio ugyanis azokban a tüszőkben lép föl, a melyek már megelőzőleg virulens staphylococcusokkal voltak megfertőzve, s a melyek egyébbként újabb furunculusok kiindulási pontját alkották volna.

Maguknak a furunculusoknak gyógyítására, ha azok nem nagyon mélyen fekvők, histopinkenőcsös kötés alkalmazható. Mélyebben beszűrődött furunculusokba megnyitásuk vagy *Bier*-kezelés után histopinkenőcscsel bőven átitatott tampon vezethető be. Ennek hatása a fájdalmak és a feszülési érzés gyorsan beálló csökkenésében nyilvánul.

Gyógyítás és a helyi immunizálás czéljából összesen 25 esetben volt alkalmam *Wassermann* histopinját használhatni. Mivel betegeim — felnőttek, nagyobb gyermekek és csecsemők vegyest — legnagyobbrészt ambulanter kezeltettek s a kezelés gyakran magára a betegre, vagy hozzátartozójára bizatott, természetes, hogy az nem végeztetett mindig kellő rendszerességgel. Betegeim egy része ezért nem is szolgálhatott a histopin értékének megitélésére, annál kevésbé, mert gyakran 1—2 napi kezelés után betegeim, főleg a kórháziak, nem is jelentkeztek többé. Anyagom átvizsgálása után 18 olyan esetem maradt, a melyek a histopin hatásmódjának megitélésére alkalmasaknak látszottak, bár ezek között is vannak olyanok, a melyek nem kezeltettek pontosan az előírt ideig és az előírt módon. Egyik-másik betegemen magam láttam czélszerűnek néhány nap után a kezelés félbeszakítását, olyanokon t. i., a kiken több nap után sem látszott a histopinnak valamilyen kedvező hatása s ennek folytán a betegek érdekében látszott egyéb kezelésekre áttérni.

Ezeket természetesen nem mellőzhettem a histopin hatásának megitélésekor s azért közlésemben helyet kellett nekik adnom.

Eseteim kórtörténeteinek rövid kivonatát a következőkben adhatom.

1. H. G., 34 éves, állítólag évek óta szenved gyakran visszatérő tarkótáji furunculosisban. 1911. márczius közepén a tarkótáján a hajzat szélén egy nagy furunculusa támadt, a mely mély keresztvágással sebész által megnyittatott. *Márczius 31.-én* hozzám került. Az operatiós seb csak tökéletlenül van behegedve, szomszédságában 7 újabb furunculus. Naponta forrólégkezelés és kötés. *Április 10.-én*. Három újabb furunculus, a régiek részint gyógyultak, részint javultak. Ugyanekkor kezdtem meg a *histopin-kezelést*. Három nap mulva (április 12.-én) két újabb gombostűfejnyi pustulácska alig tapintható beszűrődéssel és kb. 0·5 cm. átmérőjű hyperaemiás udvarral. A következő napon a pustulák beszáradtak, a lobos tünetek teljesen elmultak. A kezelés 7. napján a beteg kénytelen volt egy napra elutazni; a kúra ezen félbeszakítása alatt újabb recidiva nem állott be (holott beteg állítása szerint máskor minden útjáról újabb furunculosissal tért haza). A kezelés rendszeres folytatása közben *április 24.-én* egy kölesnyi fájdalom és reactio nélküli genyes hólyagcsa jelent meg az első operált furunculus hegében. *Április 26.-án* a kúra befejeztetett. *Május 3.-án* teljesen egészségesen Párisba utazott, a hol, levélbeli értesítése szerint, 8 nap mulva egy 24 óra alatt leszáradott igen kis folliculitise támadt. *Május 16.-án* teljesen egészségesen tért vissza s recidivamentes maradt ez idei februárig, a mikor is *a bal külső hallójáratban* keletkezett egy kis borsónyi furunculusa.

2. P. S., 21 éves, gyakran szenved furunculosisban, úgy hogy 1910 októberétől 1911 április haváig hat ízben állott recidivák miatt kezelésben. 1911 április 17.-én két újabb follicularis pustula a tarkón, erősen beszűrődött alapon. Ugyanekkor histopin-kezelés kezdete Már a következő napon az infiltratumok lényegesen visszafejlődtek, a pustulák beszáradtak. A kezelés rendszeresen folytattatott május 2.-áig és sem e közben, sem utána a mai napig újabb recidiva nem állott be.

3. St. A., 28 éves, a tarkótájnak és bal felső czombtájéknak gyakran kiújuló *furunculosisában* szenved. 1911. év elejétől áprilisig három ízben volt e bántalom miatt kezelésem alatt. A furunculusok illetve folliculitisek mindannyiszor galvanocauterrel való kiégetés után gyorsan gyógyultak. *Április 20.-án* újabb recidiva a tarkón egy borsónyi furunculus alakjában. A thermocauter alkalmazásával egyidejűleg a histopin-kezelés is megkezdetett. A következő napon az infiltratum teljesen eltűnt, csupán egy lencsényi hyperaemiás folt látható közepén kis pörkkel. A kúrát *május 5.-éig* folytattam, közben kétszer 1—1 napi megszakítással. Sem a kezelés közben, sem utána újabb tünetek nem jelentkeztek.

4. Dr. med. Sz. F. Egy év óta szenved *folliculitis barbae*-ban (sycosis coccogenes), mely az egész álli tájékra kiterjed Különféle kenőcsös és physicalis gyógykísérletekkel (thermocauter, forrólég) csak rövid ideig tartó csekély javulást tudtunk elérni. *Status praesens május 20.-án*: az állon elszórva 0·5—1 cm.-nyi átmérőjű lapos lividpiros beszűrődések és mintegy 8—10, részint beszáradt, részint friss gombostűfejnyi genyes folliculitis hasonlóan infiltrált alapon. E napon histopin-kezelés kezdete. A kezelés 3.-4. napján lényeges javulás A beszűrődések csökkentek, a pustulák beszáradtak. A 6. napon (május 25.) 3 újabb gombostűfejnyi folliculitis, a melyeknek alapja azonban alig infiltrált. Június 4.-éig újabb recidiva egyáltalán nem állott be, az infiltratumok oly minimálisak, hogy az állapot közel gyógyultnak látszik. E napon két igen apró mérsékelten infiltrált alapú pustulácska, melyek további két nap után teljesen gyógyultak. A kezelés két ízben egy-egy napra félbeszakíttatott. Histopinkészletem kifogyása miatt a kezelést egyelőre tovább folytatni nem volt módomban. Junius hó folyamán elszórva még egy-egy pustulácska keletkezett, általában azonban az állapot lényegesen javult. A nyár folyamán újabb histopinadagot bocsáthattam betegem rendelkezésére, melynek felhasználása után, nyaralóhelyéről kapott levélbeli értesítés szerint, teljesen meggyógyult.

5 H. Mária, egy hónapos 1911 *május 11.-én* került kezelésembe. Status praesens: Kifejezett physiologiás hámlás a törzsön és a felső végtagokon. A koponya hátulsó részén *6 abscessus subcutanei*, a törzsön miliaria rubra néhány elszórt apró folliculitissel. Ugyan-e napon histopinkezelés megkezdése; a nagyobb abscessusok felszuratnak, a mi után a törzs és hátulsó koponyatájék bőven beecseteltetik. A kezelés 3. napján a miliaria és a hámlás teljesen megszűnt, háton és hason 1—1 újabb folliculitis, a régebbi abscessusok majdnem teljesen gyógyultak. *Május 18.-án* a jobb czombon egy borsónyi beszűrődés, a mely szorgalmas kezelés daczára május 21.-ére ellágyult és megnyittatott. Egyebütt teljes gyógyulás újabb recidiva nélkül. A csecsemőt tovább kezeltük *május 25.-ig*, a mikor is az anya kénytelen volt gyermekével elutazni. Egy hét mulva jelentkezett újból (*junius 2.*) s ekkorra a két czombon, a hason, a fejen, a natesen és a crena aniban 1—1 újabb abscessus támadt. Anyaghiány miatt a histopinkezelés újból való kezdésétől el kellett tekintenem.

6. P. Károly, 7 hetes. Status praesens *május 13.-án*: a hátulsó koponya- és tarkótájon kb. 10 borsónyi *abscessus*, hasonlóan egy-egy a lumbalis tájékán és a crena ani szomszédságában. A végtagokon néhány kisebb folliculitis. Az egész törzsön sűrűn álló gombostűfejnyi genyes hólyagcsák, élénk piros, mérsékelten beszűrődött, részben hámló alapon. Mesterségesen táplált, gyakori zöld nyákos székelet. Hőmérséklet 38·6. Diagn.: *abscessus subcutanei, dermatitis pustulosa és catarrhus gastro-intestinalis*. Histopinkezelés kezdete május 13.-án Már a 2. napon lényeges javulás konstatálható, legfeltűnőbb a dermatitis gyors visszafejlődése, a mely további 2—3 nap után teljesen gyógyult s csupán finom hámlás maradt vissza. Hőmérséklet 36·9°-ra szállott alá. A fejen és végtagokon azonban a kezelés folytatása mellett is nagyszámú újabb abscessus támad, a bélhurut is időnkinti remissiók és megfelelő kezelés daczára fenyegetővé vált, úgy hogy május 7.-én a további histopinkezelést beszüntettem. Június 2-án exitus.

7. K. József, 8 éves A homlokon, orron és állon egy-egy fillérnyi beszáradt pustula, a jobb kézháton koronányi pörk. *Impetigo vulgaris*. A histopinkezelés megkezdetett *április 21.-én*. Öt napi kezelés után sem észlelhető semmiféle változás a laesiókon, a melyek különben megfelelő kenőcsös kezelésre gyorsan szoktak javulni. Ezért a kúra félbeszakíttatott s 2% hg. oxyd. fl. kenőcs rendeltetett. Ezen kezelés mellett kb. egy hét után teljes gyógyulás.

8. L. Emma, 10 hetes. A hátulsó koponyatájékon hat borsónyi, egészen mogyorónyi *abscessus subcutanei*. A hajzat lenyírása és az abscessusok felszúrása után *április 21.-én* histopinkezelés megkezdése. A következő napon az összes laesiók szárazak, lobos udvaruk megszűnt, de két újabb felületes kölesnyi pustula támadt. A 3. és 4. napon ismét újabb pustulaeruptio a hajzat szélén az egyik infiltrált alapon. A kezelést a 8. napon anyaghiány miatt beszüntettük, de addig is majdnem naponkint álltak be újabb felületes recidivák.

(Vége a jövő számban.)

Angina és vörheny.*

Irta: ***Szontagh Félix*** dr., egyet. rk. tanár.

(Vége.)

Nagy örömömre szolgál, hogy az én fölfogásom a vörhenyes vesegyuladás pathogenesiséről teljesen egyezik a *Hansemann*-éval, azzal a különbséggel, hogy *Hansemann* szerint a vörhenyes vesegyuladás olyan megbetegedés, a mely a specificitás bizonyos nemével látszik bírni. De mégis feltűnőnek minősíti *Hansemann*, hogy ez a specifikusnak látszó vesegyuladás későbbi időben recidiválhat, még pedig egészen más befolyások alatt, melyeknek a vörhenyvirussal semmi közük. „Így olyanokon, a kik egyszer átszenvedtek glomerulonephritist, gyuladásos angina kapcsán avagy nátha után ismét vesegyuladás törhet ki, még pedig ugyancsak a glomerulonephritis képében, a mely végre is ezután chronikus alakba mehet át.“

Hát ez föltétlenül igaz, de még sincs benne meglepő, de igenis alkalmas arra, hogy az én fölfogásomat a vörheny és az angina virusának azonosságáról erősítse. Az a körülmény, hogy egy lezajlott vörhenyes vesegyuladás egyszerű — nem vörhenyes — angina után recidiválhat, már egymagában nagyon alkalmas arra, hogy a vörhenyes vesegyuladást az ő specifikusnak imponáló jellegéből kivetkőztesse. De a

vörhenyes vesegyuladás látszólagos specificitását legjobban lerontja a tapasztalat, hogy glomerulonephritis előzőleg ép veséjű embereken is kifejlődhetik egy egyszerű angina, akárcsak pl. impetigo contagiosa után is.

A vörhenyes vesegyuladás pathogenesisének magyarázatában tehát bátran eltekinthetünk a specificitástól. A vörhenyes vesegyuladás keletkezésének megfejtése legkevésbé igényli az ismeretlen, a specifikus vörhenyvirusnak a föltételezését. S nem igényli a másodlagos, csakis a vesét érő fertőzésnek a suppositióját sem.

Mondottuk, hogy az exanthemának a kifejlesztése a szervezet védekezésének egyik fegyvere. Hogy e téren micsoda tényezők játszanak *activ* szerepet a szervezet részéről, ennek fejtegetésébe nem bocsátkozhatom, mert olyan hypothesisekkel, a melyek a kritikát esetleg ki nem bírják, elő nem állok. Az immunitástan búváraitól várunk és kérünk itten felvilágosítást. De megjegyzem, hogy az én véleményem szerint a variegat, avagy az exanthema nélküli vörhenyesetek azért imponálnak súlyosabbnak, mert az exanthema ki nem fejlődhetése arra mutat, hogy a szervezet védekezésének fegyverei közül egyik-másik hiányzik.

Az exanthema nélküli vörhenyesetekben tehát nem a fertőzés, nem az intoxicatio a súlyosabb, hanem a szervezet immunisatorius berendezkedésében van a hiba. Itt valahol manco van. Viszont megint — természetesen ceteris paribus mindenkor — az exanthemának teljességében való megjelenése szívesen látott vendég, mert a szervezet, bár fokozottabb, de üdvös reactioképességének a megnyilvánulása. A laikus fölfogásnak, hogy „a kiütés visszaverődése rossz jel", van valamelyes értelme.

Az exanthema és az enanthema két klasszikus jelenség s a vörhenynek az önálló, a specifikus megbetegedésnek a jellegét látszik kölcsönözni. Fölfogásom értelmében azonban az exanthema és az enanthema kifejlődésének a megmagyarázásában nem szükséges egy ismeretlen vörhenyvirushoz folyamodnunk.

Ezek a kétségtelenül tüneményes jelenségek a szervezet módosult, fokozottabb reactioképességéből egyesegyedül, tehát egyszerű módon, az erőltetett, realis alap nélkül szűkölködő hypothesisek segítsége nélkül megfejthetők.

Elsősorban is arra figyelmeztetek, hogy változott, illetve fokozottabb reactioképesség általában is már a gyermekkor sajátsága. Véleményem szerint fokozottabb reactioképesség megnyilvánulásai a gyermekkorban, röviden anaphylaxiás jelenségek pl. következők: hajlam rángató görcsökre, asthmás bronchitis, asthma bronchiale, eczemahalál, halál kis terjedelmű, nem is mélyre hatoló égés után, meningitis tuberculosa stb. De én idevalónak minősítem a combustióhoz csatlakozó vörhenyt is. A gyermekkort jellemző túlérzékenység elegendőképpen magyarázza, hogy miért találkozunk olyan gyakran a vörhenynyel éppen a gyermekkorban. A vörheny tehát joggal, legalább bizonyos fokig, gyermekbetegségnek mondható. Felnőttek, sőt korosabb emberek is megbetegedhetnek ugyan vörhenyben, de sokkal ritkábban.

Kétségtelen továbbá, hogy egyforma erős infectióra vagy egyforma intoxicatióra különböző szervezetek különbözőképpen reagálnak. Vannak egyének, kikben a lóvér seruma nem vált ki semmiféle reactiós jelenséget és vannak emberek, a kik ugyanennek a serumnak ugyanilyen adagjaira igen súlyos fokban, a serumbetegség neve alatt ismert tünetcsoport összes jelenségeinek képében a leghevesebb módon, ma már nem kétlem, hogy ritka kivételes esetekben halállal is reagálnak. *Az individualis tulajdonságok tehát óriási jelentőségű factorok. Ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni.*

Hála az égnek, a modern immunitástan mindjobban fölismeri és mindjobban méltányolja a bacteriumok virulentiájának nagyfontosságú és nehéz problemájában a szervezet állapotának, a dispositiónak a jelentőségét.

Osztályomon már évek előtt tanulmányoztuk a gyermekek bőrérzékenységét diphtheria- és typhustoxinnal szemben. Vizsgálataink eredményét egy rövid czikkben teszem közzé, mely az „Archiv für Kinderheilkunde"-ban fog megjelenni. Különösen a diphtheriatoxinra nyert cutanreactiók érdemelnek figyelmet. Számos gyermeken diphtheriatoxinnal egyáltalában nem tudtunk bőrreactiót kiváltani; másokon ellenben igen. Nevezetes, hogy positiv diphtheria-cutanreactióink legnagyobb százaléka vörhenybetegekre, illetve vörhenyreconvalescensekre esik. De nemcsak hogy ezeken kaptunk leggyakrabban positiv eredményt, hanem ezeken láttuk a legkifejezettebb reactiókat is, papulákat, a melyek még 8—14 napig is megmaradtak.

Ez az eredmény nem meglepő. Olyan egyének köztakaróján nyertünk legtöbbször és legszebb reactiót, a kik másfajtájú bacteriumtoxinokkal, az anginában a bakteriolysis révén felszabadult toxinokkal szemben is fokozottabb mértékben, vagyis vörhenyexanthema alakjában reagálnak.

Eltekintve mindezektől, valóban specifikusnak fogható-e föl a vörhenyexanthema? Nem. Hiszen ismeretes, hogy *sepsises folyamatok* mellett igen gyakran látunk úgynevezett *„vörhenyszerű"* exanthemákat; látunk *vörhenyszerű* exanthemákat *puerperalis láz* esetein és leirnak *vörhenyszerű exanthemákat anginában!* Én még seholsem olvastam, hogy mik volnának azok a biztos kriteriumok, mik a „vörhenyszerű" exanthemákat a vörheny exanthemájától megkülönböztetnék. Ellenben olvastam, hogy a differentialis diagnosis sokszor igen nehéz, néha lehetetlen.

Ha így áll a dolog, kérdem, mire alapítsuk akkor a vörheny exanthemájának a specificitását? A torokban látható exanthema éles elhatároltságára avagy a száj körül látható háromszögalakú ép terület jellegzetességére? Hát ez a két jelenség, mely különben ezer meg ezer vörhenyesetben hiányozni szokott, bár ezek mégis vörhenyesetek, elegendő-e arra, hogy egy egészen ismeretlen s a legkivételesebb tulajdonságokkal fölruházott vörhenymérget tételezzünk föl? Azt hiszem nem.

A mikor a köztakaró az anginában a bakteriolysis révén fölszabadult toxinokra, a legkifejezettebben, a legpraegnánsabban reagál, akkor ez a bőrreactio valóban tüneményes, klasszikus, megkapó s nem csoda, hogy egyszersmind specifikusnak is imponál. Pedig mégsem az; csak ennek látszik.

Azonban nemcsak az exanthema, de az enanthema is nagyon egyszerűen a szervezet változott vagy fokozottabb reactioképességéből magyarázható. Az enanthema, ha typusos alakjában kifejlődött, csak úgy, mint az exanthema, tüneményes, klasszikus s így szinte specifikusnak látszik, pedig mégsem az, mert számtalan esetben hiányozhatik.

Az exanthema és enanthema, csak úgy mint a vörheny, főbb tünetei, szövődményei és utóbetegségei — a nephritisről már megemlékeztünk — a szervezet változott avagy fokozottabb reactioképességéből könnyen levezethetők.

Nézzük először is a torokfolyamatot. Sok esetben a vörhenyes angina miben sem különbözik a közönséges anginától. Follicularis és lacunaris lehet a folyamat itt is, ott is. Vörhenyben most már megeshetik, hogy a torokban jelentkezik még a jellegzetesnek minősített enanthema, de ez jelentkezhet egymagában is, azaz a mandulákon exsudativ folyamatok nem fejlődnek ki. Súlyos megbetegedés esetén azonban a mandulákon és a torokban megjelenhetik az úgynevezett vörhenydiphtheroid, azaz a vörhenynecrosis. A vörhenydiphtheroid semmi egyéb, mint a follicularis és lacunaris megbetegedéshez képest in- és extenzitásában fokozottabb angina. Extenzitását tekintve ugyanis nem szorítkozik csak a tonsillákra, hanem elterjedhet a lágyszájpadra, a garatívekre, a garat hátulsó falára, a gége bemenetére stb. Intenzitását tekintve pedig ismeretes, hogy a felületes lepedéktől a legmélyebbre ható necrosisig, a valóságos gangraenáig fokozódhat.

A mint tehát a vörheny exanthemája és a vörhenyszerű exanthemák között nincsen elvi különbség, éppúgy nincsen principialis, hanem csak fokozati különbség az egyszerű angina és a vörhenyangina között. Ha ez igaz, úgy magától összeomlik a fölfogás a vörhenyről mint önálló specifikus megbete-

gedésről, s romba dől mindaz, a mit erre a fölfogásra alapítva a vörheny tanában ma hirdetnek.

De menjünk tovább. Itt van az orrüreg nyálkahártyájának a megbetegedése. Hogy az egyszerű anginához elég gyakran nátha csatlakozik, ismeretes. Nos hát, vörheny esetében is megbetegedhetik az orrüreg, még pedig sokkalta súlyosabb alakban, mint az egyszerű angina esetében. A savósan genyedéses, az úgynevezett saniosus orrváladéktól kisért vörhenynáthának súlyos prognosisos jelentősége közismert.

Itt vannak a szövődmények a középfül részéről. Az egyszerű angina kapcsán is fejlődhetik középfülgyuladás, de mégis aránylag igen ritkán; ellenben igen gyakori az otitis media a vörheny folyamán, még pedig összes szövődményeivel, elsősorban is a csontfolyamatokkal egyetemben.

Itten van továbbá a nyirokmirigygyuladás. Az egyszerű anginában rendszerint csak a torokmandulával szomszédos nyirokmirigy duzzad meg, már sokkalta ritkábban a fejbiczczentő izom alatt és mögött fekvő nyirokmirigyek. Elgenyedésük úgyszólva kivételes. Vörheny esetében rendszerint, de nem mindenkor, arányosan a torokfolyamat súlyosságával, hatalmasan megduzzadnak a nyakmirigyek s igen sokszor elgenyednek; a rosszindulatú esetekben az óriási fokú mirigyduzzanat hatalmas kötőszöveti beszűrődéssel szövődik; máskor meg, még pedig igen kiterjedt phlegmonosus folyamatok fejlődnek, a melyek ritka esetekben a mediastinum posteriusba is elterjedhetnek.

Forduljunk ezek után az izületek megbetegedéséhez. Az egyszerű anginát követő izületaffectiók alkotják azt a kórképet, a melyet polyarthritisnek mondunk. A *sokizületi csúzt enyhe pyaemiának* foghatjuk föl, a melynek első nyilvánulása az egyszerű angina volt. A *vörhenyes anginát* is követhetik izületi affectiók, ezek azonban rendszerint genyedéses folyamatok és így *valóságos pyaemiát* jelentenek.

(A vörhenymegbetegedés első hetének végén avagy második hetében jelentkezni szokott mulékony természetű, enyhe fokú izületi duzzanatok, rendszerint a kéz izületeiben, ártatlan természetű izületi folyadékgyülemek, melyek rendszerint néhány nap mulva eltűnnek.)

A vörhenyre jellegzetes *késői* izületi megbetegedések rendszerint csak egy, két, három izületet támadnak meg. Ezek az izületi affectiók aránylag igen ritkák; én csak nephritis esetében találkoztam velük. „A vörhenyproblema további kérdései" czímű dolgozatomban kifejtettem, hogy ezek az izületaffectiók, bár feltünő, hogy csakis egyes izületeket támadnak meg, mindenek szerint toxinos productumok behatása alatt fejlődnek ki.

Nagy ritkán előfordul, hogy az egyszerű anginához *pyaemia* társul, avagy az angina *sepsis* képében halálosan folyik le.

Fokozottabb mértékben, illetve sokkal gyakrabban látjuk ezt vörheny esetében. Hiszen a vörheny veszedelmessége éppen abban áll, hogy egyrészt a pyaemia leküzdhetetlen alakjában fejlődik ki, avagy ha gyógyulással végződik is, súlyos defectusokat hagy hátra, s másrészt, hogy az intoxicatio a foudroyant, a legrapidebb sepsis képében zajlik le, a mely sepsis éppen a rossztermészetű vörheny lényegét teszi ki. *A rossztermészetű vörheny nem egyéb, mint a képzelhető legsúlyosabb rohamos lefolyású angina.* A szervezet teljes védetlenségében, egészen tehetetlenül a képzelhető legsúlyosabb intoxicatióval szemben, hirtelen, hihetetlen rapiditással összeroppan. Nem lehet csodálni, hogy az orvosi köztudat a rosszindulatú vörhenyt mindeddig csak egy exogen s igen nagy virulentiájú fertőzés föltételezésével gondolja megfejthetőnek. Pedig mégsem úgy áll a dolog. A foudroyant sepsis összes föltételei vagy már régen megvoltak, avagy lassan, észrevétlenül fejlődtek a szervezetben.

A láthatatlan, egyes componenseiben teljesen ismeretlen folyamatnak csak a terminalis része az, a mi megnyilvánul, még pedig betegség, a malignus sepsis alakjában. A megbetegedés pillanata csak jelzi, hogy a szervezet már legyőzetett, ellenben a bacteriumok és a bakteriolysis révén felszabadult toxinjaik felülkerekedtek, s a szervezetet teljesen a hatalmukba kerítették. Tehát: malignus vörheny esetében a szervezet sorsa a megbetegedés pillanatában már eldőlt. Ha jól megfigyeljük a malignus vörhenyt, úgy meglátjuk benne azt, hogy a szervezet védőfegyvereinek az utolsó erőlködése már csak tehetetlen vergődés, míglen a jóindulatú, ha mindjárt súlyos vörheny esetében a betegség azt demonstrálja, hogy a szervezet gyógyító apparatusának összes factorai a virussal szemben győzedelmesen felülkerekednek. A *betegség* ilyenkor nem egyéb, mint a *szervezet üdvös reactiójának* a megnyilvánulása.

A vörhenyproblema ilyetén fölfogása nagyon szépen összeegyeztethető az endogen mikrobismusnak a hypothesisével is. A míg a szervezet és a benne élő bacteriumok egymással való állandó küzdelmükben egymásra kölcsönösen gyakorolt hatásukat paralyzálni tudják, betegség nem fejlődik, de a mint a szervezet ezen activ tevékenysége bármi téren hiányos, a bacteriumok azonnal érvényesítik káros befolyásukat, még pedig toxinjaik révén, a távolhatás alakjában, az egész szervezetre. A szervezet tehát már súlyosan károsulhatott, súlyosan beteg lehet, mielőtt még ennek tünetei nyilvánulnának. Az úgynevezett alkalmi okok már csak kész talajon érvényesítik, avagy érvényesíthetik káros befolyásukat. De ilyenkor a legkisebb ártalom is már a legsúlyosabb következményekkel járhat.

Ábrámon séma alakjában iparkodtam feltüntetni, hogy az angina és a vörheny jelenségei, szövődményei és utóbetegségei azonosak, csak gyakoriságukat és intenzitásukat illetőleg van különbség közöttük. Természetes, hogy séma sohasem tükröztetheti vissza híven a valóságot; az enyém is csak azt akarja elérni, hogy a vörhenyproblema lényegéről vallott fölfogásomat érzékítse.

Mindent ma már megfejteni nem könnyű. Feltűnő jelenség pl., hogy Vitustáncz vörheny után igen ritka. Ennek magyarázatát adni nem tudom. De bizonyos, hogy a Vitustáncz tulajdonképpen aránylag ritka angina után is. Mert ezer meg ezer angina után nem fejlődik chorea, bár viszont igaz, hogy a chorea előzményében angina gyakran szerepel.

Különben a chorea pathogenesise még nem tekinthető tisztázottnak. Kétségtelen, hogy rheumás egyenértéknek foghatjuk föl, de az is bizonyos, hogy sajátságos idegrendszerbeli dispositio kell hozzája. Hiszen ismerjük imitatorikus alakját is.

A vörhenyproblema lényegéről kifejtett fölfogásom értelmében nem nehéz megfejteni azt az aránylag elég gyakran tett tapasztalatot, hogy a vörheny a szervezetben nem produkál egyebet, mint exanthemát a bőrön; a torok teljesen ép maradhat. Feljebb az anginárol mondottuk, hogy ritka esetekben a localis megbetegedésnek tünetei a torokban nem fejlődnek ki, avagy kifejlődnek észre nem vett, figyelemre nem méltatott enyhe elváltozások alakjában. Ha ilyen angina esetében a bőr exanthemával reagál, előáll a vörhenynek az az alakja, melynél a torok ép marad. Már mostan lehetséges még az is, hogy a torokban is fejlődik enanthema, de egyéb elváltozás a tonsillákon nem látható.

A sebészi vörheny megfejtése sem fog nehézségekbe ütközni. A sebészi vörheny nem más, mint a sepsis egy alakja. Melléje sorakozik a traumára beálló vörheny. De idesorolom én a diphtheriaserum befecskendezése után jelentkező vörhenyt is. Sepsises, traumás eredésűnek minősíthetnők egyaránt; de lehetséges, hogy a serum mint ilyen váltja ki a vörhenyt, vagyis, a serumbetegség vörhenyexanthemát is produkálhat.

Végül az égéshez társuló vörhenyt sem nehéz megfejteni; ugyan sepsises jelentőségű erythemát is láthatunk nála, de véleményem szerint inkább olyan erythemát, melyet a combustio toxinos termékei váltanak ki. *A combustióra beálló vörhenyexanthema* az én megítélésem szerint *a legszebb, a legklasszikusabb anaphylaxiás jelenségek egyike; a túlérzékenység*, a védetlenség legmagasabb *foka pedig az, a mikor beáll a halál.* Éppen a gyermekkorban elég gyakran előfordul, hogy csekély fokú s nem nagy terjedelmű égés után halál

következik be. Anaphylaxia ennek a magyarázata és semmi más.

A szülőnők vörhenye sem egyéb, mint a puerperalis láznak olyan alakja, mely vörheny képében zajlik le.

A vörheny problemájának a lényegét tehát nem egy ismeretlen vörhenyméregben tételezem föl, hanem egyesegyedül a szervezet módosult avagy fokozottabb reactioképességében. Ha a szervezet, melynek reactioképessége módosult avagy fokozódott, anginában megbetegszik, előáll a vörheny kórképe.

De hát azt fogja mondani mindenki erre, hogy y-t teszek x helyébe. Hát ez teljesen igaz, úgy is van. *Szó sincs róla: módosult vagy fokozódott reactióképesség* semmi más, *mint a mit a dispositio nevével illetünk. És evvel elérkeztünk oda, hogy kimondjuk, hogy a vörhenyproblema, ez a rejtélyes sphinx, nem egy egészen sajátszerű, egy specifikus problema, hanem csak egy részlete annak a nagy problemának, a melynek neve:* ***dispositio.***

Nos hát igen. Ez ez a nagy problema, mely megfejtésre vár; ez zörget ma szép tudományunk kapuin.

A bakteriologia megtette kötelességét, teljesítette hivatását; most menjünk tovább, előbbre!

Csak az epityphlitisre figyelmeztetek. Mondhatja bárki is, hogy az epityphlitis aetiologiája előttünk ismeretes volna?

* * *

A vörhenyt tárgyaló eddigi dolgozataimban egyebek között annak a bizonyítására is törekedtem, hogy a vörheny nem contagiosus bántalom olyan értelemben, mint a minő értelemben contagiosus betegség a kanyaró, a bárányhimlő stb.

Törekvésem sokaknál meglepetést, másoknál egyenesen megütközést keltett. El voltam reá készülve. A vörheny contagiositásának a dogmája ellen csak azért szállottam síkra, mert azt hittem, hogy a vörhenyproblema megfejtéséhez a vezető utat az akadályoktól meg kell tisztítani. Ez volt a szándékom, semmi más. Állításomat ma is fentartom. Síkra szállok érte ma jobban, mint valaha A mint az anginát nem tartom contagiosus bántalomnak, úgy a vörhenyt sem tartom annak. Hiszen az a körülmény, hogy az angina néha halmozottan jelentkezik, hogy családi, intézeti endemiákat produkál, csak nem magyarázható meg annak a föltételezésével, hogy az angina ilyenkor cantagiosussá vált Hát egyszer contagiosus megbetegedés az angina, máskor meg nem? Hogyan lehet ezt megérteni? De tegyük föl, hogy így van. Hát akkor előáll az a kérdés, hogy miáltal válik az angina contagiosussá? Hogy különben az intézeti angina-endemiák még a koncedált contagiositásból sem magyarázhatók, dolgozataim elsejében bizonyítottam.

Mégis, hogy fejthetni meg azokat a jelenségeket, a melyek látszólagosan az angina és a vörheny contagiositása mellett szólanak? A felelet csak úgy szólhat, hogy ezeket a jelenségeket egyelőre megfejteni nem lehet.

A diphtheriatoxinnal végzett oltások alkalmával feltünt egy jelenség, a mely a legnagyobb figyelemre méltó. Azt találtuk, hogy vörhenybetegeink közül testvérek a legtöbb esetben a diphtheriatoxinra egyformán reagáltak. *Tehát testvérek, vagyis gyermekek, kiknek szüleik közösek, kik azonos föltételek között, azonos milieuben élnek. A milieu identitásában kell tehát a reactioképesség azonosságát feltételeznünk.*

A milieu azonossága magyarázná meg tehát, hogy miért betegszenek meg egy család tagjai egyféle betegségben, egyformán s egy időben, még pedig valamennyien egyszerre, avagy pedig kisebb-nagyobb időközben sorra egymásután. Az egyidejű, avagy az egymásután való megbetegedés tüneménye volna a legfőbb argumentum a vörheny contagiositása mellett! Pedig ez csalóka tünemény; ez, ha szabad élnem e kifejezéssel, tisztán a véletlen dolga. S a contagiositás hívei mégis mily messzemenő következtetésekhez jutnak el ennek a csalóka tüneménynek, ennek a véletlennek a révén!

Tehát a milieu identitása s nem a vélt contagiositás magyarázza a vörhenymegbetegedéseket családokban, de intézetekben is. Az intézeti vörhenyendemiáknak néha egyenesen explosiv természetű kitörése csakis a milieu identitásából fejthető meg. Arról azonban ma még sejtelmünk sincsen, hogy mik azok a tényezők, a melyeknek itt döntő szerepük jut. De éppen az anaphylaxiára vonatkozó kutatásoktól várunk itt eredményt és felvilágositást.

A tények összességét, a feltételeket kell tehát kutatni, megismerni, vagyis az aetiologiai gondolkodásról a conditionalis gondolkodásra kell áttérnünk; itten csak úgy, mint egyéb betegségek, pl. az epityphlitis problemájának a terén.

Egyelőre a következőket mondhatnám: *Közösen ható külső befolyások, mondjuk exogen tényezők, magyarázzák az angina sűrűbb jelentkezését; belső természetű, vagyis szervezeti tulajdonságok — endogen tényezők a változott avagy fokozódott reactioképesség alakjában — szabják meg a megbetegedésnek megjelenési alakját és intenzitását.*

A módosult avagy fokozódott reactioképesség a szervezetnek nem állandó tulajdonsága. Hirtelen támadhat, idővel változik vagy elenyészik. Annak a magyarázata, hogy a vörheny átszenvedése látszólagosan immunitást hagyna hátra, a változott avagy fokozódott reactioképesség csökkenésében avagy eltűnésében volna keresendő.

* * *

A vörheny nagy horderejű, óriási fontosságú problemája már nagyon régen zsákutczába került. Sajátságos jelenség, hogy még napjainkban még nagynevű orvosok is a kivezető utat újabb hypothesisekkel, pl. hogy a kórházból kibocsájtott reconvalescensek családjaikba visszahurczolják a vörhenyt, eltorlaszolják.

Eddig megjelent dolgozataimban iparkodtam ezeket a mesterséges torlaszokat elhárítani, az utat szabaddá tenni és a vörheny problemáját a zsákutczából kivezetni.

Ha az én fölfogásom a vörhenyproblema lényegéről helyesnek fog bizonyulni, úgy vállalkozásom teljes sikerrel járt: a problema a zsákutczából szerencsésen kijutott és szabad nagy térre került. Itt mindenki a közelébe férhet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Carl Oppenheimer: Grundriss der Biochemie. Georg Thieme, Leipzig, 1912.

A Handbuch der Biochemie szerkesztője ebben az alig 400 oldalas könyvecskében dióhéjban az egész biochemiának mai, modern állását adja könnyen érthető és szabatos összefoglalásban. A könyv kiváló szakértelemről és az óriás anyag alapos ismeretéről ad bizonyságot és voltaképpen rövid foglalatja a most elkészült nagy kézikönyvnek. „Az anyagcsere“ fejezet különösen jól sikerült. Ebben a fejezetben mindazt megtalálja a gyakorló orvos, a mire a praktikus diaetetikában szüksége van. *Oppenheimer* könyve nélkülözhetetlen minden kis orvosi könyvtárban, mert röviden és velősen előad mindent, a mi valamelyes összefüggésben van az élettani vegytannal. A szerző e könyvének is bizonyára olyan sikere lesz, mint chemiai compendiumának, mely most érte meg 12. kiadását. *Plesch.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A phosphaturia kezeléséről ír *Umber* tanár. A szóban levő állapot makacs eseteiben eddig nem tudtunk jelentősebb eredményt elérni. Pedig az ilyen esetekben nagyon fenyeget a phosphatkövek képződése a húgyutakban. A phosphaturia okait a maguk teljességében még nem ismerjük; az azonban bizonyos, hogy nem annyira a fokozott phosphorsavtartalom okozza, hanem inkább a phosphorsav mennyiségéhez képest nagyon sok földalkáli, főleg mész és magnesia, a vizeletnek nagyon csekély aciditása mellett. Ez utóbbinak növelésére *Umber* szerint nagyon jó az atropin, a melyből — a beteg esetleges túlérzékenységének kipróbálása végett —

eleinte csak $^1/_2$ milligrammot ad pro die, de ha a beteg jól tűri, néhány nap alatt felemelkedik 3 milligrammra, 1—1 milligrammot adva naponként 3-szor, mindig étkezés után. Legjobb az atropinum sulfuricum vizes oldata (0·01 : 10·0), a melyből 20 csepp megfelel 1 milligrammnak. A jelzett adagot 14 napon át használtatva, újból lassan csökkenti az adagot, úgy hogy az atropin-kúra mintegy 3—4 hétig tart. Az atropin a vizelet aciditásának csökkentésén kívül még azáltal is hat, hogy a gyomorban a mészfelszívódást csökkenti, sőt az is lehetséges, hogy a vesehámnak fokozott mész-secretióját — a melyet phosphatdiathesis esetében némelyek fölvesznek — szintén alászállítja. Az atropin-kúra mellett általános erősítő kezelés foganatosítandó, továbbá a táplálékkal való mészbevitel lehetőleg csökkentendő; kerülendő tehát a tej és a tojás; előnyben részesítendő a húsból, sajtból, gabonaneműekből, hüvelyes veteményekből, burgonyából, zöld főzelékből álló táplálék. (Die Therapie der Gegenwart, 1912, 3. füzet.)

Sebészet.

Nagy sérvek, különösen has-sérvek műtétéről értekezik *Fr. König*. Műtéti eljárásának lényege az, hogy hasi sérvek műtétekor az igen pontosan összehozott izomvarrat fölé valamely más testrészről vett lebenyt helyez, és pedig leggyakrabban a tibia elülső felületéről vett periosteumot. A szerzőt kisérletei meggyőzték arról, hogy az ilyen eljárással nemcsak a már előzőleg összevarrt hólyag-, gyomor-, bélseb sipoly keletkezése nélkül gyógyul össze, hanem ezek még azon esetekben is meggyógyultak, a midőn az említett lebenyt oly módon helyezte a sebfelületre, hogy előzőleg a gyomor vagy bél folytonossághiányát nem egyesítette, hanem a periosteummal azt mintegy áthidalta. *Hohmeier* a tracheának, hólyagnak nagy defectusait is el tudta zárni. Ezen kisérletek útján a szerző az ilyen módon nyert lebenyek gyógyító képességéről meggyőződvén, alkalmazta azt hasi sérvek 14 esetében. A sérvek legnagyobb része igen nagy volt, egészen gyermekfejnagyságig, és a legtöbbje már recidiváló sérv. Ezen műtéti eljárás hasznavehetőségét éppen az mutatja, hogy oly esetekben is jó eredményt adott, a melyekben a vastag zsírpárna (1—$1^1/_2$ tenyérnyi csepleszbélodanövés) a műtét jó megoldása elé igen nagy akadályokat gördített. A szerző a műtét kivitelekor a következő módon jár el: a sérvkaput körüskörül szabaddá teszi, a környező aponeurosist több cm.-nyire a zsírtól megszabadítja. A sérvtömlő eltávolítása után a peritoneumot folytatólagos catgut-varratokkal egyesíti, ha szükséges, a fascia transversa felhasználásával. Most az izomzatot néhány selyemvarrattal összehozza. Ezen varrat fölé helyezi a tibiáról levett periosteum-lebenyt, majd pedig a lebenyt még folytatólagos varrattal megerősíti. A bőrvarraton keresztül igen kövér egyéneken draint is alkalmaz, fontos azonban, hogy ez a lebenyt ne érje. A szerző minden esetében ezen műtéti eljárás után igen jó eredmény látott. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 12. sz.) *Ifj. Hahn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A hypochondria nosologiai önállóságát fejtegeti *M. Sommer*. A hypochondriás tünetcsoport a legkülönbözőbb functionalis és organumos megbetegedésekben fordul elő. Igen gyakori a degeneráltak neurastheniája és terhesség alapján keletkező degeneráltak elmezavarai esetében. Ezeken esetleg ugyan a hypochondriás tünetek praedominálnak, de egyéb symptomák alapján a kórjelzés megejthető. A hypochondriás tünetcsoport nem tekinthető a súlyos neurasthenia fokozódásának vagy végének, mert súlyos neurastheniák e nélkül is befejeződhetnek, de meg előfordul, hogy a hypochondriás megbetegedést nem előzte meg tulajdonképpeni neurasthenia. Noha a hypochondria mint önálló kórforma nem oly gyakori, mint a milyennek évtizedek előtt hitték, mégis némi nosologiai önállósága el nem tagadható és a psychogenes megbetegedések nagy csoportjának egyik jól körülhatárolt alformáját képezi. A hypochondriára jellemző a hevenyés lefolyás, a mely azonban sohasem vezet elmegyöngeséghez. A hypochondria úgy látszik, főképpen az aggkor megbetegedése. Lehetséges, hogy a kezdődő aggkori elváltozások teremtik meg az alapot a psychogenes dispositióra, vagy legalább az eddig rejtett dispositiót felszínre hozzák. De még így is megfejthetetlen, hogy ez alapon miért fejlődik ki a hypochondria, holott ezelőtt nyomát sem lehetett észrevenni. Hasonlóképpen vitás marad, hogy azon hypochondriás állapotok, melyek aránylag fiatalokon és a munkára és társadalmi életre való képesség mellett főképpen tömeges paraesthesiák és különböző sensatiókban nyilvánulnak, a tulajdonképpeni hypochondriához tartoznak-e. A szerző véleménye szerint jogos az a nézet, mely az utóbbi hypochondriás neurosist a könnyebb, az idősebb kór hypochondriás elmezavarát pedig, mely téves eszmékre hajlamos, a hypochondria súlyosabb alapjának tekinti. (Zeitschrift für d. ges. Neurol. u. Psych., VI. k., 247. l.)

Goldberger Márk dr.

Nőorvostan.

Praemenstrualis hőemelkedés és bacteriuria czímen tartott előadást *Amann*. Praemenstrualis hőemelkedéseket különböző megbetegedésekben, különösen tuberculosisban észleltek eddig. Ezeknek a hőemelkedéseknek az aetiologiájában a pyelitist eddig nem említették. *Amann* több ízben észlelt ilyen esetet és felhívja a szakkörök figyelmét, hogy praemenstrualis hőemelkedések esetén erre is kiterjeszszék figyelmüket. A diagnosis felállításakor az ureterekből nyert vizelet pontos megvizsgálása (mikroskopi és culturalis úton) szükséges. A hőemelkedés okául a szerző a bacteriumtartalmú vizeletnek a praemenstrualis hyperaemia által okozott pangását veszi fel. (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, 1912, 6. szám). *Scherer* dr.

Gyermekorvostan.

Vaccina generalisata halálosan végződött esetét közli *d'Astros* (Marseille). 5 napos leánygyermek jobb karján friss oltás nyomaival vétetik fel, melyekből rövidesen kifejlődnek a pustulák. Néhány nap mulva az elsődleges pustulák körül újabbak jelennek meg, melyek egymással helyenként összefolynak. Két hét multán a jobb karon, az ágyéktájakon, a nyakon és a hajas fejbőrön naponta újabb és újabbak fejlődnek, úgy hogy ismét két hétre az elsődleges góczczal összefolyókat leszámítva, 52 különböző korú pustula látható. A csecsemő ennek daczára eddig jó közérzet mellett 4 hét alatt 700 gr.-ot gyarapodott. A további lefolyásban a pustulák tovább szaporodnak, főleg az ágyéktájon és a vulván, az ajkakon vannak, sőt egy a szájpadláson is foglal helyet; számuk ekkorára már 80-on felül van. Ekkor a gyerek állapota is aggasztóvá válik, soványodik, hőmérséke 38·3°-ig emelkedik, másnap estére 37·1°-ra sülyed; ekkor vérzések jelentkeznek az anusból és a bal fülből, az eruptiók haemorrhagiás formát öltenek. Másnapra a vérzések folytatódnak a szájon, füleken, anuson át és a gyermek görcsök közt meghal.

Bonczoláskor, a nagyfokú anaemiát leszámítva, más elváltozás nem találtatott, mint csak a vékonybél nyálkahártyáján hámecchymosis; pustulák nem voltak. A szerző daczára az azonnal alkalmazott asepsises kötésnek, autoinoculatiónak véli az esetet. Hogy kifejlődhetett, azt vagy az ismeretlen eredetű anyag túlnagy virulentiájának, vagy annak tulajdonítja, hogy nem fejlődött ki immunisatio, hiányzott a a szervezet reactioképessége. (Annales de médecine et chirurgie infantiles 1912, 8. sz.) *Bogdán* dr.

Bőrkórtan.

„Aphorismás megjegyzések a dermatologiában alkalmazott arsentherapiáról“ czímen érdekes és tanulságos megfigyeléseket közöl *J. Jadassohn* (Bern). A dermatologia körébe néhány oly betegség tartozik, a melynek kezelésében az arsentherapia általában hasznosnak, sőt szükségesnek látszik. Ide tartozik első sorban a lichen ruber, a melyre az

arsen erősebb adagolásban jóformán specifikusan hat. Ez a föltűnő hatás ezenkívül még csak a verrucae planae juveniles eseteiben észlelhető. A többi bőrbaj ellenében az arsen mindig bizonytalan. Néha — de korántsem gyakran — feltűnő jó hatású az arsen a psoriasis esetén. A siker vagy kudarcz magyarázata ilyenkor fölötte nehéz, bizonyos azonban, hogy a psoriasisos folyamaton kívül főként a gyógyszer adagát és az egyén szervezetét („terrain", „constitutio", „dispositio") kell figyelembe venni. A psoriasis gyógyhajlama úgy látszik a localisatio szerint is változik. A szerző tapasztalása szerint az aránylag ritka psoriasis vulgaris palmaris et plantaris olykor föltűnően gyorsan reagál arsenre. Ez annál is érdekesebb jelenség, mert a tenyér és talp belső szerrel aránylag nehezen befolyásolható. Érdekes az is, hogy a tenyér és talp psoriasisa esetén arsenre elég feltűnően „localis reactio" is állhat be, a mi alighanem hasonló a syphilises kiütések esetén ismeretes *Jarisch-Herxheimer*-féle reactióhoz. Az arsen nyomán beálló localis reactio egyébként lichen ruber és a lapos szemölcsök kapcsán is észlelhető *Jadassohn* tapasztalata szerint. A syphilideknek salvarsan vagy kéneső kapcsán keletkező helybeli reactiója az arsenes reactiótól a szerző szerint főként abban különbözik, hogy jóval gyorsabban köszönt be, mint az arsentherapiában, mely inkább „kumuláló" jellegű. Az arsen okozta helybeli reactio a természetesen szintén élénk pírban s a psoriasis, lichen stb. tüneteinek accentuálásában nyilvánul. *Jadassohn* szerint némi valószínűséggel fölvehető, hogy a mely kóros folyamat általános kezelésre helybeli reactiót létesíthet, az fertőzésen alapul (analogia: tuberculosis — tuberculin, syphilis — kéneső és salvarsan, lepra — jodkali és tuberculin). Ilyen alapon tehát a lichen, psoriasis és lapos szemölcs fertőzéses természetét is föl kellene venni. Az arsentherapiára beálló helybeli reactiónak egy további tünete a viszketés, vagy ha az már amúgy is fennáll, annak fokozódása. Olykor a helybeli reactio kimerül a viszketés tünetében, a mikor a látható jelenségek (pír, duzzadás stb.) ki sem fejlődnek. *Jadassohn* véleménye szerint az a megfigyelése, hogy az arsen különösen jól hat a tenyér és talp psoriasisa és lichen planusa eseteiben, abban lelheti magyarázatát, hogy az arsennek amúgy is sajátságos affinitása van a tenyér és talp bőréhez, a mit leginkább a hosszabb arsenszedés nyomán keletkező hyperkeratosisok bizonyítanak. Az arsennek mellékhatásai a bőrre nemcsak a hyperkeratosis alakjában, hanem még az arsenzoster és az arsenes melanodermia képében is jelentkeznek. Mindezek a mellékhatások gyakrabban kerülnek a klinikus szeme elé, ha az arsent nem pilulák, hanem csöppek (sol. Fowleri) alakjában adja, mert ismeretes, hogy az arsen oldott állapotban jóval erősebb és mérgezőbb hatású, mint substantiában. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 1. f.) *Guszman.*

Fülorvostan.

A középfül-tuberculosis sajátos alakjáról közli klinikai észleleteit *Jörgen Möller* (Kopenhagen). A szerző, a ki egy gümőkóros betegek számára való nagy kórháznak (Öresundshospital) otolaryngologusa, 19 esetben a gümőkór sajátos alakját észlelte, a mely szerinte az irodalomban kellőleg ismertetve nincs. A baj a hallás lefokozásával jár s jellegzetes a dobhártya képe, mely hasonló a bőséges exsudatióval járó hevenyés genyes középfülgyuladáshoz: a dobhártya jelentékenyen elődomborodik, a kalapács nyele elmélyedt, olykor egészen el van fedve; a dobhártya halványsárga, át nem látszó és rajta nagyszámú erősen vértelt, sugarasan haladó erek látszanak; a paracentesis alkalmával a dobhártya feltűnően megvastagodott, szívós, a dobüregben váladék nincs. Hetek vagy hónapok multán vagy regressiv metamorphosis következik be, vagy pedig a folyamat tovahalad s a dobhártya hámja körülírt helyen necrotizál; egy vagy több kicsiny, szalonnás alapú fekély támad, a melyek ismét vagy gyógyulnak, vagy áttörik a dobhártyát s csak most, a betegség kezdetétől hónapok multán következik be a genyedés. Más esetekben a necrosis mindjárt a dobhártya valamennyi rétegére terjed s perforatio támad. A folyamat előhaladásával a tuberculosus otitis ismert képe tárul elénk, bár sok esetben még a genyedés beállta után is a dobhártya meglévő részén a sárgás színeződést és a jól előtűnő erezettséget fel lehet ismerni.

Ezen kórképet a szerző mint a dobhártya diffus tuberculosus infiltratióját fogja fel és myringitis tuberculosa diffusának nevezi el, kiemelve azonban, hogy nem csupán a dobhártya, hanem többé-kevésbé a középfül nyálkahártyája is meg van betegedve. A folyamat, mint a közölt kórtörténetekből is kitűnik, relative jótermészetű s mint a nyálkahártyák localis tuberculosisa általában, hajlammal bír a spontán gyógyulásra is s úgyszólván teljes restitutio ad integrum is létrejöhet, kivéve a hallóképességet. A therapiát illetőleg a szerző azt ajánlja, hogy addig, míg a dobhártya hámja megtartott, legjobb active be nem avatkozni, míg kicsiny ulceratióknak edzését (trichloreczetsav, tejsav), nagyobb szétesések veszélye esetén az excisiót ezt követő edzéssel ajánlja; jó sikert vár a *Pfannenstiel*-féle kezeléstől (localisan H_2O_2, belsőleg Ka J.), mely szerinte orrlupus esetén szépen bevált. (A szerző utóbbi észrevételét referens tapasztalatai nem igazolják, a mennyiben az eseteknek csak egy részében látott eredményt a *Pfannenstiel*-, illetve *Strandberg*-féle eljárástól.) (Zeitschrift f. Ohrenhk. LXIV. köt. 1. füzet.) *Safranek dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A zebromal nevű újabb bromkészítmény hasznáról az epilepsia gyógyításában ír *Jödicke*. A zebromal dibromfahéjsavaethylester, 48% bromtartalommal. Tabletták alakjában jön forgalomba. Nagyon könnyű esetekben, a melyekben hónapok telnek el az egyes rohamok között, elegendő naponként 1—2 tabletta; könnyebb esetekben, a melyekben hetes szünetek vannak a rohamok között, naponként 3—4 tabletta adandó; ha hetenként több roham van, 4—7 tablettát kell adni naponként Nagyon jó szolgálatokat tesz a zebromal azokban az esetekben, a melyekben nagyobb fokú bromacne, valamint fokozódó psychés depressio és álmosság miatt a bromot lassan meg kell vonni; ilyenkor 6-ról 1-ig csökkenő mennyiségben adva a tablettákat, a bőrbaj csakhamar eltünik és a psyche élénkebbé válik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 7. szám.)

Az ürülékek szagtalanítására a betegszobában *Czerny* tanár (Heidelberg) szerint kitünően használható az antiformin, a melynek 10%-os oldatából mintegy 50 cm^3 öntendő az ágytálba vagy éjjeli edénybe; ha kemény a bélsár, a kiálló részeket még külön leöntjük kevés ilyen oldattal. A tisztátalan betegek ágyneműjének kimélésére használt, kaucsukból vagy más vízálló anyagból készült lepedők, illetve betétek rövid idő alatt nagyon bűzösek lesznek; szagtalanításuk bönnyen sikerül 5%-os antiformin-oldatba bemártással. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, 10. sz.)

A bromural ártalmatlanságára vonatkozólag már több adatot találunk az irodalomban. Ezek számát szaporítja *Tischler* egy esete közlésével, a melyben a 45 éves nő 21 tablettát vett be néhány óra alatt, a nélkül, hogy a másnapra már elmult hányásingeren és szédülésen kívül más zavar jelentkezett volna; a szívműködés és a légzés teljesen rendes maradt, az öntudat nem volt befolyásolva. (Mediz. Klinik, 1912, 19. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 25. sz. *Géber János:* Klinikai tapasztalatok. *Kertész Béla:* A gyermekgyógyászati gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1912, 26. sz. *Verebély Tibor:* A bőrfertőzés betegségei. *Erdős Adolf:* A terhességi hányás aetiologiája

Budapesti orvosi ujság, 1912, 26. sz. *Mutschenbacher Tivadar:* A lymphomák conservativ kezeléséről. *Lenkei Vilmos Dani:* Az éghajlatnak emberélettani szempontból való megfigyelése czéljából alkalmazandó meteorologiai műszerek és eljárások.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Sárközy Adorján* dr.-t Técsőn járási orvossá, *Gazdag József* dr.-t Berettyóujfalun tb. megyei járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Ulreich Ferencz* dr.-t Szanyban körorvossá, *Koch Arnold* dr.-t Magyarkanizsán városi kerületi orvossá választották.

Hutyra Ferencz tanárt, az állatorvosi főiskola rektorát, a berlini állatorvosi főiskola alapításának 25. évfordulója alkalmával díszdoktorrá választotta.

Meghalt. *Nagy Sándor* dr., budapesti gyakorló orvos, junius 26.-án, 38 éves korában. — *Schenk Ferencz* dr., rajkai járásorvos, tb. megyei főorvos, Rajkán junius 18.-án, 45 éves korában. — *Rex Izsó* dr., városi tiszti orvos, Szegeden junius 25.-én, 47. évében. — *W. J. Asdale* dr., a nőorvostan tanára a pittsburgi egyetemen, 69 éves korában. — *Villemin* dr., a Hôpital Bretonneau sebész-főorvosa, ismert sebész, Párisban. — *J. Petersen* dr., az orvostörténelem rendk. tanára a koppenhágai egyetemen, 72 éves korában.

A tuberkulózissal foglalkozó orvosok egyesületének igazgató tanácsa *Korányi Sándor* báró elnöklete alatt tartott ülésében a jövő évi nagygyűlésre a következő referenseket kérte fel: *Hutyra Ferencz*: A marhagümőkór prophylaxisa. *Scharl Pál:* A tüdőgümőkór activitásának diagnosisa. *Benedict Henrik:* Rheumatismus tuberculosus. Előadások bejelenthetők *Ország Oszkár* dr. I. titkárnál, Budapest, II Erzsébet-királyné-sanatorium.

Congressus. A III. nemzetközi balesetorvosi congressus magyarországi bizottsága, melynek elnöke *Dollinger Gyula* dr. egyetemi tanár, titkára *Friedrich Vilmos* dr. egyetemi magántanár, felhívást intéz a congressuson való részvételre mindazokhoz a kartársakhoz, a kiket a balesetbiztosítás, baleseti sérülések kezelésének és utókezelésének újabb módjai, valamint a balesetbiztosítás jogi kérdései érdekelnek. A congressus f. é. augusztus 6.—10.-éig tart. Ugyanez időben városi kiállítást is rendeznek, a melyen a kórházaknak és kórházi berendezéseknek külön osztályt tartanak fenn. A congressuson való részvétel díja 20 márka. Jelentkezések *Friedrich Vilmos* dr. egyetemi magántanárhoz (Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 4) küldendők.

A zemplénvármegyei sátoraljaujhelyi „Erzsébet" közkórház 1911. évi működéséről most jelent meg a *Chudovszky Móricz* dr. kórházi igazgató által írt ismertetés. A kórház betegforgalma a mondott évben 2972 volt (761 belbeteg, 1304 sebészeti, 103 szemészeti, 39 fülészeti, 154 nőorvoslási, 61 szülészeti és 550 elmekórtani eset). Nem szerint 1782 férfit és 1190 nőt orvosoltak. A betegek közül 1277 gyógyultan, 1023 javultan, 180 gyógyulatlanul távozott, 177 meghalt. A belorvostani esetekről *Nyomárkay Ödön* dr. oszt. főorvos ad kimutatást, a többiről *Chudovszky* dr. igazgató-főorvos, a ki különösen az érdekesebb sebészeti eseteket (1316 műtét!) számos kimerítő kórtörténetben ismerteti, hozzáfűzve az altatásnál, sebkezelésnél, operálásnál követett elveinek és technikájának a vázolását is. Sajnos, hogy a kórház túlzsúfolt; habár csak 226 ágyra épült, máris 310 ágyra van felszerelve s még így is számos jelentkező beteget kell visszautasítani. Az elmebetegosztályt *Molnár János* dr. vezeti.

A nyitramegyei érsekujvári közkórházban a *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos által írt kimutatás szerint 1911-ben 1073 beteget (714 férfit, 359 nőt) ápoltak, ezek közül gyógyult 63·74%, javult 20·87%, gyógyulatlanul távozott 1·02%, ápolásban maradt 7·36% és meghalt 7·8%. Műtétet összesen 376-ot végeztek.

Személyi hirek külföldről. A boroszlói elme- és idegkórtani klinika igazgatójává *A. Alzheimer* müncheni rendk. tanárt nevezték ki. — Moszkvában *S. E. Berezovskij* dr.-t, a sebészet rendk tanárát, rendes tanárrá léptették elő. — *Beauvisage* dr., a gyógyszertan tanára a lyoni egyetemen, nyugalomba megy. — A *Stieda* tanár nyugalomba vonulásával megüresedett anatomiai tanszékre a königsbergi egyetem *E Kallius* greifswaldi tanárt hívta meg. — *M. Neuburger* dr.-t, a orvostörténelem rendkívüli tanárát a bécsi egyetemen, rendes tanárrá léptették elő.

Hirek külföldről. *Wasmuth* hamburgi gyáros, a ki különösen titkos szerek előállításával foglalkozik, a hollandi királynő szülése alkalmával azt a hírt terjesztette a lapokban, hogy a királyné orvosa, *Kouwer* utrechti tanár, az ő Rad-Jo-nak nevezett titkos szerét is felhasználta s hogy a szülés sima lefolyása ennek köszönhető. *Kouwer* tanár feljelentésére *Wasmuth*-ot ezért 1910-ben perbe fogták és el is ítélték. *Wasmuth* azonban állítását ez év márczius 12.-én a Germania nevű lapban megismételte; ezért új pert indítottak ellene s a bíróság őt 1000 márka pénzbüntetésre ítélte.

A borbélyok a beretválás közben ejtett sérülésekkel járó vérzés csillapítására egy koczkaalakú követ használnak, a mely timsó, bórsav és glycerin keverékéből áll. *Remlinger* a Revue d'hygiène-ben most hadat üzen ennek a közös használatú kőnek s azt követeli, hogy szerezzenek be a borbélyok kis timsó-pastillákat, a melyeket csak egy emberen használnak s azután eldobnak. Egy borbély-műhelyből vett timsó-koczkát 5 perczre 50 cm³ steril destillált vízben áztatva, a vízben a legkülönbözőbb bacteriumokat, többek közt staphylococcust is lehetett kimutatni. Másfelől pedig különböző pathogen bacteriumokat kenve a kőre, kiderült, hogy azok még egy hét mulva is virulensek maradtak.

A most tartott gyógyszerészi kiállításon sok hasznos dolog volt látható. Méltó feltűnést keltett **Basch Ernő** és **Szamossy Gyula** Rákóczi-úti gyógyszerészek kiállítása, a kik **Jogadin, Joricin** és **Thiorobin** szereiket itt mutatták be. A kinek alkalma volt a Joricint megízlelni, meg volt lepve annak kiváló íze által; ezen készítmény, mely nem más mint frissen sajtolt ricinus-olaj, nem avasodik és olyannyira kellemes, hogy a legkisebb gyermek mint jóízű szörpöt fogyaszthatja. A **Joricin** meglepően kellemes ízű ricinusolaj, a Jogadin kiválóan kellemes ízű csukamájolaj, mely nem avasodik és ezért nyáron is szedhető és a **Thiorobin** pedig egy 10 év óta bevált és közkedveltségnek örvendő gyógyszer a tüdő és légutak összes megbetegedéseinél. Nemcsak az országban, hanem annak határain kívül is jó hírnévnek örvend Basch és Szamossy gyógyszerészek (II. Rákóczi Ferencz-gyógytár) laboratoriuma, mely ezeket a gyógyszereket előállítja.

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.**

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

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

WEISZ Dr. EDE INTÉZETE PÖSTYÉN
Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

FRANZENSBAD FISCH dr. curpensiója a legmodernebb komforttal berendezve, nő-, szív-, ideg- és anyagcsere-betegek, reconvalescensek, elektro- és radiotherapia részére. Legolcsóbb általányárak.

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39. sz.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Dr. Cukor Miklós május 1.-étől október 1.-éig Franzensbad (Hygiea).

Tengeri sanatorium és tengeri fürdő Portoré
(Fiume mellett). Modern intézet 100 ágygyal. Homokos tengerpart. Elismert kitünő ellátás. Mérsékelt árak. **6 éven felüli gyermekek** kiséret nélkül. Nehéz betegek kizárva. Prospectus.

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel KARLSBADBAN Markt „HAUS 3 RINGE".

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

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

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

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

BAD HALL Felső-Ausztria Dr. RICHARD FISCHEL rendel Budapest szállodában

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1-.éig Franzensbad („Prinz Wales").

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 64. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. —
Védjegy. Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VI. bemutató szakülés 1912 márczius 20-án) 495. l. — A német sebésztársaság 41. congressusa (Berlin, 1912 április 10.—13.) 496. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 497. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1912 márczius 20. án.)

Elnok: **Körmöczi Emil.** Jegyző: **Szinnyei József.**

Oxyuris okozta appendicitis.

Ehrlich Ernő: Az újabban megjelent tudományos közlemények mind határozottabban foglalnak állást a mellett, hogy az oxyuris egymagában is okozhat appendicitist, különösen a gyermekkorban, a melyben e bélparasita nagyon gyakori. De hogy felnőttekben is előfordulhat a heveny appendicitis legtypusosabb képével, esetem igazolja.

A 28 éves ápolónőt 1911 deczember 17.-én szállították be *Hültl* főorvos osztályára. Előadja, hogy előző nap reggelén rendkívül heves hasgörcsök lepték meg, magas láz, hidegrázás, hányás kiséretében. 6 héttel ezelőtt szült. Menstruatiója mindig rendetlen volt, 6 hét óta van cystitise.

A beteg igen elesett, hőmérséke 39° C, pulsusa 110, hasának jobb oldala és az ileocoecalis tájék nyomásra felette érzékeny, nagy défense musculaire, kifejezett Rovsing-tünet.

A beteget 2 óránkint hőmérőzve, temperaturája esést nem mutat, sőt 39·5—40°-ra emelkedik, pulsusa rosszabbodik, a miért is azonnal megoperáltam. Az appendix lobos, duzzadt, rövid, vastag, mint heveny esetekben szokott, mesenteriuma oda van nőve a bélhez. Typusos appendectomia, szokásos három rétegű hasfalvarrattal.

Az appendixet felhasítva, nyálkahártyáját erősen lobosnak találom, véresen van injiciálva, csúcsában pedig egy körülbelül 30—40 tagból álló oxyuris-coloniát találok; némelyik oxyuris a nyálkahártyát át is fúrta. A beteg per primam gyógyultan távozott.

Tanulságosnak minősíthető az eset a gyakorlat szempontjából két okból. Ha az oxyuris vermicularis appendicitist okozhat, ártalmatlan parasitának nem nevezhető, másrészről ha a féregűző kúra után recidivát találunk, ne téveszszük szem elől, hogy az igen jól elrejtett oxyurisok a legerélyesebb kúrával is daczolhatnak.

Makai Emil: Ugy látszik, a bélférgek okozta béltünetekre a gyakorló orvosok nem fordítanak elég figyelmet és könnyen összetévesztik appendicitissel. Nem a bemutatott esetről van szó, a hol a kórbonczolás igazolta az appendicitist. Beszállítottak osztályunkra egy asszonyt; jobb alhasában défense musculaire, láz, szapora pulsus, bevont nyelv. Appendicitisre gondoltunk, diffus peritonitissel. Hashajtót adtunk, egy ascaris távozott el, majd újabb hashajtóra még kettő. Az asszony meggyógyult.

Clonus masticatorius esete.

Keller Kálmán: A 17 éves kereskedősegédet a szent István-kórház idegosztályára 1912 márczius 5.-én vették fel.

Szülei és 2 testvére élnek és egészségesek, de az anyja ideges, minden csekélységre felizgatódik. Betegünk egyik unokabátyja a leírás szerint arcz-rángatódzásban (tic convulsif) szenvedett 8 év előtt, de már meggyógyult. Ő azonban ezeket a rángatódzásokat sohasem látta, csak beszélni hallott róluk. Gyenge tanuló, izgatott, ingerlékeny és makacs természetű volt.

Jelen baja öt hét előtt kezdődött az alsó állkapocsnak haránt irányban ide-oda mozgatásával, eleinte ritkábban, két hét óta gyakrabban. A beteg a mozgást nem érzi, először hozzátartozói figyelmeztették reá; szeretne a mozgásról leszokni. A mozgás szerinte napközben is többször szünetel, továbbá beszéd, evés, alvás közben stb. Ugyancsak megszűnik mély légvételek alkalmával is és akkor, ha az állkapcsát felköti. Kedélyhangulata változó, színvaknak tartja magát. Ez év januárja óta nagy mennyiségű szeszes italt ivott (10 üveg sört, 4—5 liter bort nap-nap után éjjelezés közben) s ez után jelentkeztek e rendellenes mozgások.

Állapot 1912 márczius 20.-án. A jól fejlett és táplált fiatal ember fülkagylói szélesek, elállók. Az arcz-, nyelv-, lágyszájpad-izmok beidegzése jó. A pupillák fényre kissé renyhébben reagálnak. Az alsó állkapocs állandó haránt-irányú horizontalis mozgásban van. Ez a mozgás rhythmusos szaporasággal történik, jóval szaporábban, mint például a paralysis agitans eseteiben észlelhető állkapocstremor. Az ín- és bőrreflexek kiválthatók, élénkek. A sensibilitas intact. A magát színvaknak állító beteg vizsgálata csak a kék és lila közti finomabb árnyalatokra vonatkozó különbségeket mutat.

A látóterek azt a ritkán észlelhető sajátszerűséget tüntetik fel, hogy a szines látóterek szabályellenesen csaknem elérik a fehér látóteret. A beteg fogazata teljesen ép. A fejen, az arczon, az orr- és szájüregben, továbbá a hallószervekben semminemű gyuladásos folyamatot sem találunk, mely e görcsöknek reflexes eredetét magyarázhatná, úgy hogy az állkapocs clonusos görcsét csakis heredo-degenerativ alapon fejlődött hysteriás jelenségnek kell tartanunk. A bántalom igen ritka, *Oppenheim* külön kiemeliaz állkapocs-clonusnak különösen horizontalis irányban való ritka előfordulását.

Mohr Mihály: A látótérre nézve megjegyzi, hogy a vörös látótérnek a kék szín látóterénél nagyobb volta, illetve a kék szűkebb volta (kékinversio) jellemző a hysteriára; traumás neurosis (hysteria) eseteiben ez a tünet szinte perdöntő jelentőségű.

Keller Kálmán: Föltünő volt a látóterek tágult volta; a szinesek határa elérte a fehérét, sőt meg is haladta.

Jackson-epilepsiát okozott traumás agycysta gyógyítása mütéttel.

Pólya Jenő. A 33 éves napszámost 1912 január 13.-án vették fel a szt István-kórházba. 1890 október 6.-án bottal fejbeütötték, mikor is eszméletét néhány órára elvesztette. Feleszmélve, fejetetején erős fájdalmat érzett. Ugyanitt zúzott sebe volt, mely csak 2 év mulva gyógyult be, közben állandóan genyedzett. 1900 januárjában görcsrohama volt. A jobb nyakfélen kezdődtek a rángások, innen a jobb felkarra, az alkarra, a hüvelykujjra s a többi ujjra terjedtek át. A rángások a jobb arczfélre is átterjedtek. Öntudata a görcsroham alatt tiszta volt. A roham perczekig tartott. 1908-ig több rohama nem volt. Ekkor újból előállott a görcsroham ugyanolyan módon, sorendben és intenzitással, mint 1900-ban. 1908-ban több rohama (20-nál is több) volt, de szeptemberben ezek ujból megszüntek és több rohama nem volt. 1912 január 8.-án újból a már leirtakhoz teljesen hasonló görcsrohamok jelentkeztek és felvételéig sűrű egymásutánban ismétlődtek.

Csak a január 8.-án jelentkezett első roham alatt vett részt a görcsrohamban jobb alsó végtagja is. A többi rohamban csak a nyak- és a felső végtagizmok rángatóztak. Ha állás közben jön rá a roham, nem esik el.

Jelen állapot: Közepesen fejlett és táplált férfi. Mellkasi és hasi szervei épek. A koponya a sutura sagittalistól baloldalt, a fejtető tájékán elül 10 cm. hosszú és $2^1/_2$ cm. széles területen csonthorpadást mutat. A bőrön ugyane helyen vonalas heg.

Idegrendszeri lelet: Az arczon mindkét oldali facialis szabad. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A felső végtagokon az érzési kör normalis. A mozgások mindkét oldalt szabadok. A jobb felső végtag könnyebben fárad (kisfokú adiadochokinesis). A jobb kéz szorító ereje kisebb mint a balé.

Az alsó végtagokon az érzési kör normalis. A mozgások mindkét oldalt szabadok. Az Achilles-ínreflex mindkét oldalt középerős. Térdreflex mindkét oldalt tetemesen fokozott. A Babinsky-tünet negativ. A törzsön az érzési és mozgási kör teljesen normalis. A has- és cremaster-reflexek mindkét oldalt egyenlő erősségben vannak jelen.

Január 14.-én egymást 5—10 perczes időközben követő

több roham. Minden roham néhány másodperczig tart. Azzal kezdődik, hogy fejét először jobbra fordítja, majd balra, s újból jobbra, ekkor nyaka jobb felén clonusos rángások mutatkoznak a fejbiczczentőben, ugyanakkor a jobb fel- és alkarban, valamint az ujjakban clonusos rángások mutatkoznak. A roham alatt az eszmélet tiszta, kérdésekre reagál. A pupillaris és cornealis reflexek normalisak. A roham után jobb felső végtagjában fáradást érez. A jobboldali arczfél a görcsrohamban nem vesz részt.

Január 14.-én éjjel 4—5 perczenkint rohamok. Urotropin.

Január 15.-én műtét. Localanaesthesisben bemetszés a heg mentén, melyet kimetszünk. A horpadt, mintegy forintnyi csontrészlet kivésése, részben kiharapása Luer-vel. A csont e helyt igen vastag. A csont eltávolítása közben megnyilt az elvékonyodott dura, a melyből mintegy 2 evőkanálnyi tiszta, liquorszerű folyadék ömlik. A csont eltávolítása után kiderül, hogy a leirt folyadék egy subduralis üregből ömlik, melynek medialis falán jól látszik a sinus longitudinalis sup., másik oldalán pedig a vékony hártyával fedett agykéreg. Több liquor nem ömlik. A cysta falából mérsékelt vérzés. A sebet ennek daczára teljesen bevarrjuk. A műtét délutánján 15 görcsroham; két chloral-klysma után $1^1/_2$ órás szünet, azután morphin daczára egész éjjel 5 perczenkint görcsök. Ezek a görcsök a folytonos chloralcsörék és morphin-injectiók daczára, kisebb-nagyobb szünetekkel három napon át folyton jelentkeznek és csak nagyadagú brom-használat után ritkultak. Jan. 21.-étől jan. 25.-éig a görcsök száma fokozatosan csökkent, az utolsó roham jan. 25.-én éjfélkor jelentkezett. Azóta görcse egyáltalán nem volt. A seb teljesen begyógyult, a kéz szorító ereje helyreállott és jelenleg az illető tökéletesen jól érzi magát.

(Folytatása következik.)

A német sebésztársaság 41. congressusa.

Berlin, 1912 április 10.—13.

(Folytatás.)

A harmadik napon először a gyomorfekély sebészi kezelésének tárgyalása került sorra. *Riedel* 18 esetről számolt be, a melyekben az 1901—1908 közti időben a kis curvatura callosus fekélye miatt a gyomortest haránt resectióját végezte; mind a 18 tartósan gyógyulva maradt. *Payr* callosus fekély esetében resectiót ajánl; 34 resectiót és 10 excisiót végzett gyomorfekély miatt 3 halálozással. A régebben operált és utóbb is figyelemmel kisért 16 eset közül 12 teljesen gyógyult, a többi 4-nek is csak csekély panaszai vannak. A resectio azonban eseteinek csak $^1/_4$-ében volt szükséges. *Eiselsberg* is a resectio híve lett callosus fekélyek esetében, mint *Payr*, főleg azért, mert az ilyen ulcust a ráktól nem lehet műtét alatt biztosan megkülönböztetni. 18 haránt gyomorresectiót végzett halálozás nélkül. *Kümmel* a kis curvatura callosus fekélyét feltétlenül resecálandónak tartja, callosus pylorusfekély esetében, ha hyperaciditás van jelen, először gastroenterostomiát csinál, és ha a tumor nem fejlődik rövidesen vissza, utóbb resectiót. 80 utánvizsgált gastroenterostomizált betege közül 70 jól van. *Bier* is penetráló ulcus esetén a haránt resectio híve, a gastroenterostomia ilyenkor már technikai okokból sem vihető ki. *Albert Kocher* szerint a gastroenterostomia az esetek többségében elegendő az ulcus meggyógyítására. 80 eset közül 70-szer végeztek gastroenterostomiát és 10-szer radicalis műtétet. A 70 gastroenterostomia közül 64 további sorsát követte: 50 teljesen egészséges, 10-ben csekély zavarok, 2 rossz eredmény, 2 rákban elhalt. Azért csak carcinoma gyanuja esetén reszekál. *Kausch* hasonló álláspontón van. *König* azt hiszi, hogy *Kocher* jó eredményei onnan vannak, hogy az esetek többségében a fekély a pyloruson ült, kis curvaturafekélyeket e műtét egyáltalán nem befolyásol. *Katzenstein* is a gastroenterostomia híve és azt pyloruskiiktatással kombinálja. *Haberer*, *Eiselsberg* hangsúlyozzák, hogy a pyloruskiiktatásnak csak különös indicatiók, főleg duodenalis ulcus esetén van helye. *Marquardt* egy esetet közöl, a hol 2-szeri ulcusresectio után harmadszor is ulcus-tünetek jelentkeztek. *Eiselsberg* jejunostomia végzését ajánlja ez esetben.

A ráknak a fekélytől való megkülönböztetésére *Kocher*-ék igen megbízhatónak mondják a *Gluzinsky*-próbát; *Anschütz*, *Bier* erélyesen kikeltek azon felfogás ellen, hogy a gyomorfekélyek gyakran rákokká alakulnának át, szerintök ez, csak igen ritkán történik meg; *Kümmel* hasonló nézetet vallott. A technikai kérdések fejtegetése alkalmával kiderült, hogy úgy az elülső, mint a hátulsó gastroenterostomiának vannak hívei. A circulus vitiosus elkerülésére *Müller* az odavezető kacs felfüggesztését, *Bier* a *Mayo*-féle eljárást, *Kader*, *Exner* a vékonybélkacs antiperistaltikus odavarrását ajánlják. *Reichel*, *Röpke*, *Kümmel* kiemelték azokat a jó functionalis eredményeket, melyeket az oralis gyomorcsonknak a jejunumba való direct end to side implantatiója *(Reichel, Pólya)* ad; *Wilms* a pylorusocclusióra a fasciával, csepleszszel való lekötést ajánlja.

Haudek a Röntgen-diagnosis szerepéről a gyomorműtétek indicatióinak felállításában tartott előadást; a fekély helyének és a fekély által előidézett következményes elváltozásoknak megállapításában épp oly nagy szerep jut a Röntgen-diagnostikának, mint a gyomorrák korai diagnosisában, a mi által a próbalaparotomia is sok esetben nélkülözhetővé válik. Az előadásához fűződött vitában *Röpke* a gyomor levegővel való felfúvás utáni Röntgen-átvilágításának jelentőségéről beszélt, a minek veszélyeire *Steinthal* mutatott rá; *Borchardt* friss fekélyesedések esetén a bismuthpéptől látott kárt, míg *Siegel* eseteket hoz fel, a hol, ha a Röntgen-diagnosisra adtak volna, nem operáltak volna és a hol a műtét alkalmával könnyen eltávolítható rákot találtak.

Schnitzler a fedett gyomorfekélyperforatiókról szólva, azon conclusióra jut, hogy a májba, pankreasba, elülső hasfalba penetráló fekélyek mind acut perforatiók révén keletkeztek, melyekhez az illető képlet odafeküdt. *Payr* ezt az álláspontot tarhatatlannak jelzi, különösen a pankreasba hatoló fekélyekre nézve. *Haberer* carcinoma okozta gyomorvolvulus egy esetéről, *Jenckel* impermeabilis oesophagus-szűkületnek electrolysis utáni javulásáról számolt be. *Rosenstein* egy nőbeteget mutatott be, kin 5 hóval előbb *Eck*-féle fistulát készitett; a műtét jó hatása a betegen, kinek ascitese megvolt és a ki igen gyöngének látszott, nem mutatkozott. Az előadás kapcsán *Kausch* a *Talma*-féle műtét modificatiójáról (cseplesz és májfelület bekenése jodtincturával), *Franke* és *Evler* az ascites subcutan drainageáról szóltak. *Guleke* a chronikus pankreatitis diagnostikáját és therapiáját fejtegette, *Müller* egy pankreasechinococcus-esetről számolt be. *Stubenrauch* a léppregeneratio és a léppótlás különböző módjait vázolta. *Sprengel* egy a vékonybélben levő hajcsomót távolított el bélresectióval (exitus); hasonló hajcsomó által okozott béldaganatról számolt be *Caro*; *Meisel* egy nagy hasfali desmoid eltávolításáról, *Glücksmann* egy a bronchusból Röntgen-ernyő előtt bronchoskoppal szerencsésen eltávolított czeruzahüvelyről referált.

A délutáni ülésben, melyben *Angerer*-t választották meg a társaság jövő évi elnökének, *Heile* és *Boit* az appendicitis pathogenesisére vonatkozó kisérleteikről számoltak be, melyekben meglehetősen ellentétes eredményekre jutottak, a mennyiben első szerint a pangás + rothadás, a másik szerint pedig a bacteriumok virulentiájának foka döntő a keletkezett appendicitis súlyosságára nézve. *Melchior* számadatai, melyekkel az appendicitis familiaris természetét igyekezett bizonyítani, kevéssé meggyőzők voltak, a mint ezt *Sprengel* a vita folyamán ki is emelte. *Salzer* előadása a pneumococcus-peritonitisről, mely abban kulminált, hogy az operatióval lehetőleg várakozzunk, élénk ellentmondást keltett. *Spitzy* és *Sprengel* a korai műtét mellett szóltak, míg *Fromme* a conservativ álláspontot képviselte.

Haim a peritonitis bakteriologiájának jelentőségéről szólt, főleg irodalmi tanulmányok alapján.

Goepel a sacroabdominalis végbélkiirtás technikáját ecsetelte, melylyel igazán kiváló eredményeket ért el, a mint

azt hozzászólásában *Payr* is hangsúlyozta. *Rotter* saját technikáját adta elő és kiemelte, hogy azon esetek, melyek kombinált eljárásra szorulnak, rendszerint nem gyógyulnak tartósan. *Pólya* egy műfogását ismertette, mely lehetővé teszi, hogy magasan ülő rákokat is sacralis úton távolítsunk el és ezáltal a beteget a laparotomia veszélyeitől megkiméljük.

Finsterer a volvulus flexurae sigmoideae műtéti gyógyításáról szólt. Az egyszerű detorsio és a colopexia nem ad tartós eredményeket; sokkal czélszerűbb a resectio, melyet életképes bél esetében 1, elhalt bél esetében 2 szakaszban végez. *Sprengel* is a resectio híve, míg *Borchardt* a vastagbél kiiktatását coecosigmostomiával ajánlja.

Müller acut colitis ulcerosa praeparatumát mutatja be; a vastagbélfekélyek elvérzés által vezettek halálra. A discussióban *Körte*, *Rotter* colitis miatt végzett vastagbélresectiókról számoltak be; a tünetek, melyek miatt beavatkoztak, appendicitisre, ileusra emlékeztettek. *Anschütz* néhány esetét hozza fel, a hol gyomorműtétek után támadt letalis colitis ulcerosa.

Az utolsó nap a vesevitával kezdődött. A vitát *Kümmel* szép előadása vezette be a nephritisek sebészi gyógyításáról. Az acut nephritisek közül az acut vesegenyedés feltétlen operálandó, a conservativ műtétnek (nephrectomia) előnyt ad a vesekiirtás felett; más toxikus és infectiosus acut nephritisek, eclampsia esetén szintén szóba jő a vese felhasítása. Ha a chronikus nephritis fájdalmakkal, vérzéssel jár, a műtét indikált, legjobb a decapsulatio, aztán jön a nephrotomia; súlyos vérzés esetleg vesekiirtást tehet szükségessé. Chronikus nephritisek által okozott uraemia és anuria esetében is a műtéttől többször látott hasznot.

Ritter egy septikus tünetekkel járó acut nephritis esetéről számolt be, a hol a *nem genyes* vese incisiója gyógyulást hozott. *Israel*, *Anschütz*, *Schlange* is ajánlják acut veseinfectiók esetében a műtétet. Chronikus nephritis által okozott fájdalmak és vérzések esetében *Israel* jobbnak tartja a nephrotomiát a decapsulatiónál. A chronikus Bright-kór miatt végzett műtétekkel szemben igen skeptikus.

Renner a boroszlói klinika veseműtéteinek statisztikájáról, *Ritter* a vesevena lekötésére nézve végzett kisérleteiről (a mivel a vesetuberculosis gyógyítását szándékolja), *Voelcker* a hydro- és pyonephrosisok beosztásáról és pathogenesiséről tartottak előadást.

Seidel a spontán vesekörüli vérzések anatomiai formáiról, okairól (kő, arteriosklerosis, daganat, cysta), klinikai jelenségeiről és therapiájáról (feltárás és tamponád, súlyos veseelváltozás esetén vesekiirtás) tartott előadást. *Körte*, *Schlichting*, *Beck*, *Goldner*, *Pagenstecher*, *Franke* hasonló észleletekről számoltak be. *Haberer* és *Ranz* egy-egy esetük kapcsán a nephrotomia utáni utóvérzésekről szóltak. *Voelcker* az ondóhólyagok sebészetéről tartott előadást és beszámolt anatomiai tanulmányairól, melyek alapján az ondóhólyag megközelítésére egy műtéti methodust dolgozott ki. *Posner* és *Colmers* a kis medencze localanaesthesiájára vonatkozó eljárásaikat ismertették és indokolták meg. *Exner* egy esete kapcsán a perinealis herniák keletkezéséről és elzárásáról tartott előadást. *Pólya* a lágyéksérvrecidivák okait és az ezek elkerülésére vezető műtéti elveket ismertette. A vitában *Schloffer* szintén a rectus mobilisatióját ajánlotta a lágyék-csatornabeli defectus elzárására; oly esetekben, a hol ez nem lehetséges, a tartós gyógyulás kilátásai rosszak. *Grüner* a rectushüvelyből készít lebenyt a lágyékcsatorna elzárására. *Nötzel* az ondózsinór mellett visszamaradt zsírlebenyek, *Finsterer* a műtét utáni hányás jelentőségét fejtegeti a recidiva keletkezése szempontjából. *Kocher*, *Spitzy*, *Seefisch* a *Kocher*-féle sérvműtét előnyeit hangoztatják, míg *Kausch* a *Bassini*-műtét híve és a *Kocher*-féle műtétet még gyermekherniák esetében sem tartja jónak. *Steinmann* a hiányzó Poupart-szalagot a fascia latából pótolja.

Klapp a thorax operativ tágítását czélzó kisérleteiről számolt be, *de Quervain* a n. recurrensnek és az epitheltestecseknek strumaműtétek alatti megkiméléséről beszélt. Legfontosabb ajánlata e tekintetben az, hogy az a. thyreoidea inferiort lehető centralisan és pedig ha lehet, még a struma kiluxálása előtt kössük le és a hátulsó strumatokot azon a területen, mely a nervus recurrens és az epitheltestecsekkel viszonyban állhat, hagyjuk vissza. Az epitheltest érellátását nem kell félteni. Ezzel szemben *Kocher* óva int mindkét inferior lekötésétől és *Krecke* is azt ajánlja, hogy a thyreoidea inferiort ne kössük le, épp azért, hogy az epitheltestecsek táplálkozása ne szenvedjen.

A délutáni ülés tárgyaiból, melyen a végtagok sebészete került sorra, *Sprengel* előadása a coxa varáról és *Payr*-é a merev térdizületek operativ mobilizálásáról emelkedett ki. *Sprengel* a coxa vara kezelésében a véres beavatkozást elhagyta és narcosisban való redresszálással és a contracturának húzással (újabban szögextensióval) való megszüntetésével igazán szép eredményeket ért el; 3 bemutatott betegén valóban kiváló functioképességet láttunk. A discussióban *Müller*, *Drehmann* saját tapasztalataik alapján erősítik meg a *Sprengel*-féle eljárás jóságát. *Payr* 12 esetről számolt be. A megbetegedett izületi elemek teljes kiirtása után a fascia lata egy széles lebenyét implantálja az izületbe; eleinte erős extensióval tartja egymástól távol az izületvégeket és csak aztán kezd meg kitartó mechanikai kezelést. A discussióban *Wilmanns*, *Denk*, *Franke*, *Bier* emlékeznek fascia-, illetve fasciaizomlebenyeknek az izületi végek közé való lefektetésével mobilizált izületekről és különösen *Bier* emlit kiváló functionalis eredményeket. *Grune* a czombfracturák *Bardenheuer*-féle kezelésének egy modificatióját mutatja be: *Heusner*, *Vorschütz*, *Lauenstein*, *Fischer Ernő* is különféle törések kezelésére alkalmas síneket mutattak be. *Hirschel* a felső végtag műtéteinél a plexus brachialist anaesthetizálja, *Kulenkampff* hasonló eljárásról és *Finsterer* ezzel elért jó eredményekről számol be. *Röpke* a habitualis vállficzam műtétéről, *Denk* a térd teljes kiirtásának egy új módjáról, *Paetzold* pedig egy súlyos nyilt könyökficzam esetében conservativ eljárással elért gyógyulásról tartottak előadást. *P.*

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Hangszalag-hűdés esetét ismertette *Kretschmann* a magdeburgi orvosegylet január 18.-án tartott ülésén. Az évek óta fennállott esetben a Brünings ajánlotta eljárást használta, vagyis paraffin-befecskendezést a hűdött hangszalagba. 3 befecskendezést végzett 0·3—0·3 cm³ parafinnal 8 napos időközökben a hűdött hangszalag elülső, középső és hátulsó részébe, lehetőleg latearlisan. Az eredmény nagyon kedvező volt, a mennyiben a hangtalan egyén jelenleg hangosan tud beszélni, a lélekzéspazarlás megszűnt s az általános állapot javult. A befecskendezéseket autoskopiás úton végezte a *Brünings*-féle instrumentariummal.

PÁLYÁZATOK.

277/912.

A Biharvármegyei közkórház elmebeteg-osztályán egy **segédorvosi állás** van üresedésben, melynek évi javadalmazása: 1400 korona készpénz, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Felhívom a pályázni akaró orvos urakat, hogy okmányaikkal felszerelt s Biharvármegye főispánja, méltóságos *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz intézett pályázati kérvényüket **julius hó 5. napjáig** hozzám küldjék be.

Nagyvárad, 1912 junius 20.

Fráter Imre dr, igazgató-főorvos.

9276/912.

A nyugdíjazás folytán megüresedett mocsi **járási tiszti orvosi állásra,** melynek javadalmazása 2000 korona törzsfizetés, 450 korona lakáspénz és 600 korona utiátalány, pályázatot hirdetek.

A pályázati kérés, mely felszerelendő az 1883. I. t.-cz.-ben körülírt minősitést igazoló okmányokkal, méltóságos gróf *Esterházy Kálmán* főispán úrhoz czímezve, alulirotthoz **f. évi julius hó 10.-éig** nyujtandó be. Az állás f. évi augusztus hó 1.-éig feltétlenül elfoglalandó.

Kolozsvár, 1912 junius 25.

Alispán hivatalból távol: *Csiszár*, főjegyző.

A szombathelyi m. kir. bábaképző-intézetnél 1912. évi augusztus 1.-én betöltendő, 1400 korona fizetéssel, teljes ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állásra csak a kötelező kórházi gyakorlatot eltöltött orvostudorok pályázhatnak. A folyamodványok benyujtásának **határideje julius 15.**

Szombathely, 1912 junius 24.

Reismann Adolf dr., igazgató-tanár.

638/912.

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati és sebészeti osztályain **egy-egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: egyenkint 1200 1200 korona évi fizetés, lakás, fütés-világítással és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi julius hó 11.-éig** küldjék be.

Gyula, 1912 junius hó 24.-én.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

3851. szám.

Aradvármegye kisjenői járásában fekvő Alsó- és Felsősimánd községekből alakított, 5200 lelket számláló alsósimándi egészségügyi körben a **körorvosi állás** üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kivánó orvostudor urakat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s esetleges eddigi szolgálatukat igazoló, okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 1.-éig** nyujtsák be.

Javadalmazás: 1. 1600 korona törzsfizetés és 800 koronáig terjedhető 200–200 koronás ötödéves korpótlék.

2. 400 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási, rendelési, halottkémlési és műtéti díjak. Szegények díjtalanul kezelendők.

A zarándi körörvosi állás betöltéséig e körbeli községeket szintén az alsósimándi körorvos tartozik ellátni.

Kisjenő, 1912. évi junius 24.-én.

A főszolgabiró.

2123/1912. szám.

A zágoni **körorvosi állás** megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

A kör Zágon székhelylyel 7 községből áll, mely községek két hetenkint beutazandók.

Javadalmazás 1600 kor. fizetés, 1000 kor. útiátalány és 600 kor. lakbér

Kellőleg felszerelt kérvények **folyó év szeptember 5.-éig** alulirotthoz nyujtandók be.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Kovásznán, 1912 június hó 15.

A főszolgabiró

2306/1912.

Jásznagykunszolnok megyei jászsági alsó járásban Nagykörü községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással évi 1600 korona fizetés és természetbeni lakás jár, mely áll 4 szoba, előszoba, rendelőszoba és mellékhelyiségekből.

Látogatási díjak, hússzemle és halottkémlési díjak szabályrendeletileg vannak megállapítva.

Megjegyzem, hogy Nagykörü község vagyonos, értelmes lakossággal bir, mely az orvosi segélyt azonnal igénybe veszi.

Pályázati határidőül **folyó évi julius hó 15. napját** tűzöm ki, mely idő után beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Felkérem pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz a fenti határidőig terjeszszék be.

Jászapáti, 1912 junius 15.

Cseh József, főszolgabiró.

1593/1912. szám.

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 koronás ötödéves korpótlék, 700 korona fuvarátalány, 450 korona lakbér (a körorvosi lakás építésének ügye folyamatban, ideiglenes 3 szobás lakásról gondoskodva van), 1000 korona helyi pótlék, a trachomások kezeléséért évi 400 korona tiszteletdíj, a Ratkó nagyközségben teljesitendő halottkémlésért pedig évi 16 m^3 tűzifa házhoz szállítva, a mit azonban a nagyközség kivánatra pénzben megvált.

A közegészségügyi kör székhelye Ratkó, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket igazoló s okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 1.-éig** annál inkább adják be, mert elkésetten beérkezetteket figyelembe nem veszek.

A választás megejtésére határidőt a pályázati határidő elteltével fogok kitűzni.

Ratkó, 1912 június hó 6.

Madarassy, főszolgabiró.

2863/1912. eln.

A városi „Erzsébet"-közkórház szemészeti osztályán megüresedett **alorvosi állásra** 1912. évi márczius hó 20.-i kelettel 1451/1912. eln. sz. a. kibocsátott és a 2052/1912. eln. sz. a. meghosszabbitott pályázati hirdetmény határidejét **1912. évi julius hó 10. napjának délutáni 5 órájáig** meghosszabbitom.

Tájékozásul ez alkalommal is közlöm, hogy ezen állás — mely ideiglenes jellegü s a kinevezés egyelőre 2 évi időtartamra szól — évi 1500 korona fizetéssel, I. oszt kórházi élelmezéssel s egy elő-, egy fürdő- és egy lakószobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitással van egybekötve.

Hódmezővásárhelyen, 1912. évi junius hó 15.-én.

Juhász, kir. tanácsos, polgármester.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MEDIC. UNIV. DR. PETŐ JÁNOS

rheumás-, izületi betegségek, gyógygymnastika, massage s szivbántalmak szakorvosa.

Nyáron: Balatonfüred. ⊡ Télen: Budapest, VI., Váczi-körút 31. I.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ Vasmegyében.

(A magyar Franzensbad.)

SPECZIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐK.

Hidegvizgyógyintézet. Világhirű **vaslápja** a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit is jóval felülmulja és hazánkban a legjobb. **Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas** és **lithion**-tartalmú **alkalikus sós** források. Páratlan gyógyhatású: **vérszegénység, csúz, hugysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hurutos bántalmai** ellen. Fürdőorvosok: **dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd** és **dr. Glück Gyula. Évad május 26.-tól szeptember 15.-ig, esetleg végéig.** Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Közvetlen vasúti kocsiközlekedés „Tarcsa-fürdő" felirattal. Villanyvilágitás, fenyvesek. Kivánatra prospectus.