56. évfolyam. 40. szám. Budapest, 1912 október 6.

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.

Scharl Pál: Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) A tüdőtuberculosis kezelése mesterséges pneumothorax-szal. 731. lap.

Galambos Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tan.) A normalis qualitativ vérképről. 736. lap.

Weisz Ferencz: Cystoskopiás tévedések. 741. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Pappenheim*: Grundriss der hämatologischen Diagnostik und praktischen Blutuntersuchung. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. T. Stuart Hart*: „Acidosis-index". — *E. H. Goodmann*: Pneumoniában a vizelet útján kiválasztott vas mennyisége. — *Schaumann*: Anaemia perniciosa. — *Sebészet. A. Wagner:* Retroperitonealis haematomák. — *Bier:* Localanaesthesiában végzett trepanatiók. — *Szülészet és nőorvostan. Bröse*: A hasüregben szétömlött vér káros volta. — *Gyermekorvostan. Aviragnet, Bloch-Michel* és *Dorlencourt:* A száraz tejnek használata a csecsemőtáplálásban. — *Goldreich*: A lappangó öröklött bujakór klinikai kórjelzése. — *Hügyszervi betegségek. Kobelt*: Stricturakezelés hyperaemiát előidéző húgycsőszondákkal. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Neunkirch*: Izületcsúz. — Hexal. — *Allport*: Tizenkét éve fennállott glossitis ulcerosa. — *O. Nitze*: Santyl. — *Richter*: Ervasin. — *Schnée*: Fermocyl-tabletták. 742—745. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja — Budapesti orvosi ujság. 746. lap.

Vegyes hirek. 746—747. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.)

A tüdőtuberculosis kezelése mesterséges pneumothorax-szal.*

Irta: *Scharl Pál* dr., igazgató-főorvos.

Régi klinikai tapasztalat, hogy az egyik tüdőfél huzamosabb ideig tartó mozdulatlansága, akár mellüri folyadék-, akár levegő-felhalmozódás okozza azt, a másik tüdőfél jó állapota mellett, kedvezően befolyásolja az összenyomott tüdő gümős folyamatát.

Ezen kedvező hatását a tüdőfél immobilizálásának igyekeztek művileg előállítani azok, kik legelőször alkalmazták a mesterséges légmell készítését.

A kezelés alapelvei már régebben ismeretesek, szélesebb körben azonban csak azóta nyer alkalmazást, mióta *Forlanini* és iskolája, valamint *Brauer* és mások nagyobb számú esetet közöltek. A kérdés kisérleti részét *Brauer* tanitványai szabatos kisérletekkel minden oldalról megvilágitották és éppen ennek tulajdonitható, hogy ma már szűnőfélben van az orvosok félelme a légmell mesterséges előállítását illetőleg.

Brauer érdeme, hogy a légmell készitésének technikáját oly módon sikerült kifejlesztenie, hogy az egész eljárás, a szabályok pontos betartása mellett, teljesen veszélytelen.

A kezelés lényege abban áll, hogy a megbetegedett tüdőfelet a légzésből bizonyos időre kizárjuk.

A beteg tüdőfélnek kikapcsolása oly módon történik, hogy a megbetegedett mellkasfél mellhártyalemezei közé N-t bocsájtunk be és ezáltal a beteg tüdőfél „collapsusát" (összeesését), illetőleg „compressióját" (összenyomását) idézzük elő. A gyógyitás szempontjából nem közömbös, hogy collapsust vagy compressiót sikerül-e elérnünk. Előre bocsájtom ezt, mert az egész eljárást a német szerzőknél hol mint „Kollapstherapie", hol mint „Kompressionstherapie" találjuk megnevezve.

Az intézetünkben alkalmazott műtéti eljárásunk részleteit *Lobmayer* ismertette és igy csak azt emlitem, hogy a *Brauer*-féle metszéses eljárással feltárt mellhártya mellett készitettük a mesterséges légmellet, mindenkor altatás nélkül, helybeli érzéstelenitéssel. A szokásos 0·01 gr. morphiumot, melyet a pleuralis shock megelőzése czéljából ajánlanak műtét előtt, teljesen elhagytuk. Pleuralis shockot 46 műtétünk és kb. 400 utántöltésünk alatt egyszer sem észleltünk. Czélszerűtlen a morphium adagolása a köhögési inger lefokozása miatt, mert köpetpangást okozhat, mely közvetlenül a műtét után rövidlélekzetűséget és kellemetlen, nyugtalanító érzést okoz. A műtét töltéssel együtt alig tart egy negyed óránál tovább.

A metszéses eljárásnál egyszerűbb szúrással behatolni a mellhártyaürbe, *Forlanini* szerint, de mivel e módszer alkalmazása esetén a légembolia nem zárható ki, sohasem alkalmaztuk. A metszéses eljárás teljes biztonságot nyujt a légembolia nagy veszélyével szemben, tehát feltétlenül előnyben részesitendő minden oly eljárással szemben, melynél a pleura átszúrása és a N bevitele a mélyben a szem ellenőrzése nélkül történik.

A műtét absolute veszélytelen és ha a mesterséges légmell készitése javalt, akkor a műtéti eljárás maga (mint beavatkozás) ellenjavalat sohasem lehet.

A mesterséges légmell készitésének feltétele, hogy a mellhártyarés egészben, vagy legalább részben szabad, összenövésmentes legyen a N befogadására, a melylyel a beteg tüdőfelet össze akarjuk nyomni.

Műtét előtt az összenövések helyét nem tudjuk meghatározni és azok kiterjedését sem tudjuk megbecsülni.

Még vissza fogok térni a mellhártya- összenövések kórjelzésére a röntgenezés kapcsán és igy csak előre bocsátom,

* Az Orvosegyesületben tartott előadás.

hogy gümős tüdőkben teljesen szabad mellhártyaürt a legritkább esetben találunk, tehát csak ritkán számíthatunk arra, hogy teljesen sikerülni fog a beteg tüdőfélnek összenyomása. 46 eset közül 40-ben csúcsösszenövést találtam. A mellhártya lemezeit igen gyakran összenőve találjuk a tüdő alapján is, a rekesznek gerinczoszlopi harmadának megfelelően. Gyakoriság tekintetében ezen elhelyeződése az összenövésnek második helyen áll. Közelfekvő volna az a kérdés, hogy milyen eljárással szabadíthatnók fel a tüdőt az összenövések alól. Többféle kisérlet történt arra nézve, hogy a nagy nyomással bevitt N szakítsa fel ezeket az összenövéseket. Nem tagadható, hogy egészen laza összenövések ezen eljárással elválaszthatók, bizonyos azonban, hogy az esetek túlnyomó többségében az összenövések felszakítása a töltésnél használt nyomásnál nagyobb erőt igényel. Minél több nitrogent tudunk a töltések folyamán a mellhártyaürbe bevinni, annál inkább nyomja a N a tüdőt a gerinczoszlop felé és annál inkább eltávolítja a két mellhártyalemezt egymástól, de ez semmi esetre sem jelentheti az összenövések szétszakítását.

Holmgren ajánlotta, hogy NaCl-oldatnak a befecskendezése által a mellhártya-összenövések oedemáját idézzük elő és ebbe szúrva bele, kiséreljük meg a N-hólyag létesítését. Megkiséreltük ezt az eljárást, de minthogy eredményre sohasem vezetett, nem tartom ajánlatosnak.

Az N-bevitelnek legközvetlenebb következése, hogy az összenyomott tüdőfél nem vesz részt a légzésben és a másik tüdőfélre hárul az egész szervezetnek levegővel való ellátása. A beavatkozás eredménye tehát az lesz, hogy az egyik tüdőfelet kikapcsolva a légzésből, a másik tüdőfelet a rendes légzés alkalmával lényegesen fokozottabb mértékben veszszük igénybe. *Brauer* a gyógyítás javalatának felállítását ezen két tényező szemmeltartásával oly módon határozta meg, hogy súlyos, előrehaladott egyoldali megbetegedésekben, midőn a másik tüdőfél viszonylag, legalább gyakorlati szempontból, ép, alkalmazta eljárását. A javalatnak ezen felállítása csak nagy általánosságban követhető, a mennyiben a tüdőgümőkór klinikai lefolyását azon kifejezés, hogy „súlyos, előrehaladott", illetőleg: „relative, gyakorlati szempontból ép" egyáltalán nem határozza meg. A javalat szempontjából a tüdő összenyomásos gyógyítása, mint az eddigiekből is látszik, különbözik a többi gyógyító eljárásunktól, mert míg a legtöbb gyógyító beavatkozás a kezdeti szakban levő esetekre alkalmazható legnagyobb sikerrel, addig ezen gyógyítómódot a kiterjedt szétcsészéssel járó esetek részére alkották.

Kiemelendőnek tartom ezt, mert a gyógyeredmények elbirálásakor más mértéket kell alkalmaznunk és különös tekintettel kell lennünk azon körülményre, hogy az esetek túlnyomó többségében méreggel elárasztott szervezettel állunk szemben, melynek életfontosságú szervei másodlagos elváltozások folytán (ha ezek objective talán nem is mutathatók ki) működéseik tekintetében kisebb értékűek.

Az irodalomban eddig közölt több száz eset részletes áttanulmányozása nyomós bizonyítékát adja azon ismert ténynek, hogy a mesterséges légmell javalatának felállításakor mennyire nélkülözzük a tüdőgümőkór egységes beosztását. A physicalis elváltozások nem szolgálhatnak a beosztás alapjául és alig adnak támpontot a kórjóslat felállítására. Megemlítendőnek tartottam ezt, mert *Brauer* eljárását a „súlyos" esetek részére tartja fenn. A „súlyos" kifejezés ebben az esetben elsősorban az egyik tüdőfél tüdőleletére kell hogy vonatkozzék és más kérdés, hogy a kórjóslatra is kell-e vonatkoztatnunk. Ha szem előtt tartjuk azt a közismert tényt, hogy a legsúlyosabb tüdőgümőkór a legrosszabb körülmények között spontán is megállapodhatik, akkor előttünk állnak azok a nehézségek, melyekkel a tárgyilagos bírálatnak meg kell küzdeni, midőn az eljárásra alkalmas esetek kiválasztása és a gyógyeredmények értékelése felől kell nyilatkoznunk.

A javalat felállításakor a tüdőleletet illetőleg álláspontunk a következő: a kezelés körébe vonhatók mindazon esetek, a melyekben az egész tüdőfélre kiterjedt széteső gümős folyamat mellett a másik tüdőfélben activ gócz nem mutatható ki. Egy lebenyre, vagy ennél is kisebb területre szorítkozó activ, széteső jellegű folyamatok eseteiben, ha más kezeléssel nem befolyásolhatók, vagy a külső körülmények (társadalmi vagy anyagi helyzet) más kezelést kizárnak.

A *Brauer*-féle javalat kiszélesítése által a gyógyeredmények csak javulhatnak, mert jobb állapotban levő szervezetek kerülnek majd a kezelés keretébe. Különösen azt ajánlanám, hogy makacs, szétesésre hajló, még körülírt góczok esetén is alkalmazzuk a pneumothoraxos kezelést, mert az ilyen góczok állandó fenyegető veszedelmével szemben a szervezetet lehetőleg meg kell óvnunk.

Forlanini vizsgálataiból kitűnik, hogy az összenyomott tüdő, ha ismét kitágul, működésképes, sőt több ízben is összenyomható, ha nincsen összenövés. Ezt azért említem, mert ha a javalatot így kiterjesztjük, akkor abba a helyzetbe kerülünk, hogy egy vagy két lebenynyi működésképes ép tüdőt fogunk összenyomni, a mitől érthetőleg idegenkednünk kellett mindaddig, míg nem voltak tapasztalatok arra nézve, hogy a tüdő tétlensége és összenyomása bizonyos időhatárokon túl nem káros-e a tüdőre?

A kezelés bármikor megszakítható, sőt a N eltávolítása sem ütközik nehézségbe, ha arra bármi okból szükség volna.

Kérdés még, hogy kell-e különbséget tenni a folyamat kórbonczolástani természetét illetőleg, a javalat felállításakor. Eddigi tapasztalataim alapján erre nézve positiv választ nem adhatok. Természetes, hogy jelentékenyebb tömörüléssel járó folyamat esetén a tüdő nehezebben nyomható össze, mint friss, inkább hurutos tüneteket okozó góczok esetén. A tömörség, illetőleg az összenyomhatóság fokát azonban csak a kezelés folyamán fogjuk megállapíthatni.

Az én tapasztalataim is támogatják azt a több oldalról hangoztatott nézetet, hogy a javalat ne csupán a rossz kórjóslatú esetekre szorítkozzék. Nem szabad elfelejtenünk t. i., hogy a légmell-kezelés nem oki gyógyítás, reactióképes, viszonylag jó állapotban lévő szervezetet igényel, kielégítő szívműködéssel. Külön is hangsúlyozni kivánom, hogy a kielégítő szívműködés és a szervezet reactióképessége, a tüdő megfelelő állapotán kívül, a műtét elengedhetetlen feltétele.

A légzési mechanismus megváltozása a légmell létesítése után befolyásolja a vérkeringési viszonyokat és elsősorban a jobb szivet. A tüdőfél kikapcsolása folytán megkisebbített felületen történik a gázcsere, tehát természetszerűleg a jobb szívre munkatöbblet hárul. *Bruns* állatkisérletek útján kideritette, hogy a mesterséges légmell eseteiben jelentkező jobbszívtágulásnak nem a N által a szívre és az endothoracalis gyüjtőerekre gyakorolt nyomás az oka, hanem a tüdő összeesése és a tüdő hajszálereinek megszükülése folytán bekövetkező megkisebbedése az áramterületnek.

A szív munkáját lényegesen megkönnyíti a tüdő szívó hatása, a mely a levegővel egyidejűleg vért is szív a mellkasba.

Minden tényező, a mely a tüdő légcseréjét huzamos időn keresztül gátolja, munkatöbbletet okoz a jobb szívnek és túltengésre vezet. *Bruns* mesterséges légmelles kutyáin a jobb kamara gyarapodott, úgy a pihenő, mint a megdolgoztatott állatokban, viszont a bal kamara az állandó légmell hatása alatt sem mutatott túltengést.

Nem szabad számításon kívül hagynunk, hogy gümősen mérgezett szervezettel állunk szemben, a melyben a toxinok kisebb-nagyobb mértékben már megkárosították a szív izomzatát. A szív-munkatöbbletnek hatása a legfeltűnőbben a kezelés kezdetén jut kifejezésre, midőn az érlökés minősége súlyosan mérgezett szervezet esetén romlik. Ha az érlökés a légmell fennállásának 2.—3. hetében sem nyeri vissza a műtét előtti minőségét, akkor a légmell fentartásától ell kell állnunk.

A légmell-kezelés sikerének igen fontos feltétele a mediastinum ellenállása, a melyre nézve azonban csak a kezelés folyamán nyerünk felvilágosítást. Engedékeny mediastinum mellett a szív áttolása és az ép tüdőre gyakorolt nyomás gátlólag befolyásolhatja a tüdő lélekző mozgását, tehát a mellett, hogy légszomjat okoz, szaporítja a jobb szív munkáját.

Nitsch vizsgálatai teljes magyarázatát adják a mediastinum viselkedésének a légmell hatása alatt.

Tudjuk, hogy ha légmell vagy mellhártyaizzadmány fokozza az intrapleuralis nyomást, a rekesz kúpja lelapul, és ha a nyomás nem túlmagas, a rekesz mintegy elernyed és a hozzá rögzített mediastinummal egyetemben az ép oldal felé tolatik. Ha, mint eseteinkben, légmell van jelen, akkor a nyomástól függőleg az egész mediastinum a két (felső és alsó) rögzítő pontján belül ívalakúlag áttolódik az ép oldalra. A szív elhelyeződése pedig attól függ leginkább, hogy a rekesz mennyire rögzített, továbbá a nagy erek elhelyeződésétől és ugyancsak a rögzített voltuktól. A mediastinum engedékenységét a mellhártya ellazulása befolyásolja, különösen, ha acut lob áll fenn és ha ennek következtében engedékenynyé válik. Heveny lob esetében tehát a mellhártya engedékenysége fokozódik és a mediastinum áttolását elősegíti. *Brauer* és *Bruns* vizsgálatai kideritették, hogy ha a mellhártyák épek, nagy positiv nyomás mellett sem észlelhető kifejezett légszomj, mert a gátorlemezeket fedő ép mellhártya ellensúlyozni bírja a positiv nyomást és így a másik tüdő működésképessége nem szenved. Ha a mellhártya lobosan ellazult, akkor ugyanolyan léghólyag daczára, mely ép pleura esetén positiv nyomást okoz, a nyomás negativ marad, mert a mellhártya ellenállása csökkent. Ennek ellenkezőjét észleljük, ha a mellhártya felrakódások, vagy a mediastinum zsírlerakódás és lobosodás utáni hegesedés miatt merevvé válik.

Ez a magyarázata, hogy légmell esetében olyan különbözők a nyomási viszonyok. Előre bocsátom ezt, mert az absolut nyomásértékeket illetőleg nem járhatunk el sémásan. Az optimumot minden esetben töltésenként kell megállapítani. A gyógyeredmény szempontjából határozott összefüggést a positiv nyomásérték magasságára nézve nem sikerült megállapítanom. A nagy positiv nyomást lehetőség szerint kerültem és erre nézve a beteg bemondása az egyedül mérvadó körülmény. Ha a beteg a töltés alatt nyomást vagy feszülést érezett, vagy légszomjról panaszkodott, a töltést azonnal abbahagytam, tekintet nélkül a mellürben lévő nyomásra. A legeredményesebben kezelt eseteim között vannak olyanok, melyekben a töltés utáni nyomás, erőltetett kilégzés mellett, sohasem haladta meg az 5 mm. Hg-nyomást; sőt két igen sikeres esetemben mindvégig negativ maradt a nyomás belégzéskor és kilégzéskor is, csak elvétve észleltem 2—3 mm. positiv nyomást. 10 mm.-nél nagyobb kilégzési nyomás nemcsak felesleges, de a szívre nézve, különösen merev mediastinum mellett, károsnak is mutatkozott.

Helyesen adagolt légmell esetén légszomjnak nem szabad mutatkoznia. Ha az első töltések után jelentkezik néha, 2—3 napnál tovább nem szabad tartani, mert az állandó légszomj annak a jele, hogy a légmellben a nyomási viszonyok minden valószínűség szerint a töltéskor való túllépés folytán nem megfelelők. Megjegyzendő azonban, hogy állandó légszomj előfordul biztosan túlságba nem hajtott nyomás esetén is és jelzi ilyenkor azt, hogy az eset a légmelles kezelésre nem alkalmas.

A mesterséges légmellel kapcsolatosan beálló szövődmények közül a mellhártyaizzadmány a leggyakoribb. Az izzadmány okáról a szerzők eltérőleg nyilatkoznak. Magát a nitrogent okozták a mellhártyagyuladás jelentkezéseért, mások ismét abban keresték a magyarázatot, hogy töltéskor a tű sérti a tüdőt és a tüdőből fertőző anyag került a mellhártyalemezek közé. Az eddig közölt több száz esetben mindenütt megemlékeznek arról, hogy sikerült-e a légmellet mindvégig szárazon tartani vagy izzadmány társult-e a légmellhez.

46 esetemben csak 4 izben észleltem izzadmányt és állíthatom, hogy az izzadmány oka nem a kezelésben keresendő, hanem az eljárás kivitele módjában. Ha a legmesszebb menő figyelemmel sterilezünk és a szúrást illetőleg az alábbiakat tartjuk szem előtt, akkor az izzadmány a legnagyobb valószínűséggel elkerülhető.

Az utántöltéseket mindenkor Röntgen-átvilágítás előzi meg és ha ennek segítségével megállapítottuk azt a helyet, a hol a N-réteg a legvastagabb, akkor azt a helyet pontosan megjelölve, merőlegesen tartott tűvel oly módon hatolunk be, hogy a bőr- és izomréteget lehetőleg gyorsan szúrjuk át és azontúl millimeterről-millimeterre haladva igyekszünk keresztülhatolni a mellhártya külső lemezén. A vázolt szúrási eljárás könnyen elsajátítható, mert a *Brauer*-féle tű kevésbé hegyesre van csiszolva és vastagabb, mint a szokásos próbapunctiós tűk, továbbá a falmellhártya az esetek többségében érezhető ellenállást fejt ki, mely a légmell fennállása idejének arányában fokozódni szokott.

A behatolás alatt a manometer be van kapcsolva és így azonnal észrevehetjük, a midőn gázrétegbe hatol a tű vége. Ezáltal elkerülhető, hogy túlmélyre szúrva, vissza kelljen húzni a tűt, a mely akkor már megsértette a fertőzött tüdőt.

Fontos az izzadmány elkerülése különösen azokban az esetekben, a melyekben a mellhártya lemezei a mellkas alsó részein összenőttek és e miatt elől a felső bordák magasságában kell behatolnunk. Ilyenkor elsősorban a felső lebenyt nyomjuk össze és a N-hólyag a mellkas kupolája alatt gyűlik össze. Ha ezekben az esetekben izzadmány fejlődik, akkor az az összenövések felett gyűl össze és elkerülhetetlenül összenőnek a mellhártya lemezei az eddigi szabad területek legmélyebb pontjain, melyek a N-réteg által legkevésbé vannak szétválasztva. Az összenövés felfelé haladtában maga előtt tolja az izzadmányt és végeredményben teljes összenövés létesül.

A töltéskor használt tűvel kerülni kell minden kutaszolást. Merőlegesen tartva a műszert az egész töltés alatt, lehetőleg mozdulatlanul, egy helyzetben kell annak maradnia, különösen vékony N-réteg mellett, mert ilyenkor a tüdő leginkább van kitéve a megsértés veszélyének és légemboliát idézhetünk elő.

Első eseteim kezelése alkalmával igen gyakran keletkezett bőremphysema. Ez apróbb kellemetlenségeken kívül alig befolyásolja a beteg közérzetét. Fontossággal bir azonban azért, mert befolyásolja az utántöltés időpontját. Mint már az eddigiekből is látjuk, különösen a kezelés kezdetén, midőn még kevés a N-mennyiség, mely a mellhártya lemezei közé bevitetett, azon kell lennünk, hogy az utántöltések által ne csak azt a N-mennyiséget pótoljuk, mely a felszívódás által tűnik el, hanem arra is kell igyekezni, hogy a légmell optimalis nagyságra növeltessék. Ha a N a mellhártya lemezei közül kilépve, bőr alatti emphysemát okoz, nem tölthetjük utána a beteget és annak a veszélynek vagyunk kitéve, hogy nem tudunk a későbbi utántöltéskor oly kiterjedésű és mélységű N-réteget kapni, a melybe veszély nélkül beleszúrhassunk.

Azon esetekben, a melyekben bőremphysema mutatkozott, az utántöltéssel mindaddig várnunk kell, míg az teljesen felszívódik, mert mindaddig nem győződhetünk meg arról, hogy a mellhártya azon helyén, a hol a levegő kilépése történt, a nyílás záródott-e. Azon eseteinkben, a melyekben bőremphysema következett be, mindenkor több szúrást ejtettünk a mellhártyán, legtöbbször azért, mert műtét közben az első behatoláskor a manometer nem mutatott elég nagy kitéréseket, utántöltések alkalmával pedig akkor, midőn a réteg kicsinysége miatt az első szúrással nem tudtunk abba beletalálni. Mint ezekből is látható, kerülni kell a mellhártya ismételt megszúrását egy ülésben. Ha mutatkozik is bőremphysema, csak egy része a N-mennyiségnek kerül ki a mellhártyaürből és rendesen 3—4 nap alatt felszívódik.

A Röntgen-vizsgálat annyira nélkülözhetetlen a mesterséges légmell kezelésében, hogy bővebben óhajtok kitérni azon kérdésre, hogy mennyire van szükségünk a röntgenoskopiára és röntgenographiára a légmell-kezelésben a javalat felállításakor és milyen támpontokat nyujt a légmell kivihetőségének megitélésében.

Alig szorul magyarázatra, hogy a tüdőgümőkór kórjelzésében a Röntgen-vizsgálat egyáltalán nem mellőzhető és így elsősorban a betegebb tüdőfél állapotának megitélésekor nélkülözhetetlen a Röntgen-vizsgálat. De talán még fontosabb, hogy annak a tüdőfélnek az állapota felől legyünk teljesen tájékozva, a melyre a légmell létesítése után a légcsere ter-

hét rójjuk. Ha a hallgatódzás alapján nyert lelet a mellett szól is, hogy heveny folyamatú gócz nincs a túloldalon, épp itt nem szabad elfelejtenünk *Brauer* figyelmeztetését, hogy a tüdőköpeny épsége mellett a tüdő magvában és főleg a hörgőmirigyek tájékán lehetnek olyan góczok, melyek kopogtatás és hallgatódzás útján ki nem mutathatók vagy legalább is könnyen elkerülik a figyelmünket. A Röntgen-vizsgálat és ez esetben főleg a fényképezés igen nagy szolgálatokat tehet e góczok megtalálásában a túloldali tüdőfélben.

A másik szintén igen fontos kérdés a légmell kivihetősége. Ha a javalata az összenyomásos kezelésnek már fel van állítva, a legfontosabb kérdés, hogy van-e a két mellhártyalemez között olyan elég nagy szabad hely, a melybe a gázt bevihessük és hogy ezt hol találjuk meg. E tekintetben legfontosabb a rekesz mozgásának a kérdése. Teljesen szabadon mozgó rekesz nagy valószínűségét nyujta a pleuraür szabad voltának, a rekeszkitérés csökkent voltának vagy hiányának megitélésében már óvatosabbnak kell lennünk. Találtunk ugyanis elég gyakran úgyszólván teljesen szabad mellhártyaürt, alig kimutatható rekeszleszállás mellett, midőn csupán a légmell létesítése után volt látható, hogy a tüdőcsúcs legfelső része van csak odanőve a fali mellhártyához. Ezen esetben tehát, a mi elég gyakori, kis terjedelmű adhaesiv csúcspleuritis elegendő volt a légzési kitérések csökkentésére. A röntgenoskopia a légzési kitérések megitélésére értékesebb, mint a kopogtatas, de végérvényesen nem dönthet, hiszen nem mutatja a korlátozó okot, a mennyiben csúcspleuritis még Röntgen-vizsgálattal sem deríthető ki Biztonsággal erre vonatkozólag is csak annyi mondható, hogy az esetben, ha a beteg oldal kitérései nem maradnak vissza az ép oldal kitérései mögött, vagy a visszamaradás nem haladja meg az époldali kitéréseknek egy harmadát és az alsó lebeny felett árnyék nincsen, a légmell létesíthető. Arra vonatkozólag, hogy mikor teljes az összenövés, vagyis mikor nincsen a szükséges méretű összenövésmentes hely a két mellhártyalemez között, már sokkal inkább valószínűségekre vagyunk csak utalva az esetek nagy számában, erre vonatkozólag már kevésbé van biztos támpontunk.

Eseteim túlnyomó többségében úgy a műtét, mint az utántöltések helyéül a középső hónalj- és lapoczkavonal között az alsó bordák magasságában fekvő tért választottam, mert ezen terület mutatkozott leggyakrabban összenövésmentesnek.

Áttérve eseteimnek ismertetésére, 46 esetről számolhatok be. Nyolcz betegen nem sikerült a pneumothorax létesítése mellhártya-összenövések miatt, hat betegen pedig az első befuvások után derült ki, hogy oly kicsiny az összenövésmentes hely, hogy a kivánt összenyomást nem fogom elérhetni. Kétszer a beteg ellenkezése miatt kellett abbahagyni a kezelést.

Mint már említettem, a műtét kivihetőségének a megitélésekor valószínűségekre vagyunk utalva az esetek többségében és igy azt kell mondanom, hogy bár a sikertelen kisérleteknek arányszáma elég nagy, ezen szám talán a jövőben sem fog csökkenni. Néhányszor, külső körülmények kényszere alatt olyan esetekben is megkiséreltük a légmell létesítését, midőn alig remélhettünk a mellhártya-ürben szabad helyet és mégis sikerült oly nagyságú N-réteg létesítése, mely a kivánt mértékben összenyomta a tüdőt. A beavatkozás oly kevés kellemetlenséggel jár különösen a kezelés kezdetén, hogy az esetleges siker jóval nagyobb nyereséget jelent, mint a milyen koczkázattal a műtét jár.

Harmincz esetben sikerült mnsterséges légmellet létesíteni és hosszabb-rövidebb ideig fentartani. Ezek közül csak néhányat óhajtok vázlatosan közölni, főleg azokat, a melyek különösen alkalmasak voltak nézeteimnek kialakítására.

Említést érdemel egy teljesen infaust kórjóslatú betegünk kórtörténete. Bár a beteg azóta meghalt, a légmell létesítése által sikerült betegségét megállapodásra bírni és ezáltal az életét meghosszabbítani.

I. K. Gy.-né, 22 éves szabónő. Családi terheltség nem deríthető ki. II. gyermek, anyja szoptatta. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Serdülő korában sápadt és sovány volt. 4 éve orbánczot kapott (fején, hátán és a jobb felső végtagján a kéztőig), mely három hétig tartott és azóta nem tudja magát összeszedni. 1910 szeptemberében gravida lett. A terhesség kezdetén keveset hányt, de erőbeli állapota nem rosszabbodott.

1911 májusban szült, a szülés nagyon megviselte, azóta köhög, bő köpete van.

Július 15.-e óta lázasnak érzi magát, rendszertelenül már, néha 39-en felül. Sokat köhög, igen sokat köp. A testsúly fogyását néhány kilóra becsüli.

Status: 42 kg. Habitus phthisicus. Pulsus: 120. Köpetmennyiség naponta: 80—100 cm³-nyi, + bacillaris lelettel. Temperatura állandóan 38 felett. Tüdőlelet: az egész bal tüdő infiltratiója multiplex cavernákkal a felső lebenyben. A jobb kulcs feletti és alatti árok, valamint a tövis feletti tér tompa kopogtatási hangot ad, érdes megnyúlt légzéssel és néhány szörcsöléssel.

A táplálkozás és erőbeli állapot rossz, járni alig tud.

Ezen betegünk, a ki májusban szült, súlyos baloldali cavernás phthisissel, 39-40°-ig terjedő napi hőmérsékletmaximumokkal 2—3 fokos napi ingadozásokkal, bő köpettel (100—120 cm³ 24 óra alatt), rendkívül legyengülve, 120-as érlökéssel, november 1.-én műtétre került.

Javalat: előrehaladó phthisis, infaust kórjóslat.

A műtét kapcsán 2000 cm³ nitrogennel sikerült részleges összenyomást előidézni. A beteg közérzete javult és étvágya fokozódott már 6—8 napon belül és 4 héttel a műtét után, lázcsillapító nélkül, a napi maximumok 37·3—37·4° körül vannak.

Néhány heti nyugalmi szak után ismét lázassá válik, a pulsus romlott, ezért a kezelést abbahagytuk.

A javulás az összenyomás arányában haladt és oly rövidesen a műtét után állott be, hogy a műtét és a javulás közti összefüggés kézenfekvő volt.

II. R. I. 22 éves, morbilli után betegedett meg 5 évvel ezelőtt. Többszöri huzamos sanatoriumi és tuberculin-kezelés daczára állandóan subfebrilis, sokat köp (50-60 cm³-nyit naponta), gyakran köp vért.

A felvételkor, 1910 márczius 12.-én, súlyos elváltozások találtattak a jobb felső és középső lebenyben, továbbá kifejezett beszűrődés a bal kulcs és tövis felett. Három és fél havi sanatoriumi kúra alatt a jobb tüdőfél rosszabbodik, a bal csúcs felett időnként ropogások hallhatók. A beteg atyja kivánja a műtétet, mely június 27.-én megtörténik.

Középnagyságú légmellet sikerült létesíteni, mely 5 hónapig állott fenn és azt eredményezte, hogy vérzést ezen idő alatt nem észleltünk, a tüdőlelet állandó maradt, de a subfebrilitás nem szűnt.

Betegünk elégedetlen az eredménynyel és az 5 hónap óta fennálló légmell fentartását nem kivánja.

Deczember 24.-én távozik a beteg, ekkor már igen vékony rétegű a légmell, a tüdő szépen tágul. A másik oldalon a kulcscsont felett és alatt ropogások és néhány szörtyzörej hallható, míg a légmell fennállása alatt ez a csúcs teljesen inactivnak mutatkozott.

1911 márczius 5.-én visszatér a beteg, a bal oldalon a II. borda alsó széléig tompa a kopogtatási hang, hörgi légzés és számos kis és középhólyagú csengő szörtyölés hallható. Júniusig marad kezelés alatt, mely idő alatt mindkét tüdőbeli folyamat terjed.

Ezen esetemben a légmell fennállása alatt objectiv eredmény nem állapítható meg, mégis megemlítendőnek tartom, hogy a másik tüdő állapota az egész idő alatt változatlanul jó maradt, míg a légmell megszűnése után fellángol és roncsoló jellegűvé válik.

18 esetben a légmell készítése sikerült és az illetők részben jelenleg is kezelés alatt állanak. A legrégibb 16 hónap óta áll nyomás alatt, a legutóbb operáltak kb. 4 hónapja.

Ezen csoport betegein nemcsak az egyik tüdőfél állapota volt súlyos, hanem a kórjóslat általánosságban is igen rossznak volt mondható. 5 esetben, bár az egyik tüdőfél állapota a súlyos széteső cavernás phthisis képét nyujtotta, az erőbeli állapot és a mérgezési tünetek kevésbé kifejezett volta idősült lefolyásra engedett következtetni. Mind a 18 esetben az eredmény legalább jónak mondható. Rövid ideje áll fenn a légmelles kezelés, tartós eredményről még nem számolhatok be, de ha tekintetbe veszszük, hogy súlyos esetekről van szó, melyekben a hosszabb-rövidebb ideig tartó belgyógyászati és sanatoriumi kezelés teljesen eredménytelen volt, akkor az elért eredményt mégsem szabad kicsinyelnünk. A kórlefolyásokat nem részletezhetem egyenként e helyen, a subjectiv és objectiv javulás menetéről épp azért csak néhány szóval emlékezhetem meg.

Ezen csoport betegei egy kivételével lázasan kerültek kezelés alá; a láz csökkent vagy megszünt, a köpet mennyisége csökkent vagy megszűnt, a közérzet kivétel nélkül javult.

Az objectiv lelet kétségtelenül bizonyította azt, hogy az összenyomás és a fennállási idő arányában a szörtyölések csökkentek vagy meg is szűntek.

A III. csoportba tartoznak azok az esetek, melyekben a kezelés már befejezést nyert. Ezen csoport 5 betege közül egy 15 éves leány esetét óhajtom említeni.

Családi terheltség ki nem mutatható, az első gyermek sokat tartózkodott zárt levegőben, megelőző betegségek: scarlatina, pertussis, diphtheria, morbilli.

1911 februárban betegedett meg köhögéssel, többszöri vérköpése volt 1–2 deciliternyi mennyiségben, hőmérsékletei 38 fokig emelkednek, bágyadtnak érzi magát. Néhány hónapot klimás helyen és sanatoriumban töltött. Állapota ezalatt nem változott, állandóan 50–60 cm³-nyi köpetet ürít.

Május 29.-én vétetik fel intézetünkbe. Kiterjedt tüdőgümőkór az egész bal oldalon, cavernával a bal felső lebenyben. A jobb kulcs és tövis felett enyhe tompultság légzési eltérés nélkül. A felső lebenyben lévő cavernán kívül az alsó lebeny beszűrődése számos csengő szörtyzörejjel. A 3 havi sanatoriumi kezelés alatt a láz állandó, a köpetmennyiség kevéssel szaporodik. Az alsó lebeny romlik, a szörtyzörejek szaporodnak, számos búgás és füttyhang hallható.

November 1.-én légmell. 900 cm³ N bevitele után kielégítő N-réteg mellett látható, hogy a tüdőcsúcs elég kiterjedten és a basis a rekesz közepéig le van nőve. 7 töltés után látjuk a tüdőt ívalakúlag kifeszítve, a mediastinum kifejezetten át van tolva a jobb oldalra. A caverna sokkal kisebb, de nem esett össze.

Egy hónappal a kezelés megkezdése után a 8 hó óta fennálló láz teljesen megszűnt, a köpet mennyisége 5–10 cm³, a közérzet kitűnő.

Szörtyzörejek sehol sem hallhatók.

Tekintve az összenövéseket, a caverna további összeesését nem remélhettem, azért a kezelés november 20.-ától kezdve már csupán a légmell fentartására szorítkozott.

Külön említem két betegünket, kikben egyoldali súlyos elváltozás nagymennyiségű folyadékfelhalmozódással szövődött. Ezekben a folyadék lecsapolása után, a tüdők tágulása arányában, hallhatóvá váltak a szörtyölések és az állapot a lecsapolás után mindenkor rosszabbodott. Ezekben a lecsapolt folyadékot nitrogennel pótoltam. Az egyikben ma már csaknem teljesen fel is szívódott a folyadék, míg a másik esetben még 3—4 hetenkint 100—150 cm³ lecsapolása válik szükségessé. Ezen esetekben a kezelés rendkívül egyszerű, mert a lecsapolásra használt tűn keresztül vihető be a N. A lobos mellhártyán a N rendkívül lassan szívódik fel és hetekig, sőt hónapokig sem kell utána tölteni, ha az izzadmány csapolása nem válik szükségessé.

2 esetemről óhajtanék még beszámolni, mert ezekben a *Brauer*-féle javalattól lényegesen eltértem.

Sz. J. 21 éves. Betegsége valószínűleg 1910 szeptemberében kezdődött, állítólag légcsőhuruttal kapcsolatban; 1911 szeptemberben subfebrilissé válik, már ekkor gyengének érzi magát, soványodik (4 kg.-ot), köhög, bő köpetet ürít. Foglalkozási ártalmak közül sok munkát említ zárt helyen.

1911 április 6.-án vettük fel. A felvételi leletből kiemelendő, hogy elől a bal oldalon a III. borda alsó széléig erős tompulat, hátul a tövis felett és a lapoczka közti tér felső és középső harmada erősen tompult, lejebb a tompulat felvilágosodik, de a lapoczka csúcsáig terjed. A tompulat felett mindenütt hörgi légzés és számos nedves kis- és középhólyagú, csengő jellegű szörtyzörej. A jobb kulcs és tövis feletti árok kopogtatási hangja tompult, kissé megnyúlt kilégzéssel.

A beteg erősen lesoványodott, 44 kg., nyálkahártyái halványak. Pulsus 100-on alul, mellkasi szúrásokról panaszkodik a jobb oldalon.

Eleinte subfebrilis, 37·6-os max., de néhány napi ágynyugalom alatt láztalan lesz, panaszai megszűnnek, 6 hét alatt 6 kg.-ot hízik. Jó színben van és virulónak mondható. Az objectiv lelet változatlan, a baloldali beszűrődés felett igen élénk szörtyölés hallható, mely állandóan inkább szaporodott és a szervezet általános erősödésével és javulásával szemben változatlan, de inkább romlik. A beteg társadalmi és anyagi helyzete kizárja, hogy évekig egészségének élhessen. A 6 heti kúrával tüdőbeli eredményt nem ért el és bár a beteg munkaképes volt, hozzátartozóinak kérdésére ezen makacs activ góczra való tekintettel, számba véve a beteg helyzetét is, nem adhattam kedvező kórjóslatot, ha a szabónői foglalkozását folytatnia kell. Körülbelül 8 kilós súlygyarapodás mellett, teljesen jó közérzet mellett történt a légmellmütét. Az összenyomás kielégítőnek mutatkozott és már 4 heti fennállás után csak néhány szörtyzörej volt hallható a bal felső lebeny felett, melyek 8—10 hét alatt teljesen elmultak. A beteg augusztus 16.-án távozott felszívódófélben levő légmellel és 15 kg. súlygyarapodással, teljesen jó közérzettel. A beteget 5 hó óta többször vizsgáltam. Október 10-én a légmell már teljesen felszívódott volt, szörtyzörejek nem voltak hallhatók, otthon tovább gyarapodott és rendes életmódját folytatja. Jelenleg a tompulatviszonyok változatlan fennállása mellett hörgi légzés hallható, szörtyzörejek nincsenek, Röntgen-átvilágításkor a bal felső lebeny erősen árnyékolt, a rekesz kitérései kissé korlátozottak a jobb oldallal szemben, a csúcs visszahúzódott, de a mellhártya szabadnak mutatkozik.

Ezen betegben tehát egy szétesőben levő gócz, mely a sanatoriumi kezelés folyamán nem javult az összenyomás alatt, oly rövid időn belül nyugodott meg teljesen, mely idő alatt széteső beszűrődések javulását klinikai tapasztalataink szerint más eljárással sohasem észleljük. A beteg bár csak 5 hónap óta nevezhető klinikailag gyógyultnak, az eredmény oly kézenfekvően és elvitázhatatlanul a compressiós kezelés eredménye, hogy hasonló esetekben nem szívesen nélkülözném ezen gyógyító eljárást.

Hasonló javalat alapján még egy betegemen csináltam mesterséges légmellet, de az, sajna, külső körülmények miatt túlkorán hagyta el intézetünket, az eredményről azóta nem vagyok tájékozva.

Öt beteg időközben meghalt, hosszabb-rövidebb kezelés után. Az elhaltak nagyobb része régi folyamattal birt és a halál előtt valamennyi a toxikus szívgyengeség tüneteit mutatta.

Eredményeim összefoglalását még nem szeretném ma végleges formában kifejezésre juttatni, rövid az idő és csak öt esetben volt a gyógyítás befejezhető. De nem akartam még 2—3 évig várni tapasztalataim közlésével, a mikor az eredmények tartósságáról is beszélhetnék, mert eddigi tapasztalataim nagyon biztatók és egyértelműek azokkal, a melyeket külföldön már évek óta tesznek. Az eljárás értékét abban látom, hogy a hegképződés megindulását és megerősödését a compressiós kezelés lényegesen előmozdítja és meggyorsítja. A hegképződést különösen összenyomott üregek helyein igen jól lehet a Röntgen-átvilágítással követni. Csillag-alakú hegeknek megfelelő árnyékot figyelhettem meg üregek helyén, a kezelés folyamán az árnyék mind erősebbé vált.

A többi, kisérleti úton bebizonyított hatékony tényezőre, mint például a nyirok- és vérkeringés meglassúbbítására stb., most nem térhetek ki.

A köpet ürítése a légmell fennállásának első napjaiban néha szaporodik, de a szaporodás nem lényeges; ha a tüdő összenyomása fokozódik, a köpetmennyiség lényegesen csökken és teljes összenyomás esetén, ha a másik tüdőből vagy a felső légutakból váladék nem ürül, teljesen meg szokott szűnni. Ha csak részlegesen tudjuk összenyomni a tüdőt, a köpetürítés csak lassan csökken és néha még hónapok mulva is megvan. A köpet ürítése és a lázak között igen sok esetben párhuzamot észleltem. A közérzetbeli javulást és étvágyfokozódást, mint igen feltünő jelenséget, a legtöbb esetben mi is észleltük.

Két eset kivételével összes betegeink lázzal kerültek kezelés alá. Túlnyomó többségben magas lázzal, egy fokot meghaladó ingadozással. A láz menete a légmelles kezelés folyamán csak lassan változik. Természetes, hogy mindaddig, míg a roncsolt, mérgekkel és genynyel átitatott tüdőfél maximalis összenyomását el nem érjük, csak lassan csökken a kisérletileg is bebizonyított vér- és nyirokpangás lassúbbodása folytán a toxinok felszívódása, tehát csak fokozatos méregtelenítés kapcsán, fokozatosan csökken a láz; ha az összenyomása a széteső tüdőnek tökéletes, akkor physikai akadálya is van a genyképződésnek és így a láz is gyorsabb ütemben csökken. Összenövésmentes tüdők esetében, melyek már 2—3 hét alatt teljesen visszahúzódnak, a láz csökkenése, sőt teljes megszűnése is gyorsan történik, noha 2—3 hétnél rövidebb idő alatt sohasem észleltem teljes lázmentességet. Azon esetekben, a melyekben a tüdők teljes összeesése a mellhártyák összenövése miatt csak részben sikerül, a láztalanodás csak lassan, fokozatosan történik és legtöbbször hónapokat vesz igénybe.

A spontan légmell keletkezése után igen gyakran napok alatt beálló láztalanodást a mesterséges légmell mellett sohasem észleltem. *Korányi Sándor* nézete teljesen megmagyarázza ezt a különbséget azzal, hogy míg spontán légmell mellett a beteg tüdő összenyomása a legrövidebb idő alatt történik, addig a mesterséges légmellet lassan adagolva fejlesztjük a kedvező nagyságra. A hirtelen összenyomása a széteső tüdőnek gyorsan sajtolja ki a lázokozó anyagokat és így a szervezet igen rövid idő alatt méregtelenedik.

A töltések után az első 24 órán belül néha jelentéktelen, múló jellegű hőemelkedést észleltem.

Eseteim összeállításakor feltűnt, hogy azoknak 90%-a baloldali folyamatra vonatkozik. *Saugmann* statisztikája, bár valamivel kisebb arányban, de szintén túlnyomólag baloldali műtétekről referál. Ha kielégítő magyarázatát ezen feltűnő ténynek nem is adhatom, rámutathatok egy másik statisztikai adatra, mely 500, a III. stadiumnak megfelelő (*Turban-Gerhardt*) tüdőbeli elváltozást mutató beteg kórtörténeti adataiból derül ki, hogy mélyreható szövetroncsolással járó tüdőgümőkór eseteiben a bal oldal körülbelül az esetek 70%-ában súlyosabban van megbetegedve, mint a jobb oldal.

Az Erzsébet királyné-sanatorium beteganyagában, mely stadiumokra osztályozva megközelítőleg egyharmadnyi arányban tartalmazza a III. stadiumbeli eseteket, 266 III. stadiumbeli beteg közül 42, vagyis 6% volt alkalmas a mesterséges pneumothorax-kezelésre.

Tapasztalataimból leszűrődött következtetéseimből néhány szóval a következőket emelném ki:

A mesterséges pneumothoraxos gyógyítás értékes segédeszköze ugyan gyógykincsünknek, de már az eddigi tapasztalataim is a mellett szólnak, hogy kis körre kell hogy szorítkozzék az alkalmazása. A viszonylag ép tüdőre csak igen alapos megfigyelés alapján lehet az egész légcserét, az azzal járó keringési és felszívódási viszonyok megváltozásának terhét róni. Activ góczok esetén ajánlatos a legmesszebbmenő óvatosság, ez az első fő korlátozó oka a kiterjedtebb alkalmazásnak.

Régi folyamatok, évekre visszamenő kezdettel, általában rosszabb eredményt adtak és még a mesterséges légmell indicatiója szempontjából kifogástalan physicalis lelet mellett sem voltak olyan kedvezően befolyásolhatók, mint újabb keletű, friss folyamatok.

Kellő óvatossággal kiválasztott esetek sok szép sikert eredményezhetnek, de súlyos eseteket, csupán azért, mert úgyis reménytelenek, sohasem szabad a kezelés keretébe vonni; ezekben az esetekben árthat a művi légmell és gyorsíthatja a halálos kimenetelt. Ezzel szemben megfelelő könnyebb esetekben nézetem szerint nem egyszer lesz alkalmunk a mesterséges légmell javalatát megállapítani.

* * *

Műtéteim első sorát *Dollinger Gyula* dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos volt szíves klinikáján végezni; nem mulaszthatom el, hogy ezért e helyen legőszintébb hálámnak adjak kifejezést.

Kötelességemnek tartom *Lobmayer Géza* dr. egyetemi tanársegédnek a műtétek végzésekor tanusított önfeláldozó munkásságáért, valamint *Steinfest Jenő* intézeti gyakornoknak a Röntgen-vizsgálatok végtelen szorgalommal való elvégzéséért is hálás köszönetemet kifejezni.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

A normalis qualitativ vérképről.

Irta: *Galambos Arnold* dr.

Az eosinophilia kérdésével[1] való foglalkozás közben feltűnt azon gyakoriság, melylyel egészséges emberekben lymphocytosissal találkoztam. Ezen váratlan jelenség indított azután a normalis körülmények közt előforduló lymphocytosis okának és gyakoriságának kutatására.

Haematologiai vizsgálataink alapját az *Ehrlich* és tanítványai által felderített és részleteiben megállapított úgynevezett normalis qualitativ vérkép teremtette meg. Az *Ehrlich* és *Einhorn*[2] által megállapított — a sok- és egymagvú fehérvérsejtszám közt fennálló — arányszám (75% polynuclearis, 25% mononuclearis) azonban elegendő ellenőrzésben nem részesült. Az irodalom áttekintése után nem sikerült olyan nagyobb emberanyagra kiterjedő vizsgálati sorozatokra akadnom, a melyekből kitűnnék, hogy az általánosan elfogadott számoktól ép emberekben mekkora eltérések fordulnak elő. Pedig ennek ismeretére nagy a szükség. Hiszen az összes diagnostikai s haematologiai tankönyvek egybehangzóan azt tanítják, hogy a fehér vérsejtek egyes féleségeinek gyakorisága, egymáshoz való arányszáma legfeljebb néhány százalékot kitevő ingadozások határain belül állandó és az ettől való eltérés bármely irányban kóros jelenség, melynek diagnostikai fontossága van, s mely némely betegségben jellemző tünetként gyakran vagy állandóan fellelhető. A normalis qualitativ vérkép kérdésével foglalkozó munkák száma igen csekély. Csak a Folia Haematologica hasábjain sikerült három referatumot találnom, mely e kérdés irodalmára vonatkozik. *A. Dobrovici*[3] öreg emberek vérének vizsgálatával foglalkozva, azt tapasztalta, hogy ezekben polynucleosis van jelen, mert a polynuclearis leukocyták az összes fehér vérsejteknek 73%-át alkották, míg középkorú emberekben ezen arányszám vizsgálatai szerint 61·5% volt. A másik referatum *Henry F. Hewes*[4] czikkére vonatkozik. *Hewes* vizsgálatai alapján a polynuclearis leukocyták az összes fehér vérsejteknek átlag 60%-át (50—78%) teszik ki. A harmadik vizsgáló *Garegin Chosrojeff*[5] volt; szerinte a polynuclearis leukocyták 65—70% helyett csak 52%-ban vannak jelen egészséges emberek vérében. A sok- és egymagvú fehér vérsejtek közti különbség mindhárom vizsgáló szerint jóval kisebb, mint a hogyan általában felveszik. Továbbmenő következtetést nem fűznek (legalább a referatum nem említi) vizsgálataik eredményéhez.

Főleg az utóbbi időben gyors egymásutánban nő azon betegségek száma, melyekben lymphocytosist írnak le, mint e betegségek jellemző tünetét.

Igy asthma bronchialeben — főleg rohammentes időben — (*Gabritschewsky*,[6] *A. Heinecke* és *Fr. Deutschmann*,[7] *P. Salecker*,[8] *v. Hoesslin*[9]), typhus abdominalisban (*Uskow*,[10] *Chetagurow*,[11] *Rieder*,[12] *Türk*,[13] *Naegeli*[14] stb.), osteomalaciában (*Liachowetzky*,[15] *N. Pende*[16]), akromegaliában (*J. Sabrazés* és *J. Bonnes*,[17] *Schimnitzkij*[18]), pertussisban (*J. S. Churchill*[19]), rubeolában (*W. Hildebrandt* és *K. Thomas*[20]), Addison-kórban (*Mamerto Acuna*[21]), súlyos rachitisben (*Rieder*[22]), syphilisben (*Bieganski*[23]), sarcoma multiplex cutisben (*Dieballa*[24]), parotitis epidemicában (*Curschmann*[25]), epilepsiában (*E. Rohde*[26]), Basedow-kórban (*Kocher*,[27] *L. Caro*,[28] *Gordon* és *N. v. Jagic*,[29] *M. P. Kurloff*,[30] *P. Cuiffini*,[31] *E. H. v. Lier*,[32] *H. Carpi*,[33] *N. Róth*,[34] *M. Bühler*,[35] *M. Kappis*[36] stb.), myxoedemában (*Bence és Engel*,[37] *Mennacher*,[38] *A. Forrio*[102]), Barlow-kórban (*O. J. Wynhausen*[39]), scorbutban (*De Albertis*,[40] *C. Mathis* és *M. Leger*[98]), purpura haemorrhagicában (*Billings*[41]), scrophulosisban (*Becker*[42]), acut gyomor-bélhurutban (*Weiss*[43]), tabes dorsalisban (*Ország*[44]), achylia gastricában, valamint a legkülönfélébb, achyliával járó megbetegedések eseteiben (*A. Waledynsky*[45]). röntgenologusokon (*N. v. Jagic, G. Schwarz, L. v. Siebenrock*[46]), radiumkúrák hatása alatt (*v. Noorden és Falta*[47]), traumás iridocyklitisben (*Gradle*[48]), egyéb lappangó szemgyuladás esetén (*Gilbert*[49]), endothoracalis mirigytuberculosisban (*E. Schultz*[62]), variolában (*Kämmerer*[96]), pellagrában, főleg az acut szakban (*G. Vidoni* és *S. Gatti*[97]), beriberiben (*C. Mathis* és *M. Leger*[98]), experimentalis surrainfectio esetén (állaton: *A. Lanfranchi*[99]), chronikus alkoholismus esetén (*A. Gorrieri*[100]), különböző pankreas-betegségekben (*M. Cohn* és *H. Peiser*[101]) stb. absolut vagy relativ lymphocytosist, malariában, himlőben (*H. Hirschfeld*,[50] *Moritz*[51] stb.), pellagrában (*Galesesco* és *Statineano*[52]), typhus exanthematicusban (*Galesesco* és *Statineano*,[53] *Fr. Luksch*[54] stb.) főleg nagy mononuclearis sejtszaporodást tartanak jellemzőnek. Ezenkívül lymphocytosissal jár a súlyos anaemiával járó vérbetegségek egész sora (lymphocytomatosis, anaemia perniciosa, morbus Banti etc.). Carcinomában és tuberculosisban — főleg a kezdődő szakban — szinlén lymphocytosist tartanak sokan jellemzőnek. Lymphocytosist írnak le thyreotoxicosisban (*H. Starck*[55]), thyreoidectomia után (*Esser*[56]), pajzs-

I. sorozat. Vizsgálat valamely nagyobb étkezés előtt.

Szám	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (% és absolut szám)	Egymagvú (% és absolut szám)	Eosinophilsejtszám mm³-enként	Eosinophilia értéke %-ban	Megjegyzés
1	8100	50 4050	50 4050	333	4·1	
2	8500	68 5780	32 2720	216	2·5	
3	9900	66 6530	34 3370	216	2·2	
4	8500	57 4850	43 3650	266	3·1	
5	9100	65 5910	35 3190	305	3·3	
6	4900	66 3230	34 1670	222	4·5	
7	9750	64 6240	36 3510	911	9·3	
8	5500	62 3410	38 2090	72	1·3	
9	9000	68 6120	32 2880	155	1·7	
10	7300	58 4230	42 3070	494	6·8	
11	7000	66 4620	34 2380	444	6·3	
12	6000	63 3780	37 2220	122	2·0	
13	6700	65 4360	35 2340	150	2·2	
14	9800	51 5000	49 4800	200	2·0	
15	5800	61 3540	39 2260	316	5·4	
16	8000	70 5600	30 2400	206	2·5	
17	10400	74 7700	26 2700	133	1·3	
18	9600	69 6620	31 2980	444	4·6	
19	8300	52 4320	48 3980	300	3·6	
20	7000	53 3710	47 3290	44	0·63	
21	3800	62 2360	38 1440	39	1·0	
22	12500	60 7500	40 5000	472	3·8	
23	4700	51 2400	49 2300	161	3·4	
24	9800	67 6570	33 3230	72	0·73	
25	6300	52 3320	48 2980	666	10·5	
26	6400	68 4350	32 2050	288	4·5	
27	5900	68 4010	32 1890	500	8·5	
28	6500	55 3570	45 2930	161	2·5	
29	7700	64 4930	36 2770	316	4·1	
30	8100	62 5020	38 3080	166	2·0	
31	11700	68 7960	32 3740	311	2·7	
32	8000	63 5040	37 2960	422	5·3	

II. sorozat: Vizsgálat étkezés után különböző idővel.

33	6100	53·5 3260	46·5 2840	229	3·77	Reggeli után 4 órával Ebéd előtt
34	7000	60·5 4235	39·5 2765	189	2·7	Ebéd után 1½ órával
35	7200	59 4250	41 2950	133	1·85	Ebéd után 3 órával
36	4700	62 2910	38 1790	61	1·3	3 óra előtt reggeli
37	7200	61 4490	39 2710	83	1·15	Ebéd után 4½ órával
38	12100	77 9320	23 2780	177	1·46	4 óra előtt tea, 2 zsemlye
39	9300	61 5670	39 3630	300	3·2	3½ óra előtt ebéd
40	5500	63 3465	37 2035	200	3·6	5 óra előtt ebéd
41	6100	59 3600	41 2500	300	4·9	2¼ óra előtt reggeli
42	7400	50 3700	50 3700	139	1·9	2 óra előtt reggeli (vaj)
43	10100	64·5 6515	35·5 3585	122	1·2	2½ óra előtt ebéd
44	7500	65 3875	35 2625	66	0·88	2¼ óra előtt reggeli
45	10000	65 6500	35 3500	328	3·3	2 óra előtt reggeli
46	6100	54 3300	46 2800	489	8	5 óra előtt ebéd
47	7400	62·5 4625	37·5 2775	317	4·3	3 óra előtt ebéd
48	9000	65·5 5895	34·5 3105	229	2·6	5½ óra előtt ebéd
49	5900	50 2950	50 2950	178	3	1½ óra előtt reggeli
50	7600	40 3040	60 4560	129	1·7	2½ óra előtt reggeli (vaj)
51	9200	46 4230	54 4970	44	0·48	5 óra előtt reggeli
52	9600	67 6430	33 3170	107	1·1	3 óra előtt ebéd
53	5400	59 3190	41 2210	229	4·25	2½ óra előtt reggeli
54	8700	56·5 4920	43·5 3780	329	3·8	½ óra előtt vacsora
55	6400	53 3390	47 3010	144	2·2	2¼ óra előtt reggeli
56	5800	63 3840	37 1960	150	2·6	1½ óra előtt túró, kenyér
57	8600	59 5070	41 3530	583	6·8	2 óra előtt uzsonna, 4 óra előtt ebéd
58	6100	64 3900	36 2200	200	3·3	3¾ óra előtt ebéd
59	6900	53 3660	47 3240	289	4·2	2¼ óra előtt reggeli
60	7700	60 4620	40 3080	100	1·35	2¼ óra előtt reggeli (sonka)
61	5600	65 3640	35 1960	116	2·0	3½ óra előtt reggeli (3 sütemény)
62	7900	54 4270	46 3630	228	2·9	2½ óra előtt reggeli
63	5400	42 2270	58 3130	194	3·6	3 óra előtt uzsonna
64	8200	73 5990	27 2210	189	2·3	4 óra előtt ebéd
65	6700	62 4150	38 2550	356	5·3	3 óra előtt nagy ebéd

II b. sorozat: Vizsgálat étkezés után különböző idővel.

Szám	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (% és absolut szám)	Egymagvú (% és absolut szám)	Megjegyzés
66	5400	68 3670	32 1730	4 óra előtt reggelizett
67	6900	39·5 2730	60·5 4170	1½ óra előtt 1 csésze üres teát ivott
68	6300	32·5 2050	67·5 4250	4 óra előtt reggeli (vaj, méz)
69	9900	61·5 6030	38·5 3810	4 óra előtt reggeli (vaj)
70	7500	60 4500	40 3000	2 óra előtt 1 kifli
71	9100	69 6280	31 2820	2 óra előtt reggeli
72	8400	58 4870	42 3530	2½ óra előtt tea, vajas zsemlye
73	8300	61 5060	39 3240	3 óra előtt reggeli (vaj)
74	7000	53·5 3780	46·5 3280	2¾ óra előtt ebéd
75	10600	58 6150	42 4450	3¼ óra előtt ebéd

Szám	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (% és absolut szám)	Egymagvú (% és absolut szám)	Megjegyzés
76	8000	57·5 4600	42·5 3400	Közvetlen reggeli után (sardinia)
77	10000	66 6600	34 3400	Közvetlen reggeli után (vaj)
78	9000	66·5 5990	33·5 3010	4 óra előtt reggeli (méz)
79	7600	66 5000	34 2600	4 óra előtt reggeli (vaj, méz, tojás)
80	9500	62 5890	38 3610	3½ óra előtt ebéd
81	6200	58 3600	42 2600	3½ óra előtt reggeli
82	6100	49 2990	51 3110	2½ óra előtt reggeli (vaj, méz)

III. sorozat: Az éhomra s az étkezés után történt vizsgálatok eredményeinek összehasonlítása.

83	9300	51·5 4790	48·5 4510	Ugyanazon egyén, mint az 1—4. sz. 1 óra előtt 2 tojást evett kenyérrel
84	7400	57 4220	43 3180	2 órával később
85	9400	61 5730	39 3670	Ebéd után 3 órával
86	5600	56 3120	44 2480	Éhomra
87	6600	61 4030	39 2570	2 órával a reggeli után
88	7600	55 4180	45 3420	2 órával később
89	8000	53 4240	47 3760	Ebéd után 5, uzsonna után 2 órával
90	7600	55 4180	45 3420	Éhomra
91	8300	52 4320	48 3980	Ebéd után 5 órával
92	7700	56 4310	44 3390	Reggeli után 3 órával
93	7900	64·5 5100	35·5 2800	Éhomra Menstruatio kezdete
94	6700	66·5 4460	33·5 2240	Reggeli után 4 órával Menstruatio 3. napja
95	6600	50 3300	50 3300	Ebéd után 2½ órával Menstruatio 4. napja
96	6200	42 2600	58 3600	Uzsonna után 3 órával Menstruatio vége
97	6800	54 3670	46 3130	1½ órával az ebéd után Menstruatio megszünt
98	5000	54 2700	46 2300	Reggeli után 1¾ órával
99	9000	77 6930	23 2070	Reggeli után 1 órával
100	9200	75 6900	25 2300	½ órával később
101	8000	75·5 6040	24·5 1960	½ órával később
102	10500	79 8300	21 2200	Éhomra
103	7500	67·5 5000	32·5 2500	1½ óra előtt reggeli
104	6700	75 5020	25 1680	Éhomra
105	5900	72 4320	28 1580	Reggeli után ½ órával
106	5900	66 3900	34 2000	Éhomra
107	10200	82 8360	18 1840	Reggeli után 1 órával
108	8800	82 7220	18 1580	½ órával később
109	7000	76 5320	24 1680	Éhomra
110	6200	76·5 4740	23·5 1460	Reggeli után ½ órával
111	7100	72 5110	28 1990	½ órával később
112	7500	70 5250	30 2250	1 órával később

IV. sorozat: Vizsgálat éhomra.

Szám	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (% és absolut szám)	Egymagvú (% és absolut szám)	Megjegyzés
113	7600	61 4640	39 2960	Éhomra
114	5500	60 3300	40 2200	„
115	6300	51 3210	49 3090	„
116	8900	71 6320	29 2580	„
117	5800	56 3250	44 2550	„
118	8100	61·5 4980	38·5 3120	„
119	8000	60 4800	40 3200	„
120	123 0	69 8490	31 3810	„
121	3500	63 2200	37 1300	„
122	6100	69 4200	31 1900	„
123	8400	68 5710	32 2690	„
124	9100	62 5640	38 3460	„
125	6100	65·5 4000	34·5 2100	„
126	4200	57·5 2410	42·5 1790	„
127	5000	63 3150	37 1850	„
128	10100	75 7580	25 2520	„
129	6200	49 3040	51 3160	„
130	8600	59·5 5120	40·5 3480	„
131	8100	61 4940	39 3160	„
132	5400	59·5 3210	40·5 2190	„
133	8800	43·5 3830	56·5 4970	„
134	7100	59 4190	41 2910	„
135	12200	69 8420	31 3780	„
136	6500	63 4100	37 2400	„
137	7500	70 5250	30 2250	„
138	9600	66 6340	34 3260	„
139	7400	57 4220	43 3180	„
140	5800	63 3650	37 2150	„
141	6900	47 3240	53 3660	„

V. sorozat: Kezdődő tuberculosis esetei.

142	10500	61 6400	39 4100	Éhomra
143	7000	59 4130	41 2870	„
144	8000	60 4800	40 3200	„
145	7500	47 3520	53 3980	„
146	7800	70 5460	30 2340	Gonorrhoea subacuta
147	6000	74 4440	26 1560	1 órával a reggeli után
148	7200	71 5110	29 2090	Éhomra
149	7300	72 5260	28 2040	1 órával a reggeli után
150	7500	60 4500	40 3000	Éhomra
151	8600	58·5 5030	41·5 3570	„

Szám	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (fehérvérsejtszám (% és absolut szám))	Egymagvú (fehérvérsejtszám (% és absolut szám))	Megjegyzés
152	7800	61 4760	39 3040	Éhomra
153	6200	58 3600	42 2600	»
154	6200	66 4090	34 2110	»
155	5700	50 2850	50 2850	»
156	12400	67 8300	33 4100	»
157	6000	62 3720	38 2280	»

VI. sorozat: A vizsgálat eredményeinek a vörösvérsejtszámolás által történő ellenőrzése.

Szám	Vörösvérsejtszám mm³-enként	Fehérvérsejtszám mm³-enként	Sokmagvú (fehérvérsejtszám (% és absolut szám))	Egymagvú (fehérvérsejtszám (% és absolut szám))	Megjegyzés
158	4,595.000	6500	59 3840	41 2660	Hysteria Éhomra
159	4,310.000	4950	65 3220	35 1730	1 órával a reggeli után
160	5,307.000	5600	66 3700	34 1900	Tüdőtuberc. (I. st.) vesetuberc.? Éhomra
161	5,105.000	6600	68 4490	32 2110	1 órával a reggeli után
162	5,220.000	6800	63·5 4320	36·5 2480	Éhomra
163	4,910.000	6600	66·5 4390	33·5 2210	1 órával a reggeli után
164	4,475.000	9400	76 7140	24 2260	Carcinoma pulmon. Éhomra
165	4,345.000	11000	72 7920	28 3080	1 órával a reggeli után
166	4,607.000	10000	76·5 7650	23·5 2350	Éhomra
167	4,342.500	9400	76 7140	24 2260	1 órával a reggeli után

mirigykivonat (*Caro*,[29] *Kostlivy*[57]), pankreaskivonat (*Zülzer*,[58] *Kostlivy*[57]), suprarenalis kivonat (*Austoni* és *Tedeschi*[59]) adagolása után, épp így pilocarpin-injectio (*Waldstein*[60]), tuberculin-injectio (*Grawitz*[61] stb., újabban *E. Schultz*[62]) után, haemoptoe alatt (*Oddo* és *Moenier*[63]) stb. Lymphocytosist írtak le bizonyos állapotok alatt: így vagotoniás állapotban (*Kostlivy*[57]), lépkiirtás után (*Riegner*[64]), mozgás utan (*Turban*[65]), álom alatt s közvetlen a felébredés után (*Fulpius*[66]), magaslati klimán tartózkodás alatt (*Stäubli*[67]) stb. A lymphocytosist a gyermekkorra physiologiásnak mondják.

Feltünő, hogy az utánvizsgálók a legtöbb betegségben szintén megtalálták a lymphocytosist. Meggyőződésem, hogy ha még több betegségben végeznének rendszeres vérvizsgálatot, akkor — ennek arányával fokozatosan — még gyorsabban nőne a lymphocytosissal járó megbetegedések száma. Előbb említett dolgozatomban a legkülönbözőbb betegségekben végzett vizsgálataim eredménye igazolja ezen állításomat. Ennek oka azonban nem az, hogy ezen betegségek lymphocytosissal járnak, hanem hogy az egészséges ember fehér vérsejtjei közt nem olyan az arány, mint a hogy azt általában hiszik. Mielőtt összefoglalnám vizsgálataim eredményét, röviden ismertetem a vizsgálataimban alkalmazott eljárás technikai részét.

100 egészséges egyénen összesen 141 esetben végeztem vérvizsgálatot. A vizsgáltak — legnagyobb részük 20—30 év közt — részint férfiak, részint nők voltak; mindannyian erőteljes, jó színben levő, magukat teljesen egészségesnek érző, munkabiró emberek. A vizsgáltak legnagyobb része (orvos, orvostanhallgató, ápolónő, szolga) hónapok, sőt évek óta köztünk él, s így úgyszólván állandó megfigyelés alatt áll. A vizsgáltak egy részén objectiv vizsgálat is történt.

Az esetek első részében (1—32. sz.) a vizsgálat délben vagy késő délután, mindig valamely nagyobb étkezés előtt történt. A II. sorozatban (33—65. sz.) étkezés után különböző idővel végeztetett a vérvizsgálat. Mindkét csoport betegein az eosinophil sejteknek absolut és relativ mennyisége is meghatároztatott *Dunger*[68] eljárása szerint. A II. *b)* sorozat (66—82. sz.) tagjain ugyancsak étkezés után különböző s mindannyiszor pontosan feltüntetett időben történt a vérvizsgálat. A következő 30 egyénen (83—112. sz.) több ízben történt éhomra, s különböző étkezés után rövidebb-hosszabb idő mulva összehasonlító vérvizsgálat. A 123—141. sz. esetek éhomra történt vizsgálatok eredményeit tartalmazzák. Az étkezések részint reggeliből (3—4 deci tej + 1 zsemlye), részint pedig ebédből (leves, hús, főzelék, tészta) állottak. A hol egyéb ételek is fogyasztattak, ott azok külön felemlíttettek.

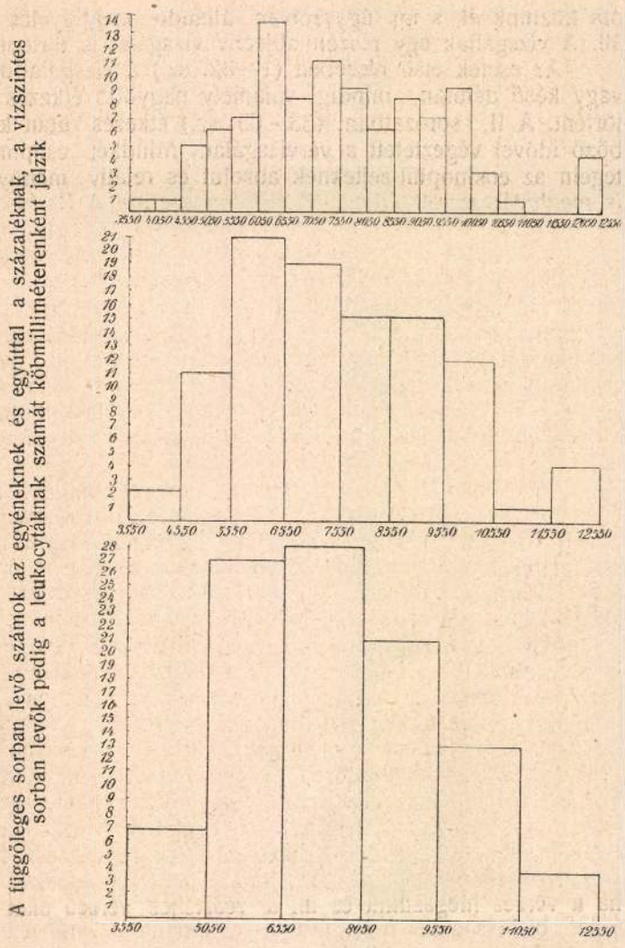
Vizsgálataimban mindenütt a kamaraszámolást alkalmaztam (*Bürker*-féle lemez, *Türk*-féle eczetsavas gentianaoldat). A számolás minden esetben a *Bürker*-féle lemez mindkét feléből egyaránt történt. Esetenkint átlag 1000 fehér vérsejtet számoltam. Egyszerűség kedvéért csak két typust különböztettem meg: a sok- és az egymagvúak csoportját. A sokmagvúakhoz soroztattak a neutrophil és az eosinophil polynuclearis leukocyták, az egymagvúakhoz a lymphocyták, a nagy mononuclearis és az átmeneti sejtek. A kétféle typus számolása parallel és egy időben történt, s az eredményeket csak az egyes sorok megszámolása után rögzítettem.

Egyes esetekben száraz festési eljárást is alkalmaztam. Az összehasonlítás eredményére, valamint a kamaraszámolásnak a festési-kikenési eljárás feletti előnyére nézve idézett czikkemre[1] utalok. A kamaraszámolást a differenciáló fehérvérsejtszámolás czéljaira *Türk*[69] s *Naegeli*[70] ajánlja. *Türk* — a kinek adatait különben mindenben teljesen megerősíthetem — a kamaraszámolást a festési eljárással nemcsak egyenrangúnak mondja, hanem fölébe is helyezi.

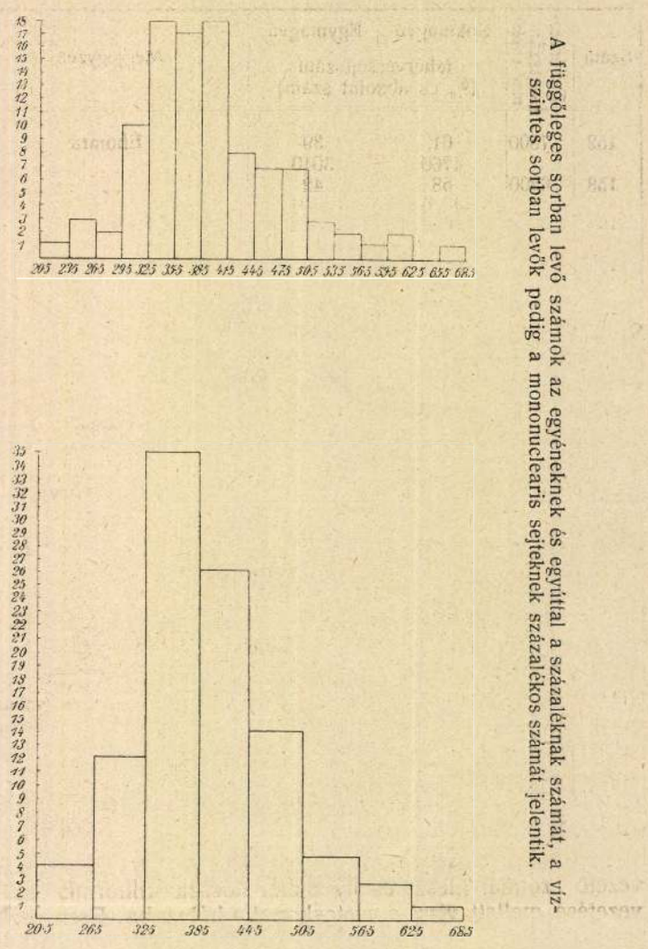
Az ép egyénekben talált lymphocytosis gyakoriságának okát kutatva, arra is gondoltam, hogy ezen egyénekben, vagy ezek egy részében igen enyhe tuberculosis állhat fenn, mint oly betegség, mely egyrészt igen elterjedt, másrészt meg fennállhat a nélkül, hogy kóros tüneteket, nagyobb subjectiv zavarokat okozna A mint ismeretes, *Naegeli*[71] a bonczolt hullák 97%-ában tudott gümős elváltozásokat kimutatni. A gümős eredetű gyuladás localisan csakugyan tud lymphocytosist előidézni (exsudatum pleuriticum, meningitis tbc.); ha azonban a gümőkórban szenvedő betegek vérét vizsgáljuk lymphocytosisra nézve, akkor az irodalmi, meglehetősen ellentétes adatok alapján nehezen tájékozódhatunk. Míg a szerzők egy része szerint (*Moritz*,[72] *Simon* és *Spielmann*,[73] *Rubino*,[74] *L. Steffen*,[75] *F. Schultz*[62] stb.) a kezdődő tuberculosis lymphocytosissal szokott járni, addig a szerzőknek egy másik, talán nagyobb csoportja szerint (*Limbeck*,[76] *G. Pick*,[77] *Rieder*,[78] *Stein* és *Erbmann*,[79] *Appelbaum*,[80] *Swan*,[81] *Fauconnet*,[82] *Kjer Peterson*[83] stb.) a tuberculosisnak nemcsak az egészen kezdődő, de a valamivel előrehaladottabb esetei sem járnak a fehér vérsejteknek valamelyes elváltozásával. A tuberculosis kezdeti szakára jellemző vérkép tekintetében fennálló zavart és ellentétet *Mendl* és *Selig*[84] tetőzi be, a kik szerint a lymphocyták férfiben megkevesbednek, nőben megszaporodnak.

Hogy a kezdődő tuberculosis sem a fehér vérsejtek számára, sem a qualitativ vérképre jellemző vérelváltozást a legcsekélyebb mértékben sem hoz létre, azt a 14 kezdődő tüdőtuberculosisnak 20 esetében végzett vérvizsgálat alapján láttam bebizonyítottnak. Ezen esetek mindegyike enyhe, láztalan, rendszerint inactiv, a *Gerhardt-Turban*-féle beosztás szerint az I. stadiumba tartozó volt. A vizsgáltak egy része nem is tudott betegségéről.

Hogy a vizsgálat eredményében technikai hibák kizárhatók voltak, azt olyképpen igyekeztem bebizonyítani, hogy néhány esetben (VI. sorozat) összehasonlítólag megvizsgáltam



1. rajz. A leukocytaszám leggyakoribb értéke.



2. rajz. A mononuclearis sejtek százalékszámának leggyakoribb értéke.

a vörös vérsejteket is. A vörös vérsejtek ugyanazon napszakban ugyanazon emberben állandó mennyiségben szoktak jelen lenni a vérben; folyadékfelvétel után történő felhigulás folytán kis fokban relative megkevesbednek. Változatlan vörösvérsejtszám mellett ingadozó értékű fehérvérsejtszám ez utóbbinak tényleges, változó értéke mellett bizonyít. Vizsgálataimban csakugyan azt találtam, hogy a vörösvérsejtszám ingadozása a rendes számítási hiba[85] határán belül volt (számoltatott 1600—2000 vörösvérsejt).

Hogy kisebb külső behatások, mint pl. a vérvétel helyének dörzsölése, nyomás stb. a vérképre befolyással vannak-e, az ellentétes irodalmi adatok alapján eldöntöttnek nem tekinthető (*Joh. Müller*,[86] *Kjer Peterson*,[82] *Ellermann és Erlandsen*,[87] *Klieneberger és C. Walter*[88]). Egyébként ily behatásokat természetesen kerültem.

Mielőtt összefoglalnám vizsgálataimnak a táblázatokból levonható eredményét, néhány szóval megemlékezem a középszámítás jelentőségéről általánosságban és adott esetben. A középértékekkel való számolás előnye kétségen felül áll, különösen midőn értéksorozatok összehasonlításáról van szó (pl. összahasonlítás a férfiak és nők fehér vérsejtjeinek száma közt, vagy az étkezés előtti s utáni értékek összehasonlítása stb.). Jogosultsága ellen csak a „collectiv vizsgálati sorozat" határértékeinek nagyfokú eltolódása szólhat. *Kőrösy*,[89] a ki a collectiv tan modern elvei alapján először határozta meg a normalis pulsus- és légzésszámot, oly „collectiv sorozat"-tal dolgozott, a hol bár a maximalis és minimalis értékek közt $2^1/_2$-szeres differentia volt, a szélső határok felé igen kis számú eset jutott, míg ellenben a *valamivel* gyakrabban előforduló értékek közti differentia a 100%-ot sem érte el.

Természetes, hogy minél több tagja van a collectiv sornak, annál megbízhatóbb a belőle kiszámított főérték, értve főérték alatt a nyers anyagból kiszámított azon értéket, a melylyel az abban foglalt számadatok összeségének jellemzésére törekszünk. A statisztika főértékei különböző elvek szerint számíttatnak ki. Ezek közt a helyes választás az anyag minőségétől függ. Minél több tagja van a collectiv sornak, annál egyezőbb értéket adnak a legkülönfélébb főértékek. Kevesebb tag jelenlétében a különböző főértékek kevésbé esnek egybe.

Legkevésbé jellemző a „leggyakoribb értek" (dichtester Wert), mert hisz a szerint, a mint a nyers anyagot tartalmazó „elsődleges eloszlási táblázatból" készített és az azt csoportosító „összevont táblázat" egyes csoportjait egymástól távolabb vagy egymáshoz közelebb eső határértékek alapján különböztetem meg, az egyes eseteknek csoportosulási módját visszatükröző görbe legmagasabb pontja, az, a mely a leggyakoribb érték helyét jelöli meg, esetleg más-más helyre eshetik. Az 1. és 2. sz. rajz élénken illusztrálja ezt. Jellemzőbb értéket ad a „median-érték". Leghasználhatóbb azonban a „számtani" vagy „arithmetikai középérték". Tudnunk kell azonban, hogy ez csak egy érték, mely széles határú értékkülönbségek kifejezésére nem alkalmas; ezt még talán jobban kifejezi a redukált táblázat alapján készült görbe, melyen a leggyakoribb értéktől jobbra és balra eső értékek gyakoriságát is feltüntetve látjuk.

A mint láttuk, a fehér vérsejtek száma 3500—12.500 közt változott normalis körülmények közt. Ezen csaknem négyszeres értékkülönbséget egy értékkel lehetetlen jellemezni. Ugyanez mondható a mononuclearis sejtekre is, melyek 1300—5000 (18—67%) közt változó értékeket adtak.

Az eosinophil sejteknek száma (0.63—10·5%; absolut

értékben 39—911 cm³-enkint) normalisan csaknem húszszoros értékkülönbség közt változhat. A határértékek közti ezen nagy különbségekből következik, hogy a középértékektől mutatkozó eltérések alapján diagnostikai következtetések nem vonhatók.

(Vége a jövő számban.)

Cystoskopiás tévedések.*

Irta: *Weisz Ferencz* dr.

A mikor szinte naponta azt tapasztaljuk, hogy a jól kidolgozott és érzékített Röntgen-képek értelmezése a gyakorlott röntgenologusok részéről is mennyire más és más, akkor nem csodálható, hogy a cystoskoppal látott kép helyes értelmezése még a leggyakorlottabb számára is sokszor milyen nehéz és nem egyszer adhat alkalmat diagnostikai tévedésre.

Ahhoz, hogy a hólyagot tükörrel megnézhessük, szükséges elsősorban, hogy az eszközt a hólyagba bevezessük; csakhogy ez nem mindig lehetséges, mert húgycsőszűkület vagy prostatatúltengés eseteiben a húgycső a tükör számára át nem járható és éppen ezen nehéz esetekben fordulhatnak elő diagnostikai tévedések. Húgycsőszűkület esetén tükrözés czéljából sohase tágítsunk erőszakosan a súlyos vérzések és infectio miatt, hanem, ha a hólyagot okvetlenül meg kell nézni, inkább állandósítsunk 1—2 napra kathetert, mire a hólyagtükröt a húgycsövön át be lehet vezetni és a hólyagot meg lehet vizsgálni. Prostatatúltengés esetén sokszor alig lehet megvizsgálni a hólyagot, vagy ha vizsgáljuk is, a vérzés miatt alig látni valamit. Nagy prostatatúltengés esetén néha a cystoskopot alig lehet bevezetni, mert a rövid orrmányú eszköz a hólyagnyakon erősen megakad, vérzést okoz, esetleg álutat.

Posner ezen esetek vizsgálatára a cystoskoplámpára vezető szondát illeszt és ily 8 cm. hosszú filiformis szonda vezetése mellett viszi a cystoskopot a hólyagba. Ezen eszköznek azonban az a hátránya, hogy nem lehet kiöblíteni vele a hólyagot, már pedig oly esetekben, a melyekben ilyen tükörre a majdnem folytonos vérzés miatt szükségünk van, a hólyag állandó öblítése nélkül semmit sem látni és így nem is vizsgálhatunk. Hogy ily eszközzel öblíteni is lehessen, oly cystoskopot szerkesztettek, mely a Maisonneuve-urethrotom elvén alapszik. A cystoskop katheterje filiformis szonda vezetése mellett a hólyagba vitetik, aztán kihúzzuk a solid fémmandrint a felcsavart filiformis szondával és kicseréljük az optikával.

A hólyagtükrözés egyik feltétele az is, hogy a hólyag bizonyos fokig tágítható, középértékben 150 köbcentimeter capacitású legyen. Mivel üres hólyagban a falak ránczokban egymáson feküsznek, szükséges e nyálkahártyaránczokat kisimitani, hogy a ránczok között levő mélyedéseket is látni lehessen. Ezt folyadéknak — levegőnek vagy oxygennek — bizonyos mennyiségben bevitelével lehet elérni. A hólyag megtöltése is akadályozott lehet ingerlékeny hólyag esetén, hol a legkisebb mesterséges tágítás erős fájdalmakat vált ki. A fájdalmak néha antipyrinnel vagy cocainnal legyőzhetők. Cystitis esetében, ha ez a nyálkahártya erős duzzadásával jár, mely minden hólyagteléskor igen fájdalmas, továbbá zsugorhólyag, cystitis tuberculosa eseteiben sokszor nagyon kis hólyagcapacitással (30 – 50 cm³-rel) kell beérni. Hogy ily nehéz esetekben is sikerrel dolgozhatunk, arról tanuságot tesz egy esetem *Haberern* magántanár osztályáról, a melyben 30 cm³ capacitás mellett végeztem ureterkatheterismust, melynek eredményeként az egyik tuberculosisos vesét el lehetett távolítani. Ezen eset, melyet *Haberern* a „Zeitschrift für Urologie"-ban közölt, még azért is rendkívül érdekes volt, mert műtét után a visszamaradt második vese vizelete nem a hólyagon és húgycsövön át ürült, hanem, mert maga a hólyag is tuberculosisos volt és benne a vizelet meggyűlése nagyon fájdalmas lehetett, a vizelet mindaddig, mig a hólyag nem javult, nem a természetes úton, hanem az eltávolított vese csonkján át jutott ki.

* A magyar sebésztársaságban tartott előadás alapján.

Kis capacitású hólyag vizsgálatakor sokszor mély narcosis kell, hogy hólyagreflex már ne legyen, és a vizsgálat többször és megszakításokkal történjék, nehogy a hólyagfalat pörköljük. Redkivül nagy daganatok és kövek a hólyagot annyira kitölthetik, hogy nehezen lehet a hólyagot vizsgálni. Sokszor a hólyag üregébe szabadon benyúló daganatrészletek közvetlenül a prismára és lámpára feküsznek és ezáltal a belső látóteret annyira sötétítik, hogy nem lehet tisztán látni. Ezen eseteket az irrigatiós cystoskoppal vizsgálhatjuk, úgy hogy mialatt a hólyagot nézzük, a folytonosan áramló vízsugár a daganatrészeket időszakonként eltávolítja.

A hólyagtükrözés alkalmával még szükséges az is, hogy a hólyag átlátszó mediummal legyen megtöltve, oly folyadékkal, mely víztiszta, asepsises és nem izgató, például 3%-os bórvíz, 1/5000 hydrarg. oxycyanatum, steril víz. Levegőt is használunk e czélból, rendszerint olyankor, a mikor a folyadék a hólyagban meg nem marad, például incontinentia vagy fistula vesicae eseteiben. *Burkhardt* és *Polano* különösen cystitis tuberculosa eseteiben a hólyagnak oxygen-gázzal való megtöltését ajánlja tükrözéskor, a mi a mellett, hogy jól láthatni, még fájdalomcsillapító és gyógyító is lehet.

A sikeres hólyagtükrözés alkalmával most már könnyü látni a képeket, de sokszor igen nehéz azokat helyesen értelmezni. Ez főleg vérzés eseteiben van így, különösen ha cystitis társult hozzá. Ott, hol cystitis nincs, ha a vérző betegeket nyugodtan 1—2 napig feküdni hagyjuk, lassankint megszűnik a vérzés és pár nap mulva a hólyagot meg lehet nézni. A félénk beteg és még inkább hozzátartozói sürgetésének — kik mielőbbi diagnosist kivánnak — sokszor nehéz ellenállani, s annál nehezebb, minél tovább tart a vérzés és minél több vért veszít a beteg. Cystitis nélküli hólyagvérzés eseteiben az egyedül helyes eljárás a vizsgálatot elhalasztani és várni, akármennyire nehezére esik ez az összes résztvevőknek, mert a végén bőven meg leszünk jutalmazva, ha a vérzés megszűnik és mi a vészteljes vérzés okát most teljes biztossággal meg tudjuk állapitani. Cystitissel való complicatio esetén az eset szerint kell eljárni. Lehetőleg vérzésmentes időben vizsgáljunk, de ha vérzés közben kell vizsgálnunk — mert vannak esetek, a melyekben heteken, sőt hónapokon át állandó a vérzés és a vizsgálatot nem halaszthatjuk —, akkor a kettős irrigatiós cystoskoppal kell próbálkozni: mialatt a vizsgáló a kétes helyre irányitja figyelmét, azalatt az assistens a hólyagot öblíti: sokszor pár pillanatra feltisztul a látótér, a mi elegendő a vizsgáló tájékozódására. Erősebb vérzés alkalmával, a mikor az ureterből állandóan folyik a vér és a hólyagban már alvadék képződik, ez se használ sokat, mert az alvadékok az irrigatiós csatornán át nem távozhatván, azt hamar eldugaszolják; épp ezen esetek azok, a melyekben legtöbbször történik diagnostikai tévedés.

A chronikus cystitis és a hólyagdaganat megkülönböztetése is sokszor nehéz nemcsak azért, mivel az ilyen hólyagot bármily hosszú átöblítéssel sem lehet teljesen tisztára mosni és az öblítő folyadék többé-kevésbé zavaros marad, úgy hogy a hólyagfalig való látás igen megnehezített; hanem azért is, mert chronikus cystitis eseteiben a szín-, fény- és erezetelváltozáson kivül sokszor a hólyagnyálkahártya duzzanata és fellazulása oly excessiv, hogy nehéz megkülönböztetni, vajjon idioplastikai duzzanatokkal, vagy daganatképződéssel van-e dolgunk. Ezen duzzanatok annyira benyúlhatnak a hólyagürbe, hogy daganatoknak nézhetők, főleg ha ékszerű polypusalakúak. Ezen benyomásunk még inkább megerősíttetik a mesterséges nagyítás által, ha a cystoskop-prismával meglehetősen közel megyünk.

A hólyagdaganatra jellegző ugyan a testszerűség és a gombaszerű kiemelkedés, de chronikus cystitis eseteiben is teljesen testszerű lehet a hólyagnyálkahártya. Ha a hólyagfal maga erősen vastagodott és duzzadt és ha a daganat lapos, a hólyagnyálkahártyakiemelkedések aránylag magasak, akkor még a leggyakorlottabb cystoskopozó is alig tud különbséget tenni. Egy különbség, mely néha útbaigazit, az, hogy a tumorszerű képződmények körülírtak, míg a nyálkahártyaduzzanatok és kiemelkedések majdnem mindig diffusak és

sokszorosak. A multiplicitás a daganatoknál ritka. A hólyagfalat infiltráló tumor esetén, mely felületesen terjed és alig emelkedik túl a duzzadt nyálkahártyaniveaun, a cystoskopos diagnosis alig lehetséges.

A szomszédság tumorainál hasonló a helyzet, mikor azok a hólyagnyálkahártyát tumorszerűen kidüllesztik és aránylag normalis sima nyálkahártyától fedettek.

Prostatahypertrophia esetén sima a nyálkahártya, de a cystitis foka szerint többé-kevésbé duzzadt, vastagodott és oedemás lehet. Prostatatumorok is átnőhetik azonban a hólyagfalat, a mikor vérzésre, cystitisre adhatnak alkalmat és ezáltal úgy a klinikai tünetek, mint a cystoskopos kép miatt diagnostikai tévedéseket okozhatnak. Oedema bullosumot találni prostatanagyobbodás esetén és a hólyagtumorok szomszédságában. Az oedema bullosum csakis a zavart keringés kifejezője a hólyagfalban, a mikor is a hólyagnyálkahártya kis csoportokban az alapról kiemelkedik. Nemcsak rossztermészetű daganatok mellett találni meg, hanem oly esetekben is, a melyekben valamely szomszéd szerv a hólyaggal összenő, pl. uterus-, adnex-, prostatatumorok összenövésekor a hólyaggal, vagy oly esetekben, a melyekben a hólyagfal maga súlyos zavarokat szenved. (Hólyagdaganatok, hólyagtuberculosis stb.)

Gyakori az összetévesztés véralvadékkal. Már *Dittel* írt le esetet, a melyben a vérző nyálkahártya vérző daganatnak tartatott. Az irodalmi közlések szerint egy klinikán két egymásutáni cystoskopos vizsgálatkor egy sárgás-fehér színű csavart tumort láttak, mely a sectio alta alkalmával hasonló alakú, a hólyagfalra erősen rátapadt bőrszerű véralvadéknak bizonyult. Egy másik esetben meg a coagulum a hólyagfal egy kis zugában szürkés-fehér, erősen gomolyodott, kis diónyi rögnek látszott, melynek váza oly sűrű és kifejezetten bütykös volt, hogy szederszerű tumornak nézték.

Velem is megesett, hogy egy erősen vérző betegen, ki már megelőzőleg is soká feküdt más kórházban és kit vérzés közben kellett vizsgálni, a mikor a látótér nem tisztult fel teljesen, a cystoskopia alkalmával a jobboldali hátulsó oldalfalon székelő vércoagulumot hólyagdaganatnak néztem, holott a műtét alkalmával hólyagdaganat helyett vércoagulumot találtunk, mely a vese hypernephromája által okoztatott.

Ezen esetben a folytonos vérzés miatt, mely nem engedte a látótér teljes feltisztulását és ezáltal a pontos látást, érthető a diagnostikai tévedés. Ehhez hozzájárult még az is, hogy a véralvadék nem volt piros és inkább tömött benyomást tett. Igaz ugyan, hogy nem minden véralvadék piros, hanem ha hosszú ideig feküdt a vizeletben, a vérfesték kilúgoztatik és szürkés-sárgás, bőrszínű lesz. A consistentia is nő idővel. Az én esetemhez sokban hasonlít *Casper* esete. Szintén anaemiás, kivérzett, cachexiás egyént illet, kin baloldalt vesedaganat volt tapintható. A cystoskopos képben a bal ureter nem volt látható, s ott, hol feküdnie kellett volna, egy hatalmas, sima, pirosas-fehér tumor látszott, úgy mint fenti esetemben. *Casper* ezen tumorszerű képletet ureterkatheterrel igyekezett eltolni, hogy az ureterszájadékot láthassa és ekkor azt találta, hogy a tumor kocsányon lógott az ureterből. Azt hitte, hogy veseechinococcus, melyben a hólyagok az ureteren át vándoroltak és a hólyagban tömött daganattá gomolyodtak. Egy darabot intravesicalisan eltávolított, és az a mikroskopi vizsgálatkor fibrinmassának bizonyult erős, tömött váz képében. Nephrectomiával a vesecarcinoma később el lett távolítva, mire a hólyagfibrintumor vagyis a véralvadék is eltűnt a hólyagból és hólyagtükrözéskor a hólyag épnek találtatott.

Megtörténhetik az is, a mi *Dittel*-lel esett meg: Egy betegen gyakori vizelésingerrel és kínos fájdalmakkal a cystoskopos lelet alapján sima felületű, infiltráló carcinomát diagnoskál. Jobboldalt a trigonumon két sima, ferdén kifelé és felfelé párhuzamosan futó barázdától egymástól elválasztott és utóbb ismét egyesülő lebenyezett duzzanat látszik. A hólyagnyálkahártya egészében hyperaemiás. A betegen fájdalmai enyhítésére perinealis hólyagsipolyt készít és ezen alkalommal ujjával megtapintja a hólyagot. Tapintáskor a cystoskopos kép mintegy megerősítést nyer. A műtét daczára a beteg fájdalmai alig enyhülnek, állapota kétségbeejtő, szinte reménytelen. A később megindult erős vérzés és collapsus után a beteg várakozáson felül összeszedi magát, a cystitis tünetei visszafejlődnek, a fájdalmak szűnnek és a beteg meggyógyul. A cystoskopos vizsgálatkor a hólyag normalis, duzzanatnak semmi nyoma. Ezen esetben a hólyag körülírt phlegmonéja sima, infiltráló hólyagcarcinomának tetszett.

Az ureterocelét is össze lehet téveszteni daganattal. Beszáradt véralvadékok, főleg nagyon szilárdak és összehúzódottak, ha kerekek vagy tojásdadok, hólyagkőnek csalódásig hű képét adhatják; épp úgy vastag genytömegek is kőszerű masszává formálódhatnak. Ismételt vizsgálatkor a véralvadékok színe és behúzódása, továbbá a genymasszák vakító fehér színe és a lazán alkalmazkodó felület, szemben a kövek sima felületével, útbaigazítanak a kő diagnosisa tekintetében. Megtörtént már, hogy hólyagdaganatot kőnek néztek nemcsak a szondával és hólyagtükörrel, hanem még szabad szemmel is. Egy betegen fehéres-szürke, kerek, kis diónyi, szemcsés kiemelkedés volt látható, mely a műtét alkalmával mint kerek tumor ült a hólyagalapon teljesen incrustálva phosphormassáktól, úgy hogy mind a szondával, mind a hólyagtükörrel vizsgálat alapján jogosan nézhették kőnek.

Előfordulhat az is, hogy a daganat nem vevődik észre. *Dittel* egyik esetében a hátulsó hólyagfal bal oldalán egy szélesen ülő, kis almányi, karfiolszerű, finom bolyhoktól körülvett daganat volt látható, mely mély barázdák által több lebenyre volt osztva; sectio altával a daganat radikálisan eltávolíttatott. A beteg azonban pneumoniában meghalt és bonczolásakor a hólyag kimenetelénél egy kis diónyi diverticulumot találtak, melynek alján egy papilloma ült. Minthogy a nyílásból nem emelkedett ki, alig volt lehetséges a hólyagtükörrel meglátni. Nekem is van tudomásom egy esetről, a melyben igen gyakorlott és kitünően cystoskopozó kartárs a hólyagtumort nem vette észre, lehet hogy talán ez is diverticulumban ült és alig volt látható, vagy talán az igen érzékeny, vérző betegen a tumort véralvadéknak nézte, mert csak mikor a metastasisos veserák miatt nephrectomia történt, derült ki, hogy az elsődleges daganat a hólyagban székel.

Kövek és idegen testek is elkerülhetik a figyelmet, ha vagy diverticulumban, vagy a hólyag egy mély öblében fekűsznek, a mi prostatahypertrophia eseteiben fordul elő.

Ezen tévedések felsorolása ugyan semmit sem von le a hólyagtükrözés értékéből, ellenkezőleg azok ismerete módot nyujt arra, hogy ilyen tévedések ellen védekezzünk és diagnosisunk kimondásakor az összes számbajöhető combinatiókra gondoljunk. Ha mindinkább tökéletesedő műszereink daczára valószínűleg a jövőben is lesznek néha téves diagnosisok, az se irandó a módszer rovására, mert tévedni emberi dolog; a tévedések felismerése azonban egyúttal mindig a tan haladását jelenti.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Pappenheim: Grundriss der hämatologischen Diagnostik und praktischen Blutuntersuchung. Ein Leitfaden für Anfänger (Studierende und praktische Aerzte). Leipzig, 1911, Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. 13 M.

Pappenheim nevét sokat emlegetik az újabb haematologiai irodalomban. Szorgalmas, úgyszólván fáradhatlan búvár és azonkívül úgy ismeri a haematologia irodalmát, mint talán senki más. Közleményei mindig érdekesek, mert nem elégszik meg tapasztalatainak egyszerű elmondásával, hanem azokat összeveti az eddig ismertetett esetekkel és iparkodik általános érvényű szabályokat is megállapitani. Mindezt azonban sajátos, nehezen érthető és folytonos ismétlésekkel egyhan-

gúvá és unalmassá tett irásmodorban teszi. Ilyen körülmények közt érthető, hogy *Pappenheim* eleinte nehezen érvényesült. Lassanként azonban mégis kiderült, hogy a rosszul megirt sorok között megtanulásra méltó igazságok rejtőzködnek és ma már *Pappenheim* minden munkája egy-egy esemény a haematologiában.

A most ismertetett könyv azonban nem tartozik *Pappenheim* vitázó és új ismeretek után kutató munkái közé, inkább tanításra szánta azt és inkább szélesebb körben ismertté akarja tenni azon tételeket, melyeknek felépitésén ő annyit fáradozott. Persze azért most sem tudja megtagadni magát és a tanítás helyett legtöbbször megint csak elmélkedik, sokszor vitázik és épp azért mindenre inkább alkalmas a könyve, csak arra nem, a mire szánta: t. i., hogy kezdőket bevezessen a haematologia ismeretébe.

A munka elején a vérsejtek szövettanát, a végén a vérvizsgálás módszereit ismerteti. Könyvének ez a része leginkább felel meg kitűzött czéljának és ezeket a kezdő is sikerrel használhatja. Ám azért igazi élvezetet csak a vérsejtek szövettanában járatos olvasónak fog szerezni, ki a munka első részében összefoglalva és elég értelmesen megirva találja *Pappenheim* nézeteit a vérsejtek származásáról, azok osztályozásáról stb., a mire valóban nagy szükség volt. Persze az még nagy kérdés, hogy az elmélete helyesnek bizonyul-e, de hogy nagyon sokat megmagyaráz és hogy valóban mesterien kigondolt, az előttem már most is bizonyosnak látszik.

A könyv középső része a legérdekesebb, ezt azonban már igazán csak a tárgygyal és a szerző sajátos irásmodorával megbarátkozott olvasó tudja megfelelően értékelni. A haematologia legfontosabb fejezeteit: az *anaemiát*, a *leukocytosist*, azoknak egymáshoz és a *leukaemiához* (és az a-leukaemiához) való viszonyát tárgyalja ebben a szerző elméleti fejtegetések alakjában. Ez a része a könyvnek valóban nem egyéb, mint a haematologia legnehezebb részeinek *elmélete*.

Ilyen munka még nincs a haematologiában és a jelen könyv már mint első ilynemő próbálkozás is érdekes. Csak némileg érthetőbben irta volna meg a szerző és ne ejtené kétségbe az olvasót a folytonos ismétlésekkel, összefoglalásokkal és ezeknek az összefoglalásoknak újból és újból való megismétlésével.

Ám azért ezen könyv még igy is valóban értékes és igazán sok élvezetet nyujt. Csak türelem kell az olvasásához, a minek jutalma az a sok értékes gondolat, a melyet a könyvből kapunk, a mi azután fáradságunkat bőven kárpótolja.

K. E. dr.

Uj könyvek:

Bier, Braun und Kümmell: Chirurgische Operationslehre. Band II. Operationen am Brustkorb und Bauch. Leipzig, J. A. Barth. 40 m. — *J. Bloch:* Die Prostitution. Band I. Berlin, L. Marcus. 10 m. — *F. Kuhn:* Das Steril-Katgut. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m. — *E. Holzbach:* Die Beziehungen des Harnapparates zur Physiologie und Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m. — *A. Martin:* Ueber die Zweckmäßigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft im Verlaufe der Lungentuberkulose, Leipzig, J. A. Barth. 0·75 m. — *L. Löhner:* Die Sehschärfe des Menschen und ihre Prüfung. Physiologisch-ophthalmologische Studie. Wien, F. Deuticke. 4 m. — *H. Stransky:* Die Anomalien der Skleraspannung. Band I. Wien, F. Deuticke. 6 m. — *H. Klose:* Chirurgie der Thymusdrüse. Stuttgart, F. Enke, 12·80 m. — *Denis G. Zesas:* Die chirurgische Behandlung der Nephritis. Leipzig, J A. Barth. 0·75 m. — *W. Liepmann:* Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie der weiblichen Sexualorgane, mit besonderer Berücksichtigung des Ureterverlaufs und des Suspensions- und Stützapparates des Uterus. Berlin, A. Hirschwald. 24 m. — *Gennerich:* Die Praxis der Salvarsanbehandlung. Berlin, A. Hirschwald. 3·60 m. — *G. Rosenfeld:* Kohlenhydratkuren bei Diabetes. Halle, C. Marhold. 1·80 m. — *P. Höckendorf:* Der Kohlehydratstoffwechsel und die innere Sekretion. Berlin, A. Hirschwald. 2·40 m. — *H. Zerner:* Beiträge zur Kenntnis der durch Abstammung und Entwicklung bedingten körperlichen Schwächeanomalien. Leipzig, J. A. Barth. 1 50 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az „acidosis-index“, a vizelet útján kiválasztott acetontestek mennyiségének jelzésére választott kifejezés *T. Stuart Hart* szerint az acidosis fokának változását klinikai czélból elegendő pontossággal jelzi. Az acidosis fokának megállapítására a *Lange*-féle aceton- s a *Gerhardt*-féle aceteczetsav-próbát végzi. A Gerhardt-reactio végzésekor keletkező szín intenzitásának megállapítására controll-színreactiót végez standard-oldattal. E standard-oldat egyike: aethyl acetoacetat 1 cm³, alkohol 25 cm³, dest. víz 1000 cm³-re; másika: 100 gr. $FeCl_3$ feloldva 100 cm³ dest. vízben. 2 egyenlő kaliberű kémlőcső egyikébe 10 cm³ vizeletet mér le, másikába 10 cm³ standard-aethylacetoacetat-oldatot. Mindegyikhez egy-egy cm³ $FeCl_3$-oldatot ad s néhány percznyi — a szín állandósulásához szükséges — állás után összehasonlítja a két színt. Ha a két szín egyforma, akkor a kérdéses vizelet aceteczetsavtartalma szintén 1 cm³ 1 l.-ben Ha a vizelet adta színreactio sötétebb, mint a standard-oldaté, akkor a vizeletet tartalmazó kémlőcsőbe addig adunk destillált vizet, míg a két szín egyenlővé válik. A higításhoz használt víz mennyisége megjelölendő.

Az „acidosis-index“ megállapítása igen egyszerű.

Lange-próba +
Gerhardt —
Gerhardt-próba + } = acidosis-index per liter 0·5

A vizeletet tartalmazó folyadék mennyisége	Acidosis-index per liter
10 cm³	1
20 cm³	2
40 cm³	4
100 cm³	10

Közbeeső térfogatok természetesen proportionalis indexet szolgáltatnak $\frac{\text{24 órai vizeletmennyiség}}{1000}$ szorozva az acidosis index per literrel adja a 24 órai vizeletmennyiségre jellemző, tehát az egyedül mértékadó „acidosis-index“-et. Pl. a vizelet napi mennyisége = 3200 cm³; a 10 cm³ standard-oldat színreactiójával megegyező színt 75 cm³-re higított 10 cm³ vizeletet tartalmazó folyadék szolgáltatott, akkor 7·5 × 3·2 = 24 = „acidosis-index“.

Az acidosis-index értéke megközelítőleg egyező értéket ad a β-oxyvajsav értékével is, pl. ha az acidosis-index 10, akkor a β-oxyvajsav mennyisége is kb. 10 gr.

Számos egyéb anyag, pl. salicylatok, erős diazo-reactiót adó anyagok szintén adnak színreactiót $FeCl_3$-dal. Ilyenkor *Arnold* vagy *Hammarsten* eljárása foganatosítandó. (The Quarterly Journal of Medicine, 1912, július)

Galambos dr.

Pneumoniában a vizelet útján kiválasztott vas mennyiségét vizsgálta *E. H. Goodmann*. A vizelet vastartalmát eddig főleg a vér megbetegedéseiben vizsgálták (chlorosis, anaemia perniciosa, leukaemia). Pneumoniában a vizelet vastartalmának a betegség stadiuma szerint változó mennyisége azért látszott valószínűnek, mert pneumoniában, főként a resolutio szakában, a vörös vérsejtek nagy mértékben pusztulnak el, s a vörös vérsejtek széjjelesése után szabaddá váló Fe nagyrészt a vizelet útján hagyja el a szervezetet. Felvételét vizsgálati eredményei teljes mértékben beigazolták, a mennyiben a krizis napján s az ezt követő napon csakugyan jelentékeny hypersiduriát tudott kimutatni. A Fe-meghatározás *Neumann* módszere szerint végeztetett. Normalis körülmények közt a 24 óra alatt kiválasztott Fe menynyisége átlag 1 mgr., s ez csak kisebb részben ered a vörös vérsejtek normalis körülmények közt észlelhető széjjeleséséből, nagyobb részben a táplálék Fe-tartalmától származik. Pneumoniában a krizis idején kiválasztott Fe mennyisége többszörösen is felülmúlta a normalis értékeket. Az icterusos pneumoniában végzett vizs-

gálatok a haemolysises icterus kérdésének tisztázásához vezethetnek. (The Journal of biological chemistry, 1912, július.)

Galambos dr.

Anaemia perniciosa eseteiben gyakran fordul elő a nyelv érzékenysége, a mely kisebb-nagyobb fokban és periodusokban jelentkezik. Ezt már régebben ismerik, kevésbé tudják azonban, hogy ez a tünet néha már olyankor is megvan, a mikor a betegség egyéb jelenségei még nem felötlők, a jelzett tünet tehát az anaemia perniciosának jókor való felismerésében fontos lehet. *Schaumann* (Helsingfors) is közölt nemrégiben egy idevonatkozó esetet, a mely azért is figyelemre méltó, mert azt bizonyítja, hogy a haemoglobin-tartalom vizsgálata egymaga még nem elegendő; az illető esetben ugyanis 2 millió vörös vérsejt és anisocytosis mellett a haemoglobin-tartalom még 85% volt, úgy hogy egyedül a haemoglobin-tartalom alapján nem gondoltak volna anaemia perniciosa fenforgására. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 26. sz.)

Sebészet.

A retroperitonealis haematomákról ír *A. Wagner*. Elhelyezödésük szerint az ilyfajta haematomák három csoportba oszthatók: a fossa iliaca mentén előforduló, a praevesicalis és a perirenalis vérdaganatokra. Az első csoportba tartozók oka leggyakrabban trauma, ámbár közöltek eseteket, a melyekben a terhesség alatt az uterus avagy ovarium ereinek megrepedése, máskor meg haemophil egyének nagyfokú vérzései hozták létre az említett elváltozásokat. Differential-diagnostikai szempontból is fontosak a fossa iliacában létrejövő haematomák, a mennyiben daganatokkal, echinococcusokkal, appendicitissel téveszthetők össze. Az ileopsoas varixainak megrepedése (ezen izom szakadása vagy nagyobb erőbeli behatás következtében) ugyancsak jelentékeny nagyságú retroperitonealis haematomára vezethet. *Wunderlich* a perirenalis vérzésekről két alakját különbözteti meg: traumás (ütés, esés, elgázolás a vesetájon) és olyan vérzéseket, melyek spontan keletkeznek; ezeknek leggyakoribb oka a chronikus nephritis, néha a genyes nephritis és haemophilia. De előfordulhatnak perirenalis vérzések vesetuberculosis és vesetumor eseteiben a veseerek arrosiója következtében. A szerző esete 18 éves betegre vonatkozik, a kit játékközben bal oldalán megütöttek. 7 órával a sérülés után kórházba került, a hol, mivel a heves fájdalmakon kívül belső vérzés symptomáit és nagy resistentiát találtak, laparotomiát végeztek rajta. A retroperitonealis haematoma ekkor már oly nagy volt, hogy a hasüreget mintegy két részre osztotta, a beleket a jobb oldalra nyomta. A hátulsó peritoneumot kb. 12 cm. hosszban megnyitotta és a vérrögök nagy részét eltávolítván, az üreget jodoformgaze-zal tamponálta. A beteg meggyógyult. A szerző mint a perirenalis vérzésre jellemző tüneteket emeli ki: a hirtelen támadó, heves fájdalmakat, a belső vérzés jeleit és a retroperitonealis tumor kifejlődését. A défense musculaire jelenléte következtében nem tudta teljes biztonsággal az intraperitonealis vérzés eshetőségét kizárni és ezért volt kénytelen medialis metszéssel a hasüreget megnyitni. A szerző a vérzés helyét nem tudta megtalálni. Egy másik esetben emelés közben jött létre a retroperitonealis vérzés, a beteg azonban még 4 hétig dolgozott és csak baloldali lágyéksérvének műtétje közben ismerték fel a haematomát. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1912, 35. szám.) *Ifj. Hahn Dezső* dr.

Localanaesthesiában végzett trepanatiókról referált *Bier*. Igen nagy előnye az általános narcosis felett, hogy 1. a vérzés nem olyan erős, 2. collapsus nem jön létre. A prognosisra nézve igen fontos, hogy a helyi érzéstelenítés segélyével a műtét egy ülésben végezhető. A szerző öt súlyos agytumorműtétet végzett az említett módon, a nélkül, hogy a pulsusnak legcsekélyebb módon való megváltozását észlelte volna. A helyi érzéstelenítésnek hátránya, hogy a novocain-adrenalin-injectiók következtében az agykéreg állománya is érzéstelenné válik; ennek tulajdonítható, hogy a mozgató centrumra ható izgalmak a patiensben görcsöket nem váltottak ki. Még inkább feltűnt a mozgató centrum érzéstelensége akkor, a midőn a szerző *Jackson*-epilepsia miatt operált. A legerősebb árammal sem tudta a centrumot megtalálni. *Borchardt* nem annyira a novocain-adrenalinnak tulajdonítja az agykéreg érzéstelenségét, mint inkább a tumornak, a mely a motoros centrum közelében fekszik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 33. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

A hasüregben szétömlött vér káros voltáról ír *Bröse*. Czikkének aktualitását emeli, hogy a VI. internationalis gynaekologiai congressus éppen a hashártya tűrőképességéről tárgyalt Berlinben (szeptember 9.—12.-éig). Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy vajjon a szabad hasüregben lévő vér veszélyes-e, avagy közömbös a betegre nézve, nagy gyakorlati fontossággal bir a megrepedt kürtterhesség, valamint a laparotomiák utókezelésében, különösen ha esetleges utóvérzések állanak be. Némely operateur (*Mackenrodt, Franz, Gottschalk, Flatau*) feleslegesnek tartja a vér kitakarítását a hasüregből, sőt extrauterin terhesség műtétekor a kivérzett asszonyokra határozottan előnyös — szerintük — a vér visszahagyása, mivel az resorptio útján a szervezetet erősiti. Más műtők (*Zweifel, Füth, Fehling, Martens, Werth, Bumm*) a visszahagyott vért károsnak minősitik. Háromféle hátránya van a visszahagyott vérnek: 1. a vér igen kedvező táptalaj a bacteriumok számára; 2. különösen a bélfalon át könnyen vándorolhatnak át bacteriumok és fertőzik az alvadt vérrögöket; 3. ha asepsises marad is a vér, a bomlástermékei könnyen intoxikálják a beteget.

Hogy a vér resorptiója alkalmával miféle méreg az, a mely az intoxicatiót kifejti, erre nézve eltérők a vélemények. Régebben a haemoglobin bomlástermékeire volt gyanu, de újabban elhagyták ezt a nézetet. Valószínűbb, hogy hasonlóak a tünetek ilyenkor azokhoz, melyek jelentkeznek, ha a szervezet nagyobb fehérjemennyiségeket resorbeál. Ilyenkor is olyan anyagok fejlődnek ki, melyek gyuladást idéznek elő és mérgezőleg hatnak a szervezetre. A szervezet anaphylaxiás lesz a saját fehérjéje iránt („arteigenes Eiweiss"). Ugyanilyen súlyos tünetek jelentkezhetnek nemcsak megrepedt tubazsák vérzésekor, hanem pl. kocsánycsavarodott ovarialis cysták stb. esetében is. *Bröse* ajánlja a műtét alkalmával a vér legszorgosabb kitakarítását és főként a műtét bevégzése előtt a laparotomizálton félig ülő helyzetben a hasüreg gondos kitörlését. Állandóan gondoljunk arra, hogy ha egy ilyen laparotomizálton a műtét után lázak állanának be, ennek oka utánvérzés is lehet; a próbapunctio a hátulsó hüvelyboltozaton át sokszor útbaigazít: ha vért nyerünk, colpotomia posterior útján a beteget meggyógyíthatjuk. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 37. sz.)

Scherer dr.

Gyermekorvostan.

A száraz tejnek használatáról a csecsemőtáplálásban értekezik *Avitagnet, Bloch-Michel* és *Dorlencourt*. A következő eredményekre jutnak: A tejpor ugyanúgy használható a csecsemők táplálására, mint minden más tejkészítmény, sőt bizonyos esetekben alkalmazása nagyobb előnyökkel is jár. Dyspepsiás gyermekeken, de különösen cyclikus hányásban szenvedő csecsemőkön alkalmazása határozottan előnyös, mert a táplálék sűrűségét tetszés szerint lehet szabályozni, különösen az utóbbi esetekben, a melyekben a tejport pép alakjában lehet kis dosisokban adni s így száraz táplálkozást megindítani. Tapasztalataik szerint a tejport a legtöbb esetben úgy a dyspepsiás, mint a heveny gyomorbélhurutos csecsemő jobban tűri, mint bármely más tejkészítményt. Kisérleteikben a félig lefölözött tej porát alkalmazták. Vizsgálataik alkalmával azt találták, hogy a tejporban a czukor és a zsír nagyobb változáson nem ment át, annál gyökeresebben változott meg a tej caseinja, ez bomlott s így az emésztésre alkalmasabbá vált, alvadásképességét

nem vesztette el, ellenben mint fajidegen fehérje a gyermeki szervezettel szemben való „toxicitását“ elvesztette. Adagját a gyermek állapota, kora és testsúlya fogja meghatározni. Támpontul szolgál az az arány, a mely a rendes tej és tejpor súlykülönbsége közt fennáll. Egy kgr. tiszta tejből 125 gr. aequivalens tejpor készül. *Bókay Zoltán* dr.

A lappangó öröklött bujakór klinikai kórjelzéséhez szolgáltat adatokat *Goldreich*, különös figyelemre méltatva a könyökmirigyek viselkedését. 130 esetből levont következtetései a következők:

1. A lappangó öröklött bujakór jelei gyakran annyira kifejezettek, hogy a tapasztalt klinikus a kórjelzést nem ritkán a Wassermann-reactio igénybevétele nélkül is teljes bizonyossággal állapíthatja meg.

2. A könyökmirigyek a többi tünettel egyetemben továbbra is értékesek lesznek a lappangó öröklött bujakór kórjelzésében, még pedig mind a csecsemőkön, mind az 5—6 évnél fiatalabb gyermekeken.

3. A Wassermann-reactio a lappangó veleszületett bujakór kórjelzésében is megbecsülhetetlen értékű, noha a negativ reactio nem szól teljesen bujakór ellen, minthogy eseteinek több mint egy harmadában a reactio negativ volt. (Zeitschrift für Kinderheilk., 1912, 4. kötet, 5. f.) *Flesch.*

Húgyszervi betegségek.

Stricturakezelés hyperaemiát előidéző húgycsőszondákkal. A *Bier*-féle poliklinikán *Kobelt* assistens kipróbálta a *Scharff* stettini szakorvos által szerkesztett, villamossággal melegíthető fémszondákat és arra a tapasztalatra jutott, a mit *Scharff* „*Urothermische Therapie*“ című közleményében (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 30. szám) részletesen leírt, hogy ezekkel a műszerekkel sikerül a hyperaemia gyógyító hatását a húgycső részére is, még pedig főképpen a szűkületek tágítása érdekében értékesíteni. A *Bier*-féle poliklinikán ugyanis úgy az innenső, mint a hátulsó stricturákat, még a legnagyobb fokúakat is, hosszú időn keresztül elektrothermiás bougiekkal kezelték és ennek kapcsán nem egy nevezetesebb észlelést figyeltek meg. A felmelegített szűkület a szövetek savós átivódása következtében simulékonyabbá válik s így hamarabb lesz tágítható, úgy hogy egy ülésben egymásután folyton vastagabb szondák alkalmazása következtében a gyógyulási idő lényegesen megrövidül. A testhőmérsékűre felmelegített szonda bevezetése igen kiméletes eljárás a beteggel szemben, a ki a már most lassacskán bár, de fokozatosan nagyobb meleget alig érzi, úgy hogy 55° meleg szondának hosszabb bentartása után sem égető fájdalomérzés, sem a dilatatio után olyan gyakori vizelési inger nem jelentkezik. Urethra-lázat a kezelés alatt egyáltalán nem észleltek; egyébként pedig azt tapasztalták, hogy a reactiv fokozódott kifolyás és az activ hyperaemia felszívó hatása következtében sikerül a recidivát, jobban mint eddig, elkerülni.

Az instrumentarium a következőkből áll: villamosan felmelegíthető *ruganyos* és *fémbougiekből*, egy kicserélhető hővezetőtestből, egy az áramba kapcsolandó controllhőmérőből, egy accumulatorból és a kapcsolást eszközlő kábelzsinórból. Úgy a ruganyos, mint a fémbougiek a Charrière-féle skála nagyságában mint ürszondák készültek, melyekbe a hővezető testet vezetjük be. Ez utóbbi izolált elektromos akadályokból, melyek a meleget előállítják, oly módon készült, hogy mint önálló bougie is használható és a felső részen egy dugócontactusban végződik, melyet a villanyos kábelre kapcsolunk rá. Az ellenőrző hőmérő, melyen a meleget leolvassuk, feltétlenül szükséges, minthogy a temperatura néhány percz alatt 100°-ra is emelkedhetik; a túlmagas hőmérsék elkerülésére, illetőleg a temperatura szabályozására automatás kapcsolószerkezet szolgál. Az áramot ugyanazon forrásból (accumulator, pantostat, stb.) merítjük, mint a cystoskopiánál.

Az eljárás a következő: Az áram megindítása után a steril bougiet 37° C-ra felmelegítjük és jól beolajozva asepsises módon a nem érzéstelenített húgycsőbe bevezetjük. Az urethra érzéstelenítése azért marad el, mert a meleg egyrészt maga is fájdalomcsillapító hatású, másrészt pedig a hőérzést meg akarjuk tartani, hogy a túlerős meleg által okozott sérülést elkerülhessük. A hőmérséket legfeljebb 50—55°-ra emeljük fel; ennél nagyobb meleg a beteget rendesen már nagyon kellemetlenül érinti. A szondát 10 perczig hagyjuk a húgycsőben, azután ugyanilyen módon egy nagyobb számút vezetünk be, mely ismét 10 perczig marad az urethrában. Rendesen 3 szondát cserélünk, úgy hogy egy ülés körülbelül $^1/_2$ órát vesz igénybe. A pars posterior heges szűkületei eseteiben egy ülés esetleg 1 óráig is eltarthat, de a beteget ez sem érinti valami különösen kellemetlenül. Az üléseket hetenként 3—4-szer ismételjük.

Ezzel az eljárással, melynek egyik főelőnye a hosszantartó fokozatos dilatatio elkerülése, sikerült a szerzőnek nem egy a pars posteriorban támadt, nagyon callosus szűkületnek néhány ülés alatt történt igen kedvező befolyásolása, illetőleg a vizelési nehézségnek teljes megszüntetése. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 30. szám.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Izületcsúz eseteiben *Fraenkel* tanár osztályán a berlini Urban-kórházban nagyon jó eredménynyel használták az *atophant*, a mint azt *Neunkirch* közli. Naponként 3—4 grammot adtak, még pedig minden grammot legalább 200 cm³ vízzel és 2—3 gramm natrium bicarbonicummal. Az eseteknek többségében 48 óra alatt gyógyulás következett be, még pedig olyan esetekben is, a melyekben a salicylkészítmények hatástalanok voltak (ezzel szemben 2 olyan eset, a mely atophanra nem reagált, salicylra meggyógyult). A *melubrin* nevű új szerrel is kisérleteztek és főleg könnyebb és subacut esetekben mellékhatásoktól mentes, jó szernek találták, a mely különösen mint antipyreticum érdemel figyelmet. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 9. füzet.)

A hexal nem más, mint sulfosalicylsavas hexamethylentetramin. A hexamethylentetramin kedvező hatása a húgyutaknak főleg bacteriumos eredetű betegségeiben ismeretes. A hexal hatása még kedvezőbb, a mennyiben nem csupán antisepsises, hanem adstringens és érzéstelenítő hatású is; az íze is kellemesebb. A szervezetben sulfosalicylsavra és hexamethylentetraminra hasad, ez utóbbiból pedig formaldehyd válik le. Cumulativ hatása állítólag nincsen és kellemetlen melléktüneteket nem okoz, még huzamosabb használat esetén sem. $^1/_2$ grammos tablettákban kapható, a melyekből naponként 3—6-szor veendő be, lehetőleg az étkezés után, 1—2 darab egy pohár vízben feloldva.

Tizenkét éve fennállott glossitis ulcerosa esetét ismerteti *Allport*, a melyben a salvarsan-glycerin-ecsetelés nagyon kedvezően hatott. (Brit. med. journ., 1912, aug. 17.)

A santyl nevű santalolaj-készítményről nagyon dicsérően nyilatkozik *O. Nitze* (Berlin). Nem csupán heveny és idősült gonorrhoea eseteiben használta (természetesen a megfelelő causalis therapia mellett), hanem nem gonorrhoeás eredetű húgyhólyagbajokban is. Nagy előnye, hogy a betegek könnyen beveszik, nem izgatja a gyomrot meg a vesét és hosszú időn át adható baj nélkü. (Therapie der Gegenwart, 1912, 8. füzet.)

Az ervasin (acetykresotinsav) *Richter* szerint nagyon jó gyógyítószere az izületcsúznak és általában a csúzos betegségeknek. Hatásában felülmúlja az acetylsalicylsavat, a melylyel szemben azért is előnyben részesítendő, mert kevésbé ártalmas. $^1/_2$ grammos tablettákban kapható, a melyekből naponként 2—4 veendő be. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 38. sz.)

A fermocyl-tablettákkal *Schnée* diabetes mellitus néhány esetében kedvező eredményt ért el. A nevezett tabletták állítólag a szénhydrátokat bontó fermentumokon kívül pankreasfermentumot is tartalmaznak, hatásuk tehát ebből magyarázható. Naponként 3-szor adandó 2—4 tabletta. (Zentralblatt für innere Medizin, 1912, 32. sz.)

Idősült gyomorbélpangás eseteiben *Gockel* (Aachen) szerint nagyon sokszor mellőzhető a gyomormosás, ha a diaetás és esetleg tüneti kezelés mellett erélyes andacid és antifermentativ kezelést foganatosítunk. E czélra nagyon ajánlja a Merck-féle magnesiumperhydrolt, mint a melyből a savanyú gyomortartalommal érintkezéskor oxygen válik szabaddá és ez rothadást gátló, szagtalanító és antifermentativ hatást fejt ki; e mellett az aciditas is csökken és a képződött gázoknak erős ad- és absorptiója áll be. (Med. Klinik, 1912, 30. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 39. szám. *Hatiegán Gyula:* Adatok az eosinophilia klinikai jelentőségéhez. *Parádi Ferencz:* Meddőséggel kapcsolatos kérdések.

Klinikai füzetek, 1912, 9. füzet *Pertik Tamás:* A dioradinról. *Pető János:* Iskolaköteles nyomorék gyermekek kötelező gyógytornája,

Orvosok lapja, 1912, 40. szám. *Kovácsics Sándor:* Tüdővész Győrmegyében, a sokoróaljai járásban. „Socialis egészségügy" melléklet, 3. szám. *Kardos Géza:* Észlelések a Budapestről Szegedre szállított csecsemőkön. *Genersich Gusztáv:* Miképpen lehetne az állami gyermekvédelem intézményeit, különösen a telepbizottságokat a patronage-egyesületek munkásságával kapcsolatba hozni, oly czélból, hogy a társadalmi erők egyesíttessenek.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 40. szám. *Fischer Ignácz:* A paralysis incipiensről. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle" melléklet, 3. szám. *Schor Ernő:* Lehet-e szó a tanulók túlterheléséről *Minich Károly:* A hypnosis kérdése a törvényszéki orvosi gyakorlatban. *László Gyula:* Ujítás a porosz iskolák tornatanításában, vagy a tízperczes tornázásról. *Simonyi Ernő:* Ivóvizeink egészségügyi vizsgálatának kérdéséhez. *Sinka Sándor:* Az ifjúsági játékügy és játékterek Amerikában.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Sámson Márton* dr.-t, biharmegyei tiszteletbeli főorvost az államvasutakhoz orvosi tanácsadóvá nevezték ki.

Választás. *Formágyi Győző* dr.-t Vallán körorvossá választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület augusztusban 1503 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 925 szállítást végzett, 188 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 20-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. Az augusztus havi működési főösszeg 2636.

Jelentés Békésvármegye közkórházának 1911. évi működéséről. Tekintélyes, 328 lapra terjedő kötet alakjában bocsátotta közzé *Berkes Sándor* dr. kórházigazgató e mintaszerű kórház mult évi jelentését. Ez évben lett teljessé a kórház az új sebészeti, tüdőbeteg- és fertőzőbeteg-pavillonok elkészültével, a melyeket műszaki szempontból részletesen ismertet *Jendrássik Alfréd* építész, ministeri osztálytanácsos. Ezt megelőzően mintegy félszáz lapon a kórháznak 1911. évi történetét találjuk, közbeszőtt adatokkal a kórháznak egész történetéből, a melyek fényesen bizonyítják, hogy kitartással és buzgalommal mily mintaszerű intézmény létesíthető a csekély kezdetből. A statisztikai rész után, a melyből megtudjuk, hogy a kórházban a mult évben összesen 6464 beteget ápoltak, 4·67% halálozással; a betegek részére 950 ágy állott rendelkezésre, egy egy betegre átlag 44·72 nap esett. *Décsi Károly* az elmegyógyító osztály, *Feldmann Ignácz* a kórbonczolástani intézet, *Békés Dezső* a szembeteg-osztály és *Kaczvinszky János* a sebészeti osztály működését ismerteti kimerítően; ez ismertetések fényesen dokumentálják, hogy a gyulai közkórház a benne folyó serény és az orvostudomány mai színvonalán álló működése révén is megérdemli, hogy kórházaink között a legelső helyek egyikét foglalja el.

Baja város közkórházának évi jelentése 1911-ről megjelent *Róna Dezső* dr. igazgató-főorvos szerkesztésében. 1911-ben összesen 2438 beteget ápoltak; az átlagos napi beteglétszám 290 5 volt. A jelentés legbehatóbban a sebészeti osztály működésével foglalkozik, az érdekesebb eseteknek rövid kórtörténetét is adva; műtétet 514-et végeztek, ezek közül szülészeti 42, gynaekologiai 58, szemészeti 8 volt. A jelentés végén *Kőhegyi Károly* dr. osztályos főorvos a kórház elmeosztályával kapcsolatos ápolási telepet ismerteti.

Meghalt. *Fölser István* dr. szabadkai orvos 36 éves korában szeptember 27.-én. — *Tarnói Emil* dr., a nagykikindai közkórház osztályos főorvosa 48 éves korában szeptember 24.-én. — *Adler Alajos* dr. 77 éves korában szeptember 30.-án Budapesten. — *H. Denlos* dr., kiváló dermatologus, a franczia bőrkórtani társulat főtitkára, 68 éves korában, Párisban.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. *Az elmebajos nők gynaekologiai betegségeit* tanulmányozta *F. Taussig;* különösen a maniás-depressiv elmezavarban van nagy jelentősége a nemi szervek bajainak, a mennyiben ez utóbbiak kezelésére az elmebeli állapot sokszor tetemesen javul. (Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, aug. 31) — *A rectoskop használata* colitis ulcerosa eseteiben *Wegele* szerint ellenjavalt; eddig már 5 haláleset ismeretes. (Német orvosok és természetvizsgálók 84. vándorgyűlése) — *A spirochaeták festésére* egyszerű és gyors eljárást ajánl *Thol Shmamine*: a fedőlemezre felkent anyag óvatos rögzítése után (lángon vagy még czélszerűbben methylalkoholban) 3—4 csepp 1%-os kálilúgot cseppentünk rá és leöblítés nélkül tüstént néhány csepp vizes fuchsin- vagy töményvizes kristályibolya-oldatot; 3 percz mulva leöblítés, szárítás és balzsamba tevés. (Zentralbl. für Bakteriologie, Abt. 1, Orig. Bd. 61.) — A leipzigi orvos-egyesület június 18.-án tartott ülésén *Mohr* egy iszákos ember kórtörténetéről számolt be, melyből kiemelendő, hogy a többi között *idősült nephritisben* is szenvedett az illető, még pedig a vizelete 64·8 pro mille fehérjét tartalmazott; maga a vizelet vöröses-sárga, sűrűn folyó, ragadós, teljesen mézszerű consistentiájú volt. — *Tejelválasztást* mesterségesen sikerült előidéznie *A. Mayer* nek egy 6 hetes kecskén olyan módon, hogy emberi placenta nedvét fecskendezte be rendszeresen; az emlő 14 nap mulva megduzzadt, a tejelválasztás megindult és nemsokára napi 22 cm^3-re fokozódott; az állat — sajnos — tüdőgyuladásban elpusztult s igy nem volt tovább tanulmányozható. E kisérlet mindenesetre bizonyitja, hogy nem annyira innervatiós folyamatok, hanem a terhesség folyamán képződő vegyi anyagok által indittatik meg a tejelválasztás. (Medizinisch naturwiss. Verein Tübingen, 1912 junius 24.-i ülés.)

Dirner Gusztáv dr., egyetemi magántanár, a budapesti állami bábaképző intézet igazgatója, lakását VIII, Horánszky utcza 12. sz. alá tette át

Reform-javaslat a rendelt orvosságok dosisainak megjelölésére. *E. Harnack,* a berlini egyetem ismert gyógyszertantanára a Deutsche med Wochenschrift szeptember 26.-i számában figyelemreméltó javaslatot tett azirányt, hogy hogyan kellene a rendelvényen az orvosságok dosisát megjelölni. A mostani megjelölési mód, mely szerint a centigrammot 0,01-nek, a miiligrammot 0,001-nek irják, könnyen tévedésre szolgáltat alkalmat s már számos mérgezésnek volt a kútforrása. A régi gyógyszerész-súlyszámitás (uncia, drachma, scrupulus, gran), a mely kb. 1872-ig állt fenn, sokkal czélszerűbb volt a mostani rendelésmódnál, melynek hibája a tizedes-rendszerben rejlik. Egy nulla elhagyása a dosis tízszeresét jelenti, s ez gyakran már halálos dosis, különösen a gyermekgyakorlatban. *Harnack* lehetetlennek tartja a régi súlyegységhez való visszatérést, hanem e helyett a következőket javasolja: 1. A recepteken tizedes törteket nem szabad irni, hanem csak közönséges törtszámokat, vízszintes osztó vonallal, tehát 1·5 helyett $1\frac{1}{2}$-et kell irnunk. 2. Minden szám elé e két jel egyikét irjuk: G (gramm) vagy M (milligramm). 3. A decigrammokat a G törtszámával fejezzük ki (1 decigramm = $G\frac{1}{10}$), a centigrammokat a M többszöröseivel (1 centigramm = M 10, 9 centigramm = M 90). Ime az új rendelésmód két példája: Rp. Extract. Strychni M 10, Magnes. carbon. G. $\frac{2}{10}$, olei Menth. piper. gtt II, Sacch. albi G. $\frac{3}{10}$. M. f. p. D. t. d. No. 6 in ch. cer. S. etc. — Rp. Apomorphin. hydrochlor. G. $\frac{1}{10}$, Morphii hydrochlor. M. 50, Acid. hydrochlor. gtt. X. Aquae destill. ad G. 150. MDS. etc.

Személyi hirek külföldről. A marburgi egyetem szemészeti tanszékére *A. Bielschowsky* lipcsei rendkivüli tanárt nevezték ki. — A gráczi egyetemen a kórbonczolástan tanára *H. Albrecht* bécsi rendkivüli tanár lett. — Tanári, illetőleg rendkivüli tanári czimet kapott: *G. Axhausen* (Berlin, sebészet), *A. Mayer* (Tübingen, nőorvostan). — A philadelphiai Jefferson-orvosi intézeten *W. Sweet* dr.-t a szemészet és *H. R. Loux* dr.-t az urologiai sebészet tanárává, a philadelphiai egyetemen *N. Riesman* és *J. Sailer* dr.-t a belorvostan tanárává nevezték ki.

Hirek külföldről. A stuttgarti állatorvosi főiskolát október 1.-évl végképp feloszlatják. — A német természetvizsgálók és orvosok 84. gyülése szeptember 15.—21.-éig volt Münsterben. A jövő évi ülést Bécsben fogják tartani, *H. H. Meyer* tanárnak, a gyógyszertan tanárának elnöklésével. — Nemzetközi orvostörténelmi congressus lesz Rómában október 8.—22.-éig, kapcsolatban a nemzetközi régészeti és műtörténelmi congressussal. A programmban eddigelé az előadások tárgyaiul a következők szerepelnek: praehistorikus orvoslás, *Celsus, Scuola Salernitana,* középkori anatomia, *Mundinus, Gentile di Foligno, Mariano Santo,* a renaissance nagy orvostudósai, *Borelli, Valsalva, Eustachius, Morgagni, Malpighi,* a közegészségügyi törvényhozás történelme, *Maria Dal Donne „Syllabus Obstetricus"*-a. A congressus főtitkára *V. Persuti* tanár, 47, Esedra, Roma.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletébe befizettek: Kaiser Károly, Goldner Adolf, Barlay János, Bayer Sándor, Laky Árpád, Kiss Gyula, Péchy János, Tóth Gedeon, Fadgyas Gyula, Hammer Dezső, Gyergyai Árpád, Kern János, Gerber Károly, Csiki Tivadar, Fodor Leó, Lendvai Mór, Gál Sándor, Födi Emil, Lehotzky János, Bakó Péter, Klein Adolf, Nádai Lipót, Schwarz Vilmos, Wallerstein Bódog 4—4 koronát. — 8 - 8 koronát: Hevessi Gyula, Kohn Márk, Hevessi Imre, Leitner Miksa, Feldmann Ignácz, Orsós Ferencz, Schwarz Adolf, Radó Lipót, Walla Béla, Rosenthal Jenő, Misner Antal, Milkó Ignácz, Lövy László, Geiringer Henrik, Ember Géza, Tóth Samu, Vizi Henrik és Stern Miksa. — 12—12 koronát: Konrádi Dániel, Rácz Adolf és Maár Mihály. — 6—6 koronát: Becsegi János, Weisz Teodor, Lánczi Géza és Kovács Géza. — 20—20 koronát: Mittelmann Miksa, Kajdy József, Balla Sándor gyógyszerész, Lautner Ferencz. *Katona József,* pénztáros.

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

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

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.**

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

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

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

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

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

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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

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

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

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

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

PÁLYÁZATOK.

4227/1912.

A városi „Erzsébet" közkórház szemészeti osztályán lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás — a mely ideiglenes jellegű s egyelőre két évi időtartamra töltetik be — évi 1500 kor., azaz Egyezerötszáz korona fizetéssel, I. oszt. kórházi élelmezéssel s egy elő-, egy fürdő- és 1 lakószobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés s világítással van egybekötve.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883 I. t.-cz. 9. §-ában előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. 1912. évi október hó 10. napjának d. u. 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be.

Végül megjegyzem, hogy a fenti alorvosi állásban eltöltött idő a kötelező orvosi gyakorlat idejébe beszámíttatik.

Hódmezővásárhelyen, 1912. évi szeptember hó 19.-én.

Juhász, kir. tanácsos, polgármester.

4139/1912. kig. sz.

Pest Pilis-Solt-Kiskúnvármegye nagykátai járásához tartozó Szentmártonkáta község székhelylyel rendszeresített és két községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalma következőkből áll:

1. Törzsfizetés 1600 korona
2. Évi 600 korona lakbér, később természetbeni lakás és kert.
3. A törvényhatóság által megállapítandó távolsági díjak és fuvarátalány.
4. Öt évenként 200 koronától 800-ig emelkedő korpótlék
5. A vármegyei szabályrendelettel megállapított halottkémlési díjak és a kerületi munkásbiztosító pénztári orvosi járulék egyezség szerint.
6. Műtétekért a 135.000/1900 B. M rendelet alapján a vármegyei szabályrendelettel megállapítandó díjak

Végre felterjesztés tétetett helyipótlék engedélyezése iránt

Felhívom pályázni kivánókat hogy az 1908. évi XXXVIII. t cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi október hó 20.-áig** nyujtsák be.

A választást Szentmártonkáta községházához 1912. évi október hó 21-én délelőtt 9 órára tűzöm ki.

Nagykáta, 1912 szeptember 30 *A főszolgabiró.*

2993/1912. sz.

Jásznagykúnszolnok vármegye 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 négy 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.

A pályázat határidejéül **folyó évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő után beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Felkérem pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényüket hivatalomhoz a fenti határidőig terjeszszék be.

Jászapáti, 1912 szeptember 27.

Dr. Horváth József, szolgabiró.

92991/II—1. szám.

A mezőhegyesi m. kir. ménesintézetnél megüresedett **orvosi állásra,** mely évi

2600 korona készpénzfizetés
480 kgr. búza
440 kgr. rozs
400 kgr. árpa
2000 kgr. széna
12 m³ tüzifa
1460 liter tej

természetbeni lakás és 1 hold illetmény föld haszonélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kivánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányaikról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat legkésőbb **folyó évi október hó 20.-áig** a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyujtsák be; később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Minthogy az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag van szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben aláveti a katonai szabályoknak és igy a ménesparancsnokság rendeleteit pontosan, lelkiismeretesen teljesíti s általában a ménesintézeti szabályokat megtartja.

M. kir. földmivelésügyi minister.

A *kisszállási uradalomban* **az uradalmi orvosi állás** megüresedvén, ennek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 4000 korona, 40 köbméter tüzifa, szabad lakás és uradalmi lófogat használata. Kötelessége az összes uradalmi alkalmazottak gyógykezelése. Az itteni községi orvosi állás megüresedése esetén az uradalmi orvos ennek elnyerésére is pályázhatik. Azon orvostudor urak kik az állásra pályázni szándékoznak, szíveskedjenek folyamodványaikat az Uradalmi Jószágfelügyelőségnek (Kisszállás, Bácsmegye), a mely készségesen szolgál közelebbi felvilágosításokkal, **október hó 15.-éig** beküldeni.

Kisszállás, 1912 szeptember 26.

901/1912. ikt. sz.

Békésvármegye közkórházánál üresedésbe jövő **egy sebészeti segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Évi 1200 korona készpénzfizetés és I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés-világítással.

Folyamodni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám **1912. évi október hó 15.-éig** küldjék be.

Gyula, 1912 szeptember 26.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

1184/1912.

Az évi 1600 korona készpénzzel, 400 korona lakbérrel és a szabályrendeletszerű látogatási díjakkal javadalmazott, kézi gyógytártartási jogositványnyal összekötött torontálmegyei módosi járási *Istvánfölde* nagyközségbeli **községi orvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkéretnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1912. évi október hó 31.-éig** a módosi főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy a községi előljáróság kedvező választás esetére a megválasztandó orvos részére biztositani vél a képviselőtestület által megszavazandó évi 600–800 korona személyi pótlékot.

M ó d o s, 1912. évi szeptember hó 27.-én.

Steinbach Antal, főszolgabiró.

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.

SEMMERING Dr. Vécsei csász. tan. sanatoriuma

Bécsből 2 órányi távolságban, 900 m. a t. sz. f. Idegbetegek és anyagcserebántalmakban szenvedők, különösen diabetikusok részére.

MARGIT GYÓGYFORRÁS (BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a **légzőszervek hurutos** bántalmainál **igen jó hatású** még akkor is, ha **vérzések esete** forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 7065

„Urocamphori JENCS“

a húgyutak lobos megbetegedésének kezelésénél rendkivül bevált szer. (Lásd „Urologiai Szemle“ 1908. évi számát.)

1 phiola 3 korona.

Készíti: **JENCS VILMOS** Városi gyógyszertára

Budapest, II., Fő-utcza 27. sz.

! Irodalom rendelkezésre áll !

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 készítményü: **orvosi műszer, sérvkötő, hasköto, műláb, műkar, támgép** és betegápoláshoz szükséges összes gyártmányaikat.

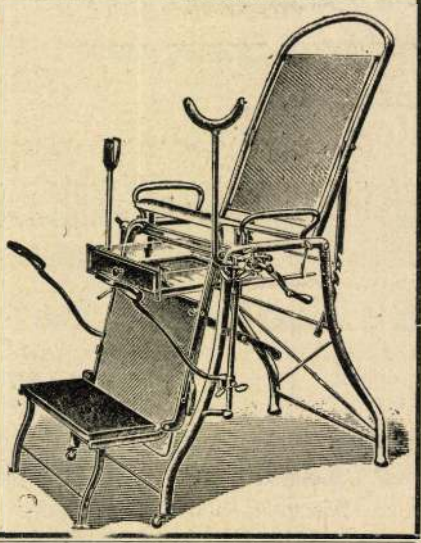
SPECZIÁLISTÁK:

műtő-, orvosi rendelő- és sterilizáló-szobák részére szükségelt készülékek és összes **vasbútorok berendezéseiben.**

Költségvetések kivánatra azonnal díjmentesen beküldetnek.

Állandó orvosi és műtőszobaberendezés, vasbútor-kiállítás.

Letelepedő orvosok részére teljes felszereléseket **kedvező** fizetési (részletfizetésre is) feltételek mellett szállítanak.



A Zoltán-féle csukamájolaj

Ára K 2.— **kapható minden gyógyszertárban.** **Ára K 2.—**

BROMLECITHIN RICHTER

A NEURASTHENIA SPECIFIKUS SZERE.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

56. évfolyam. 41. szám. Budapest, 1912 október 13.

ORVOSI HETILAP

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Az Országos Közegészségi Tanács jelentése a m. kir. Belügyi kormányzathoz az 1911-ben az ország területén országos gyűjtés által megállapított Heine-Medin-(gyermekhűdés-, poliomyelitis-) megbetegedésekről, illetőleg az 1911. évben lefolyt magyarhoni járványról. 749. lap.

Guszman József: Polyarthritis syphilitica acuta. 757. lap.

Galambos Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tan.) A normalis qualitativ vérképről. 760. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Sobotta J.*: Az ember anatomiájának atlasza. — *Ph. Bockenheimer*: Plastische Operationen. — *Lapszemle. Belorvostan. J. R. Burkes*: Az adrenalinhatásnak sók általi befolyásolhatása. — *G. Wolfsohn*: A thyreosis anaphylaxiás jelenség. — *Leonard Rogers*: Amoeba-dysenteria s kiséretében beálló hepatitis. — *Idegkórtan. Babinski*: A contractura klinikai ismerete. — *Babinski és Jarkovski*: Organikus és psychés anaesthesia. — *E. Schwarz*: Az art. cerebelli inf. post. elzáródása. — *Gyermekorvostan. Zappert*: Az idősebb gyermekek heveny fájdalmas emlőmirigyduzzanata. — *Peiser*: Konzervált dajkatejjel táplált csecsemők. — *J. Inaba*: A Bordet-Gengou-féle pertussis-bacillus. — *Venereás betegségek. F. Pinkus*: A syphilis gyógyítása kapcsán keletkezett encephalitis. — *Húgyszervi betegségek. G. Marion*: Miként viselkedjünk vesegümőkór azon eseteiben, a melyekben a beteg hólyagon keresztül vesevizsgálatot nem végezhetünk? — *G. Marion*: Az urethroraphia circularis és a derivatio urinae értékéről húgycsőműtéteknél. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. J. W. Bremer*: Tengeri betegség. — *L. Marchetti*: Fibrolysinnel kezelt húgycsőszükület. — *Moljakow*: Scarlatina. — *O. Weiss*: Asthma-roham. 762—765. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 765. lap.

Vegyes hirek. 765—766. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az Országos Közegészségi Tanács jelentése a m. kir. Belügyi kormányzathoz az 1911-ben az ország területén országos gyüjtés által megállapított Heine-Medin- (gyermekhűdés-, poliomyelitis-) megbetegedésekről, illetőleg az 1911. évben lefolyt magyarhoni járványról.

Irta: ***Bókay János*** dr., udvari tanácsos, egyet. nyilv. r. tanár, az Orsz. Közegészségi Tanács rendes tagja.

Nagyméltóságú Minister Úr!

A gyermekhűdésnek olykor csoportos megjelenése egyes vidékeken ugyan már évtizedek előtt feltűnt egyes orvosoknak (*Bergenholtz* 1868[1], s tudjuk, hogy 1876 óta a Skandináv-félszigeten, Svédországban és Norvégiában ismételten észleltek kisebbszerű járványokat (*Medin*), hogy azonban a megbetegedések tömegesen is jelentkezhetnek s hogy a szó szoros értelmében járvány alakjában is mutatkozhatik a kór, ez csak a legutóbbi évek kiválóan érdekes tapasztalata.

Az 1905. évben Svédországban és Norvégiában kifejlődött nagykiterjedésű s nagy megbetegedési számokat mutató járványok, melyek úgy látszik a két ország határán levő Göteborgból vették kiindulásukat, költötték fel különösen a szakemberek figyelmét a Heine-Medin-kór iránt, s a svéd és norvég orvosoknak mesteri tanulmányai ezen két epidemiáról (*Wickmann*, *Harbitz* és *Scheel* munkálatai) mindenfelé a legnagyobb feltűnést keltették és reáirányították a szakemberek figyelmét arra, hogy működésük területén nem jelenik-e meg szintén csoportosan, esetleg epidemiásan a gyermekhűdés.

Az Egyesült-Államok területén Newyork államban s magában Newyorkban 1907-ben megindult poliomyelitis-járvány, melyet csakhamar követett a Massachusetts-állam területén jelentkezett epidemia, *megdöbbentően nagy* megbetegedési számokat mutatott fel s még inkább reáirányította e kórra a figyelmet; az Egyesült-Államok orvosai vállvetett működéssel indították meg a statisztikai adatok beszerzését s az eseteknek minden irányban eszközölt komoly tanulmányozását a czélból, hogy a gyermekhűdésnek ezen rejtélyes körülmények folytán létrejött nagyarányú epidemiás fellobbanásának magyarázatát megadhassák. Hogy ezen úgynevezett poliomyelitis-járványok tanulmányozása *nem tisztán tudományos kérdés, hanem, tekintettel a poliomyelitis lefolyása után visszamaradó bénulásokra, nemzetgazdasági kérdés is*, kitűnik abból, hogy Norvégiában 1905-ben 918 volt a megbetegedések száma, Svédországban pedig ugyancsak ebben az évben 1000-nél több, és Newyork-államban, még pedig Newyorkban magában s közvetlen környékén 1907-ben 2500 eset konstatáltatott összesen s a következő években a megbetegedések száma még tovább szaporodott, olyannyira, hogy *1910-ben az Egyesült-Államok területén*[1] *majdnem 9000 megbetegedés jutott a hatóságok tudomására* (lásd az 1. táblát), *13·75% halálozással s az állandósult bénulások óriási számával.* Jól mondja *Römer H. P.*, a hessen-nassaui járvány alapos ismertetője,[2] hogy: *„Die Heine-Medin'sche Krankheit erzeugt da, wo sie nicht tödlich ist, eine grosse Reihe physisch minderwertiger Personen, die ausschliesslich das „Soll" im Staatshaushalt belasten"*.

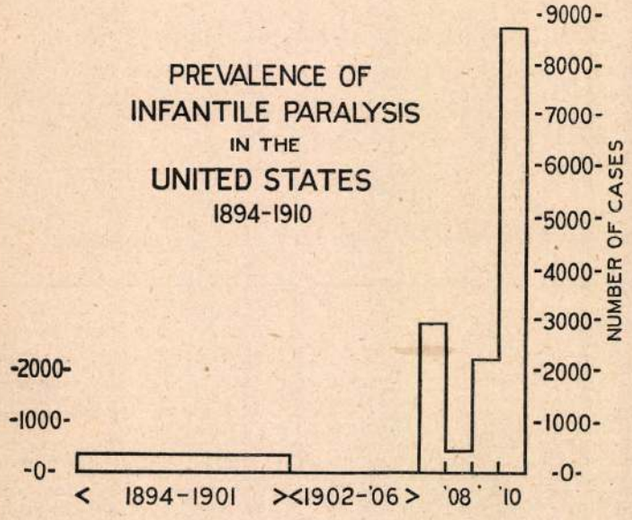
A svéd és norvég járványt követő németországi járványok (westfaliai, hessen-nassaui, hannoveri, sziléziai, pomeraniai járvány), továbbá az Ausztria területén mutatkozott járványok (Alsó-Ausztria, Styria), valamint a Párisban, de Francziország más helyein is észlelt, bár kisebb terjedelmű epidemiák azon látszatot keltették mindnyájunkban, kik az utóbbi években a mindinkább növekvő s igazán gazdag klinikai és kórtani, valamint epidemiologiai adatokat tartalmazó irodalmat figyelemmel követjük, *hogy a XX. századnak szomorúan érdekes sajátossága, hogy a gyermekhűdés,* melyet eddig, 1840 óta, tehát a nagyhírű stuttgarti orvos, *Jakob v. Heine* klasszikus munkálata óta *csak sporadikus* megjelenésben láttunk, bár kisebbszerű epidemiák a Skandináv-félszigetről különösen *Medin* által a multban közzétettek, *eddig ismeretlen körülmények közrejátszása folytán mindenfelé többékevésbé kifejezetten járványosan kezd jelentkezni.*

Hogy a gyermekhűdésnek valóban *mindenfelé* megvan a tendentiája a jelenben arra, hogy epidemiásan jelentkezzék, mutatják azon irodalmi közlések, a melyek — a svéd,

[1] *W. Lowett* and *Ph. A. E. Sheppard.*: Infantile Paralysis in Massachusetts during 1910.

[2] *P. H. Römer*: Die epidemische Kinderlähmung. Berlin, 1911. pag. 229.

norvég, némethoni, osztrák s amerikai már jelzett tanulmányokon, kívül — Hollandiából, Svájczból, Angliából, Spanyol- Olasz- és Oroszországból, Cubából, Ausztráliából az utolsó 4—5 évben közzététtettek.



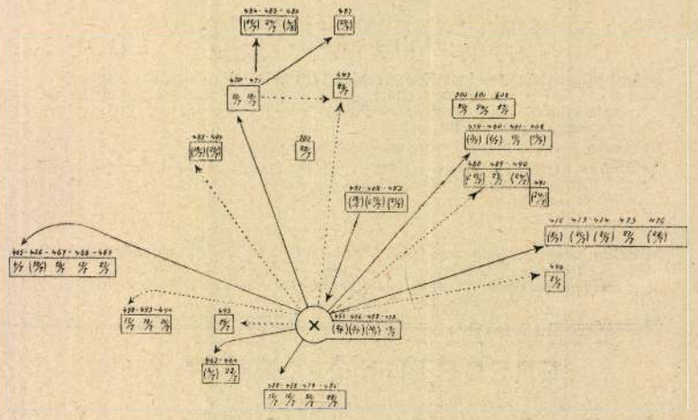
1. ábra.

Hogy mi okozta az utóbbi évek intenziv járványait, tehát a kór szembeszökő fellobbanását, holott sporadikus gyermekhűdés-eseteket eddig is mindenhol észleltek az orvosok, az ma még nincsen tisztázva. *„Jeder Versuch einer Erklärung* — írja *Römer*[3] — *hat hier nur den Wert einer mehr oder weniger unwahrscheinlicher Hypothese."*

Hogy a betegség *nemcsak fertőző*, ***de egyszersmind ragályos is,*** azt *Wickmann* észleletei bizonyították be először kétséget kizárólag s megfigyelései között talán legtanulságosabb a Trästana svéd községben fejlődött járvány, melynek behatóbb tanulmányozása alapján az érdemes búvár tisztán ki tudta mutatni a kór *sugaras* terjedését, *abortiv esetek közvetítésével, a népiskolából kiindulva.* (2. ábra.) A nemrég lezajlott németországi járványok pompás megfigyeléseikkel ugyanezt bizonyítják *s egyszersmind azt is bizonyítják, hogy a ragályozást egészséges egyének* ***(bacterium-rejtők)*** *is továbbíthatják.*

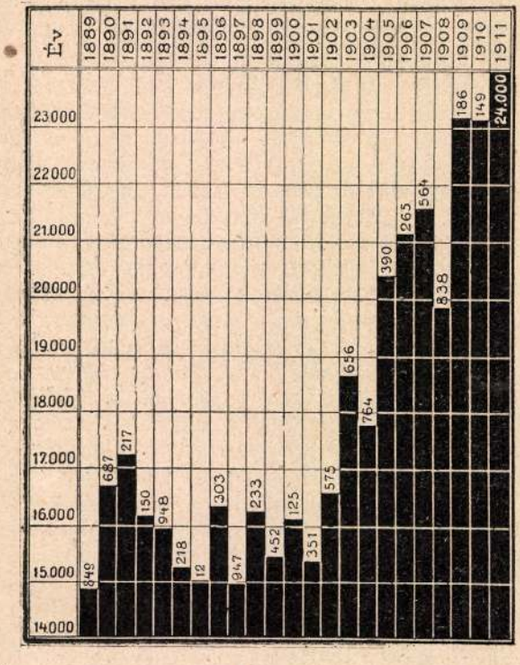
[3] L. c. pag. 186.

Alulirott előadó *Wickmann* idézett könyvének megjelenése óta, tehát 1907-től kezdve éber figyelemmel követtem a budapesti egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos Stefánia-gyermekkórház népes ambulans anyagán az idevonatkozó hazai viszonyokat s *már az 1911. év elején azon benyomást nyertem* s ennek irodalmilag is kifejezést adtam, *mintha a megbetegedések száma az utolsó három évben hazánkban felszaporodott volna.* Az 1911. év folyamán szerzett további tapasztalataim benyomásom helyességét *teljesen* beigazolták, úgyannyira, hogy kórházi adataim alapján már *határozottsággal* állíthattam, hogy a gyermekhűdés járványos *fellobbanása hazánkban is,* épp úgy, mint a szomszédos Alsó-Ausztriában s a távolabb szomszédos Porosz-Szileziában, bekövetkezett, bár epidemiás jellege nálunk a jelenben komolyabb aggodalomra a közegészségügy szempontjából okot *nem* igen szolgáltat.

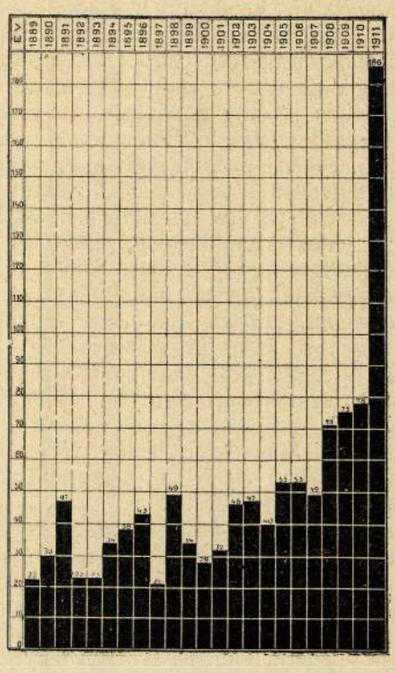


2. ábra.

A beiktatott alsó két táblázat közül az egyik (3. ábra) a Stefánia-gyermekkórház ambulans beteganyagának évi forgalmát mutatja 1889-től 1911-ig bezárólag, a másik graphikon pedig (4. ábra) a gyermekhűdés évi forgalmát a kórház, illetőleg klinika ambulans beteganyagában ugyanazon idő alatt. Ha a két graphikont egymás mellé állítva vizsgáljuk, kétséget kizárólag konstatálhatjuk azt, hogy *1908, 1909 és 1910-ben* a gyermekhűdés görbéje kórházunk ambulans beteganyagában *határozott emelkedést mutat, 1911-ben* pedig oly *feltünő* kitérést, mely kétségtelenül *szembeszökő.* Mig 1899-től az 1910. év végéig 229.3000 ambulans beteg között az ország különböző részei-

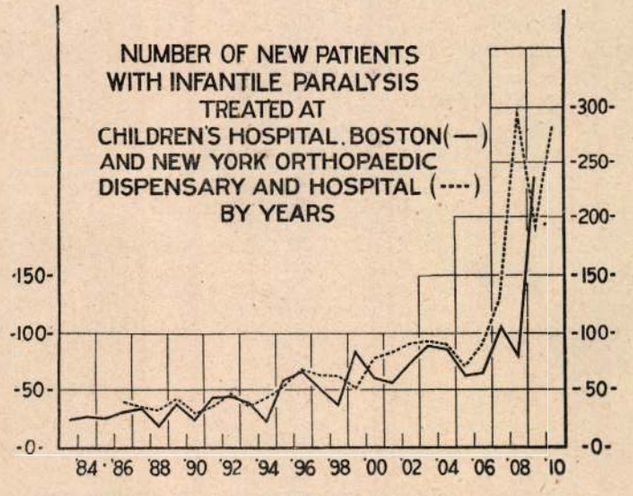


3. ábra.



4. ábra.

ből s a székesfővárosból gyermekhűdés-kórjelzéssel összesen 571 gyermeket mutattak be, a mi összes betegeinknek 0·25%-át teszi ki, *addig 1911-ben 24.000 betegünk között 186 esetet láttunk, a mi az összmaterialisnak majdnem 0·8%-a.* Már ezen egy adat magában véve is elegendő volt arra, hogy a gyermekhűdés terjedését hazánkban *fokozott figyelemmel* kisérjük, illetőleg beható tanulmány tárgyává tegyük. Fenti kórházi graphikonunk mellé ha odaállítjuk a bostoni *Children's Hospital* és newyorki *Orthopaedic Dispensary and Hospital* graphikonját (lásd 5. ábra), látjuk a görbék közötti hasonlatosságot s látjuk jól, hogy *mindhárom kórházi görbe pontosan jelzi az állam területén jelentkezett járványt.*



5. ábra.

Alólirott természetesen nagyon is tudatában voltam annak, hogy a vezetésem alatt álló s az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos budapesti „Stefánia"-gyermekkórház fenti statisztikája nem lehet hű tükre a gyermekhűdés elterjedésének hazánkban a közelmultban s jelenben. Ez késztetett arra, hogy áthatva annak szükségességétől, hogy Magyarországban a paralysis infantilis (*Heine-Medin*-kór) állása 1911-ben *pontosan* megállapíttassék, az Országos Közegészségi Tanács támogatásával, a Tanácsból kiindulólag (1911, november 30.-i tanácsülés) bizottsági tárgyalás után,[4] hazánk minden gyakorló orvosához részletezett kérdőív kapcsán azon tiszteletteljes kérést intéztem, hogy adatok beszolgáltatása által engemet ezen hazafias és tudományos törekvésemben a lehetőségig támogassanak. Megjegyezzük, hogy az 1905.-i svéd járvány adatainak beszolgáltatása 1905 augusztus 25.-éről keltezett királyi rendelet útján indult meg s a járvány tanulmányozása államköltségen történt. Megemlítjük továbbá, hogy az Egyesült Államokban indított nagyszabású gyüjtést a newyorki neurologiai társaság, a newyorki orvosi akadémia paediatriai szakosztálya, a *Rockfeller*-intézet vezetősége, élén *Flexner* dr.-ral, s a newyorki egészségügyi hivatal együttes működése, élén *Sachs B.* elismert neurologussal kezdeményezte s az adatok feldolgozását is ők eszközölték, a minek eredménye azon pompás jelentés, a mely 1910-ben *V. Krause* tanár kiegészítő megjegyzéseivel német nyelven is megjelent önálló kötetben.

Alólirott az Egyesült Államok kérdőívének mintájára szerkesztettem meg a Tanács által elfogadott kérdőívemet[5] s a gyüjtés technikáját is a newyorki bizottság által követett módon foganatositottam. Hogy ezen gyüjtés eredményes lehessen, szükség volt arra, hogy az Országos Közegészségi Tanács kebeléből induljon ki s alólirott csak mint a Tanács megbizottja eszközöljem az adatgyüjtést. Elengedhetetlenül szükséges volt továbbá, hogy az Országos Közegészségi Tanácsot, illetőleg alólirottat ezen törekvésében a nagyméltóságú belügyi kormányzat is hathatósan támogassa azáltal, hogy körrendeletben felhívja az összes törvényhatóságok figyelmét ezen adatgyüjtés kiváló közegészségi és tudományos fontosságára s a részletes adatok beszolgáltatását a legmelegebben ajánlja az egyes törvényhatóságoknak s azok útján a törvényhatóságok területén működő orvosoknak.

A nagyméltóságú belügyi kormányzat ezen hathatós támogatásával végzett adatgyüjtés eredményeit az Országos Közegészségi Tanács ezennel a következőkben szerencsés ő nagyméltóságának előterjeszthetni:

Az ország összes orvosaihoz 1912 január hó legelső napjaiban levél küldetett szét az Országos Közegészségi Tanács 152. iktató száma alatt, melyben kérdést intéztünk arra nézve, hogy az 1911. év folyamán a címzett kartárs gyermekhűdést észlelt-e működése terén, s ha igen, hány oly esetet látott, illetőleg kezelt, melyben a betegség acut időszaka az 1911. évre esett. A levélhez mellékelt válasz-levelezőlapok a kartárs uraknak a feleletet feltett kérdéseinkre meglehetősen egyszerűsítették. Szétküldetett összesen 4500 levél s visszaérkezett 1120 levelezőlap, melyeken 810 kartárs úr arról értesit, hogy működése terén az 1911. év folyamán gyermekhűdés fellépését nem látta s *310 kartárs* a visszaérkezett levelezőlapon tudomásunkra hozza, hogy összesen hány oly esetet észlelt, melyben az acut időszaka a betegségnek az 1911. évre esett. Ennek megfelelőleg küldettek szét csakhamar a kérdőívek.

Mindezen kérdőíveken a tudomásunkra jutott eseteknek összszáma *397*, a mi *eléggé tetemesnek* mondható, tekintettel arra, hogy *különben a gyermekhűdés hazánkban az aránylag ritkább megjelenésű kórállapotok közé tartozik.*

Az esetek az ország egyes megyéiben az országos gyüjtés adatai alapján a következőképp oszlottak meg:

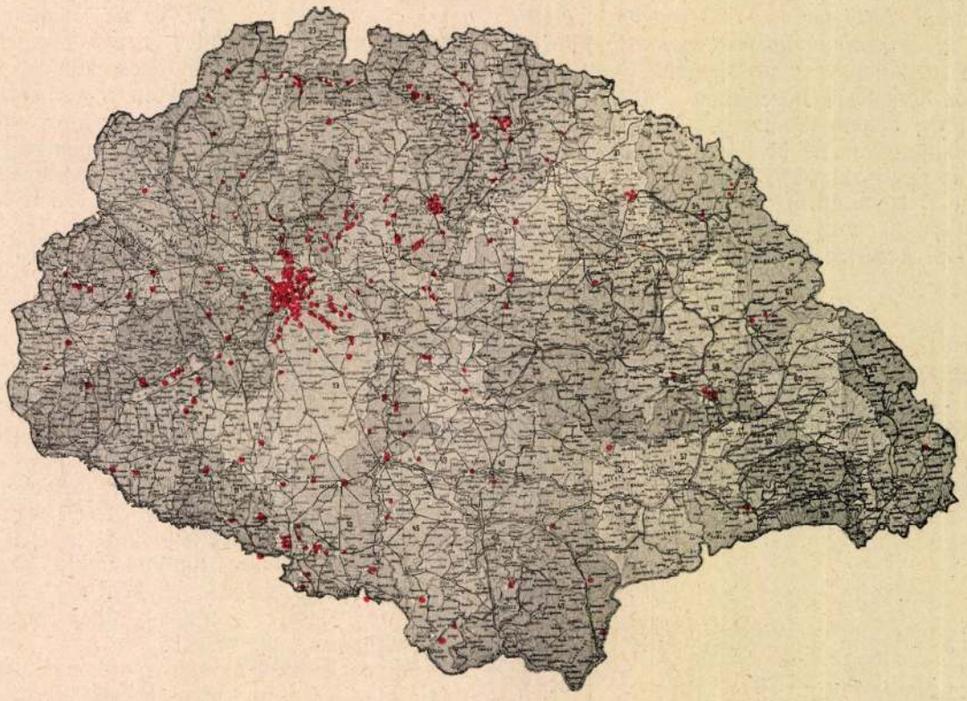
1.	Moson	megye	0 eset
2.	Sopron	„	5 „
3.	Győr	„	2 „
4.	Komárom	„	2 „
5.	Fejér	„	8 „
6.	Veszprém	„	2 „
7.	Vas	„	3 „
8.	Zala	„	7 „
9.	Somogy	„	6 „
10.	Tolna	„	2 „
11.	Baranya	„	3 „
12.	*Bács-Bodrog*	„	*23* „
13.	*Pest*	„	*178*[6] „
14.	*Nógrád*	„	*14* „
15.	Hont	„	3 „
16.	Zólyom	„	1 „
17.	Esztergom	„	2 „
18.	Bars	„	4 „
19.	Nyitra	„	0 „
20.	Pozsony	„	1 „
21.	Trencsén	„	4 „
22.	Túrócz	„	1 „
23.	Árva	„	2 „
24.	*Liptó*	„	*13* „
25.	Szepes	„	7 „
26.	Gömör	„	1 „
27.	Heves	„	2 „
28.	*Borsod*	„	*20* „
29.	Abauj	„	7 „
30.	Sáros	„	4 „
31.	*Zemplén*	„	*15* „
32.	Ung	„	2 „
33.	Bereg	„	1 „
34.	Máramaros	„	3 „
35.	Ugocsa	„	5 „
36.	Szatmár	„	3 „

[4] A bizottság tagjai: *Kétly Károly*, bizottsági elnök, *Liebermann Leó, Preisz Hugó, Tóth Lajos* és *Bókay János*, utóbbi mint előadó.

[5] Lásd Orvosi Hetilap, 1911, 50. sz. pag. 884.

[6] Ebből *Budapest* székesfővárosra esik *83* eset.

Az 1911. évben Magyarországban fellépett 397 eset térképi feltüntetése.*



6. ábra.

* Minden piros pont egy kóresetet jelent.

37.	Szabolcs megye	1 eset
38.	Bihar „	1 „
39.	Hajdu „	3 „
40.	J.-N.-K.-Szolnok megye	8 „
41.	Békés megye	2 „
42.	Arad „	2 „
43.	Csanád „	1 „
44.	Csongrád „	7 „
45.	Torontál „	3 „
46.	Temes „	3 „
47.	Krassószörény „	3 „
48.	Hunyad „	0 „
49.	Szeben „	1 „
50.	Fogaras „	0 „
51.	Brassó „	0 „
52.	Háromszék „	1 „
53.	Csik „	0 „
54.	Udvarhely „	0 „
55.	Kisküküllő „	0 „
56.	Nagyküküllő „	0 „
57.	Alsó Fehér „	0 „
58.	Torda-Aranyos megye	3 „
59.	Kolozs megye	1 „
60.	Maros-Torda „	0 „
61.	Besztercze-Naszód megye	1 „
62.	Szolnok-Doboka „	0 „
63.	Szilágy megye	1 „
	Összesen:	*397 eset*

Ha a fenti pontos összeállítás alapján nyert adatokon (lásd a mellékelt térképet) végigtekintünk, mindenesetre rögtön szembeötlik a megbetegedések *egyenlőtlen elosztódása* az országban.

Az ország 63 megyéje közül ugyanis *egyetlen egy eset sem* konstatáltatott összesen *12 megyében*, míg evvel szemben *hat megyében* (*Pest-Pilis-Solt-Kiskun*, *Bács-Bodrog*, *Borsod*, *Zemplén*, *Nógrád* és *Liptó* megyében) a megbetegedések száma *13—178 között* ingadozott, hat megyében pedig (Fejér, Zala, Somogy, Szepes, Abauj és Csongrád) 6—8 esetről történt bejelentés.

Különösen sűrűbb megbetegedési számokat mutatnak *egyes főközlekedési vonalak, így*

a galánta—zsolnai vasútvonal
a ruttka—rózsahegyi vasútvonal
a rózsahegy—kassai vasútvonal
a hatvan—miskolczi vasútvonal
a tőketerebes—varannói vasútvonal
a hatvan—salgótarjáni vasútvonal
a budapest—aszódi vasútvonal
a budapest—vácz—ipolysági vasútvonal
a budapest—szolnoki vasútvonal
a budapest—czeglédi vasútvonal
a budapest—solti vasútvonal
a budapest—székesfehérvári vasútvonal
a szabadbatthyány—tapolczai vasútvonal
a győr—soproni vasútvonal

s végül

a budapest—mohács—apatin—ujvidéki dunai hajózási vonal.

A megbetegedések feltünőbb számban jelentkeztek a székesfővároson kívül (83 eset) a következő városokban: *Miskolcz* (13 eset), *Vácz* (7 eset), *Gálszécs* (6 eset), *Apatin* (6 eset), *Kassa* (5 eset), *Rózsahegy* (5 eset). A kisebb községek közül különösen feltünt a székesfőváros közelében levő *Rákosszentmihály*, mely kis községben egyedül *6* megbetegedés forgult elő.

A székesfővárosi megbetegedések (83 eset) kerületek szerinti elosztódása a következő:

I.	kerület	3 eset
II.	„	5 „
III.	„	3 „
IV.	„	0 „
V.	„	8 „
VI.	„	*24* „
VII.	„	*17* „
VIII.	„	11 „
IX.	„	9 „
X.	„	3 „
	Összesen	83 eset.

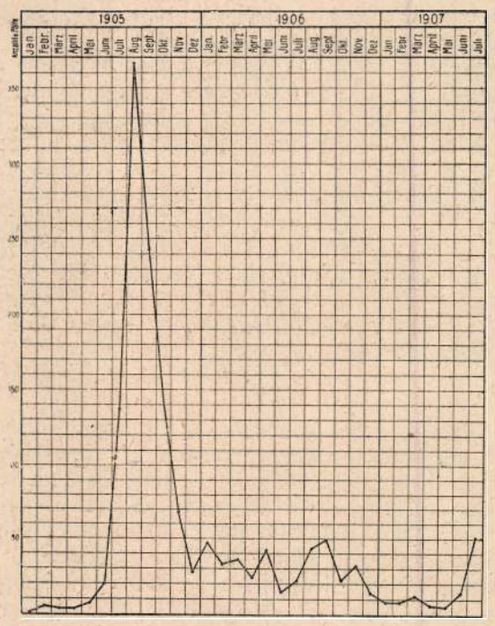
Ezen összeállításból kitűnik, hogy a székesfővárosban, *különösen a VI. és VII. kerület mutatott fel nagyobb megbetegedési számot* s ezen kerületek után következett sorrendben a VIII., IX. és V. kerület, míg a X., I. és III. kerület egyenkint csak három megbetegedéssel szerepelt s a Belváros egyetlenegy betegedést sem mutatott fel.

Különösen feltünő a székesfővárosban egyes utczák és környékek sűrűbb megbetegedési száma. Ily helyek: *a Szondy-utcza és környéke, a Köztemető-út és környéke, a Thököly-út s a Thököly-út, Aréna-út, Rottenbiller-utcza és Damjanich-utcza által határolt városrész,* hol egyedül összesen *11 eset* fordult elő, továbbá *a Külső váczi-út és környéke, a Király-utcza és környéke, a Szabadság-tér és környéke* s a budai oldalon *a Kisczelli-út.*

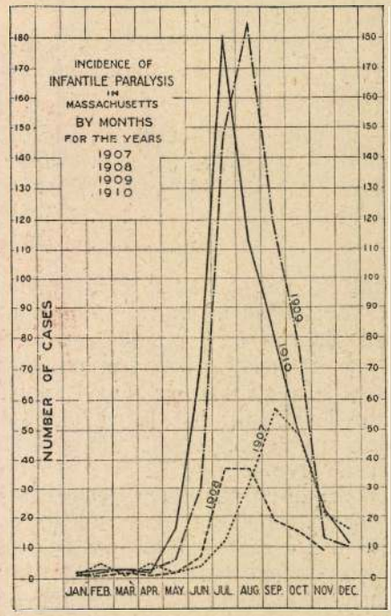
397 összegyüjtött magyarországi esetünkben az *acut időszak* a következő *hónapok szerinti* elosztódást mutatta:

január	hó	12	eset
február	„	5	„
márczius	„	10	„
április	„	22	„
május	„	16	„
junius	„	29	„
julius	„	*52*	„
augusztus	„	*98*	„
szeptember	„	*67*	„
október	„	33	„
november	„	27	„
deczember	„	26	„
	Összesen	397	eset.

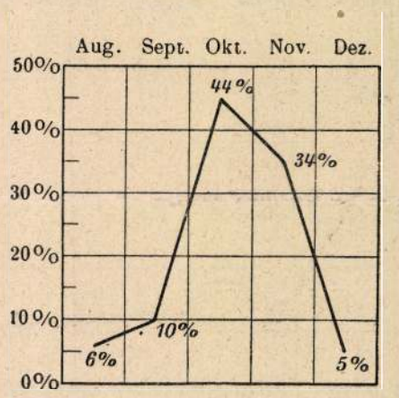
A megbetegedések *zöme* (*52%*) tehát *július, augusztus* és *szeptember* hónapra esett, a minimuma pedig a betegség megjelenésének január, február és márczius hónapban volt konstatálható. *A legerősebben terhelt augusztus hóra a megbetegedések 25%-a jut.* Érdekes s járványtani szempontból fontos, hogy a megbetegedéseknek a nyári és késő nyári időszakban történő tömegesebb megjelenése a mi magyarországi adatainkkal is *beigazolódást* nyer. Mellékelve a 7. és 8. ábrán beiktatjuk a svéd járvány s a Massachusetts állam legutóbbi járványainak ezen szempontból szerkesztett görbéjét, melyek a mi görbénkkel teljesen megegyezők. A 9. ábrán



7. ábra.
A svéd járvány görbéje (*Wickmann* után).



8. ábra.
Massachusetts állam járvány-görbéje (*Lovett* és *Sheppard* után).



9. ábra.
A hessen-nassau-i járvány görbéje (*Ed. Müller* után).

mellékelt hessen-nassaui görbe (*Ed. Müller*[7]) az esetek zömének a kora őszi hónapokban való eltolódását érzékíti.

76 budapesti esetünkben[8] az acut időszak beállta az egyes hónapokra a következőleg oszlott meg:

január	hó	0	eset
február	„	1	„
márczius	hó	2	„
április	„	3	„
május	„	2	„
június	„	7	„
július	„	9	„
augusztus	„	*24*	„
szeptember	„	9	„
október	„	8	„
november	„	4	„
deczember	„	7	„
	összesen	76	eset

A megbetegedések *zöme tehát a székesfővárosban is,* épp úgy mint az országban, *július, augusztus és szeptember*

[7] *Ed. Müller:* Die spinale Kinderlähmung. Eine klinische und epidemiologische Studie. 1910.

[8] 7 esetben (76 + 7 = 83) az acut időszak beállta a kérdőíven nem volt feltüntetve.

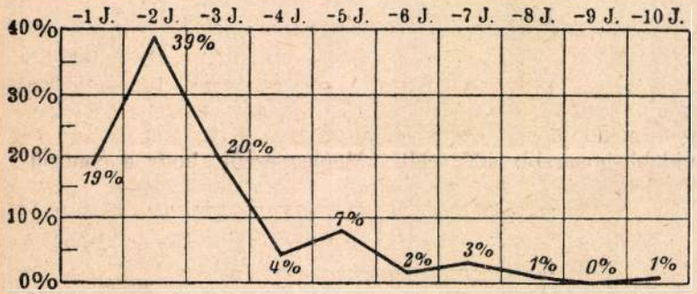
hónapra esett (55%) s a *legerősebben terhelt augusztus hónapra az összes eseteknek 35%-a jut.*

Összes 397 magyarhoni esetünk között 209 fiú (52·8%) és 188 leány (47·2%) volt. *A kor szerinti elosztódása* az eseteknek a következő:

0—1	évig	= 74	eset . .	18·6%
1—3	„	= *184*	„ . .	*46·4%*
3—7	„	= 98	„ . .	24·7%
7—14	„	= 38	„ . .	9·6%
14—	„	= 3	„ . .	0·7%

Statisztikánk is igazolja tehát azon külföldi tapasztalatot, *hogy a megbetegedések legnagyobb száma az első három évre esik* (statisztikánkban *65%*), s hogy a 7. életéven túl a megbetegedés már aránylag ritka, bár tudjuk jól, hogy az utolsó évek alatt lezajlott külföldi (svéd, norvég, amerikai, német és osztrák) járványok alatt ismételten látták a felnőtt korban is a betegség jelentkeézsét. Statisztikánkban felnőtt összesen csak kettő szerepel, egy 22 éves fiatal ember s egy 26 éves férfi, az előbbi Budapesten betegedett meg október havában egy oly városrészben (Aréna-út 48. sz.), hol megbetegedések 1911-ben feltűnőbben fordultak elő (lásd föntebb), az utóbbi Magyarpécskán (Aradm.) állotta ki az acut időszakot, mely helyen tudtunkkal gyermekhűdés más esetben nem fordult elő.

Ha a mellékelve beiktatott hessen-nassaui görbét *(Ed. Müller)* a mi fenti számadatainkkal összehasonlítjuk, látjuk az észlelési adatoknak *teljes* megegyezését. (10. ábra.)



10. ábra.
A hessen-nassau-i statisztikában a kor szerinti elosztódás (*Ed. Müller* után).

74 egy éven alóli esetünk között *2 esetben 5 hónapos* volt a beteg, *3 esetben* pedig *6 hónapos*. Ezek összeállításunkban a *legfiatalabb* életkorú megbetegedések.

397 esetünkben a Heine-Medin-betegség *különféle alakjai*, illetőleg *a hűdés kiterjedése* a következőleg osztódik el:

mind a négy végtag hűdése . . .	13	esetben
egy felső és két alsó végtag hűdése	9	„
mindkét alsó végtag hűdése . . .	*98*	„
bal alsó végtag hűdése	*82*	„
jobb alsó végtag hűdése.	*58*	„
két felső végtag hűdése.	8	„
bal felső végtag hűdése.	11	„
jobb felső végtag hűdése	24	„
félhűdéses alak.	34	„
egyik felső s az ellenoldali alsó végtag hűdése.	9	„
pontin alak	12	„
meningealis alak	9	„
Landry-féle alak	13	„

Magyarországi eseteinkben tehát azt látjuk, hogy betegeink *30%-ában a két alsó végtag hűdése tisztán, avagy felső végtaghűdéssel kombináltan volt jelen a kórképben*, s hogy a két alsó végtag közül *a bal alsó hűdése*, tisztán, az esetek *20%-ában* konstatáltatott, *a jobb alsó végtag izolált hűdése* pedig az esetek *15%-ában*. A pontin alak, a meningealis kórkép s a Landry-féle hűdéses alak, kétségtelenül a nehezebb kórjelzés folytán, aránylag kis számokkal szerepel statisztikánkban. A kérdőíveken a kartárs urak eléggé sűrűn hangsúlyozzák az acut időszak súlyosságát, nevezetesen súlyos agy-tünetek fennállását, s a mi tünettani szempontból felette érdekes, *aránylag sokszor tétetik említés múló hólyaghűdésről* a heveny lázas időszak tartama alatt. Daczára, hogy direct polyneuritises alak nem jelentetett be, erős fájdalmasságról a hűdött végtagokban sűrűn tesznek említést a kartárs urak, hangsúlyozva a fájdalmaknak különösen intenziv voltát a hűdéses időszak legelső kezdetén.

Abortiv esetről alig néhány kérdőíven történik említés. Érdekes különösen az aracsi észlelet, hol egy 10 éves leányka súlyos gyermekhűdésben betegszik meg, minek folytán mindkét alsó végtag teljes paralysise áll be, a hátizmok hűdésével; ugyanakkor 8 éves testvére lázzal, torokfájással s gyomortünetekkel fekszik le, mely kórtünetek néhány nap után eltűnnek. Megjegyezzük, hogy a hűdött betegen a kórfolyamat szintén erős torokfájással vette kezdetét, mely mellett oly intenziv végtagfájdalmak voltak az acut időszakban, hogy orvosa kezdetben polyarthritis rheumat. acuta fejlődésére gondolt.

397 magyarhoni esetünk között oly *halálozás*, hol az exitus letalis az acut időszakban, illetőleg az acut időszak határán következett be, összesen *13* volt s ezek közül 6 Budapesten fordult elő, egy-két haláleset Váczon, Bonyhádon, Kassán, Nagyzsámon (Temesm.) s Borpatakon (Szatmárm.). A halálesetek jórésze a Landry-féle hűdés képét mutatta, kisebb részében meningealis alakot jeleznek a kartársak.

Az elhaltak életkora a következő volt:

1 éves	3	beteg
3 „	5	„
4 „	2	„
8 „	1	„
11 „	1	„
15 „	1	„

A halálozás ezek szerint magyarhoni eseteinkben *3·3%*, a mi, összehasonlítva a legutóbbi külföldi járványok mortalitási százalékával (*13·4%* [9]), nagyon csekélynek mondható, azonban nagyon is kérdéses, hogy fenti százalékunk *valóban hű tükre-e a tényleges magyarországi gyermekhűdéshalálozásnak*, mert pl. két helyről is (Breznóbánya, Mács) tétetett oly észrevétel, hogy ugyanazon utczában, illetőleg házban, hol a Heine-Medin-betegséget észlelték, gyanus halálozás fordult elő néhány nappal előbb, illetőleg egy hónappal később.

397 esetünk közül *teljesen gyógyult* összesen *15* eset, vagyis *mintegy 4%-ában az eseteknek a betegség nyom nélkül visszafejlődött (E. Müller* szerint 15%-ában van meg a lehetősége a hűdés teljes visszafejlődésének, az ú. n. reparatiós időszakban), s körülbelül *96%-ában többé-kevésbé erős nyomot* hagyott. Tekintettel arra, hogy statisztikánkban mindkét alsó végtag hűdése 98 esetben, mind a négy végtag hűdése 13 esetben s egy felső és két alsó végtag együttes hűdése 9 esetben jeleztetett a kérdőíveken (összesen *120* eset), *több mint valószínű, hogy az 1911.-i magyarhoni Heine-Medin-járvány eléggé sok gyermeket tett testileg nyomorékká*, esetleg ú. n. *„Handgänger"*-ré.

* * *

Mint fentebb már említettük, ma már kétségtelen, hogy a Heine-Medin-betegség ***heveny fertőző ragályos*** kór.

A fertőzést okozó bacteriumot, sajnos, daczára a szorgos kutatásoknak *(Flexner,* stb.), nem ismerjük, az állatkisérletek azonban, a betegség sikeres átoltása majmokra s továbboltása majmokon, kétségtelenül mutatják, hogy a kórokozó virus a központi idegrendszerben van jelen. Az átoltást majomra *Landsteiner* és *Popper* végezte először [10] s ezen állatkisérletek

[9] *Wickmann, Harbitz* és *Scheel, Krause, Ed. Müller.*
[10] 1909.

eredményezték az ú. n. *„kisérletes majompoliomyelitis“*-t. *Knöpfermacher, Römer, Flexner, Lewis, Levaditi, Leiner* és *Wiesner* további kisérleti tapasztalatai (antitestek kimutatása reconvalescensek vérében stb.) a Heine-Medin-kór lényegének teljes felderítését *máris közel hozták* a végleges megoldáshoz.

Tudjuk, hogy a fertőző anyag a központi idegrendszerbe a garatképletek (lymphatikus garatgyűrű), a felső légutak s a gastro-intestinalis tractus útján a nyirokutakon át, vagy haematogen úton hatol be, s ma már tisztázott az is, hogy a fertőzést az abortiv eseteken kívül *virust rejtő egészséges egyének is* továbbíthatják. A kisérletes tapasztalatok mutatják továbbá, hogy a virus a központi idegrendszeren kívül *az orr- és garatváladékban is jelen van* s hogy általában a hideg és beszáradás tönkre nem teszi, a magasabb hőfok azonban életképességét megszünteti.

Kérdés, hogy a magyarországi gyüjtési adatok, illetőleg az azok tanulmányozásából nyert ismeretek bizonyíthatják-e a kór fertőzés ragályos természetét?

Ha a fent mellékelt magyarországi térképen, melyen igyekeztünk minden egyes tudomásunkra jutott esetet pontosan bejegyezni, végigtekintünk, a betegség egyenlőtlen, mondhatnók rendetlen elterjedésében csakhamar *bizonyos rendszert* látunk, *nevezetesen látjuk a betegség fokról-fokra való terjedését bizonyos fő* (vasúti s hajózási) *közlekedési vonalak mentén s látjuk majdnem klasszikusan a kór sugaras terjedését a székesfővárosból kiindulólag több irányban. Römer*[11] a Heine-Medin-kór epidemiáinak kifejlődését a következőképp gondolja: *„Durch eine besondere Verkettung von Umständen kommt es zur Infektion einer grösseren Gruppe von Kindern und durch der dadurch bewirkten Häufung des Infektionsstoffes ist die Möglichkeit weiterer Verbreitung gegeben.“* Ha áll ezen magyarázat, akkor merjük állítani, *hogy hozzánk a felvidékre s a Dunántúlra a ragály a távolabbi szomszédos Porosz-Sziléziából s a közelebbi Alsó-Ausztriából s Styriából hurczoltatott be s eljutva a székesfővárosba, innen sugarasan terjedt a közlekedési vonalak mentén Pestmegye legkülönbözőbb részeibe, továbbá Bácsmegyébe s a Balaton vidékére.*

A ragályozást *bizonyítják* statisztikánkban a következő észleletek:

1. Tapolczán megbetegszik két testvérgyermek (3 éves és $1^1/_2$ éves) körülbelül egy heti időközzel.

2. Aracson megbetegszik két testvérgyermek (10 éves és 8 éves) rövid egymásutánban.

3. Váczon megbetegszik két testvérgyermek (2 éves és 3 éves) röviddel egymásután; ugyanazon utczában és a szomszédos utczában volt egy-egy hasonló megbetegedés s az egyik gyermek járatos volt azon helyre (bolt), hol az egyik megbetegedés lezajlott.

A ragályozás *bizonyítására szolgálhatnak* továbbá a következő vidéki feljegyzések:

1. Gálszécsen megbetegedett augusztus havában egy ott nyaraló budapesti gyermek, a gálszécsi többi öt eset megbetegedése a II., VII., VII., VII. és VIII. hónapban fordult elő.

2. Miskolczon megbetegedett július havában egy ott tartózkodó budapesti gyermek, a miskolczi többi 12 eset megbetegedése 2 gyermeknél július hóra, 10 gyermeknél augusztus havára esett.

3. Ruttkán megbetegedett egy gyermek szeptember havában, megbetegedése előtt közvetlen Kassán tartózkodott több napig, az öt kassai megbetegedés a IV., VI., VIII., VIII. és X. hónapra esett.

4. Apatinban megbetegszik egy 6 éves gyermek, ki együtt járt az óvodába egy oly gyermekkel, ki szintén megbetegedett.

5. Sátoraljaújhelyen megbetegszik egy gyermek, kit szülői egy Grácz melletti inficiált nyaralóhelyről hoztak haza.

6. Nagyszénáson (Békésmegye) június havában megbetegszik egy 9 hónapos gyermek, kinek atyja egy hét előtt Kassán dolgozott.

7. Veprődön (Bácsmegye) megbetegszik egy 6 éves gyermek november havában, kit szülői S. szilbereki orvoshoz vittek látogatóba, kinek gyermeke szeptember havában lett beteg. A megbetegedés a látogatás után több nappal történt.

8. Liptószentmiklóson két játszótárs ($4^1/_2$ éves és 3 éves) betegszik meg, a két megbetegedés időpontja augusztus és deczember hónap.

9. Mendén (Pestmegye) megbetegszik egy 2 éves leányka szeptember 5.-én s szeptember 8.-án megbetegszik a szomszéd utczában egy $1^1/_2$ éves gyermek, a két család sokat jött össze.

10. Váczon egy családban megbetegszik két testvérgyermek ($2^1/_2$ éves és $3^1/_2$ éves) három hónapi időközzel.

A székesfőváros anyagából a következő feljegyzések szolgálhatnak a ragályozási képesség bizonyítására:

1. A VII. kerületben Százház-utcza 17. szám alatt július havában s Százház-utcza 24. szám alatt augusztus havában fordult elő egy-egy megbetegedés.

2. A IX. kerületben a Gát-utcza 24. szám alatt augusztus és október havában történt egy-egy megbetegedés.

3. A Köztemető-út 19. számú házában június havában volt egy megbetegedés s a 21. számú házban ugyancsak június havában fordult elő egy megbetegedés.

Mindezen észleletek közül azokat, hol egy-ugyanazon családban vagy házban hosszabb idő lefolyása után jelentkezett a második megbetegedés, megvilágíthatja két amerikai orvosnak, *Neustädter* és *W. C. Thro*-nak érdekes kisérletes tanulmánya.[12] Nekik ugyanis sikerült két esetben majmokon experimentalis úton gyermekhűdést előidézni azáltal, hogy oly szobák söpredék-szemétjének vizes kivonatát fecskendezték majomba intracranialisan, illetőleg intracerebralisan, melyekben gyermekhűdéses betegek feküdtek az acut időszak alatt, rövidebb-hosszabb idő előtt. Megjegyezzük, hogy a controll-kisérletek nem fertőzött szoba söpredékével negativ eredményt mutattak. Ezen experimentalis tapasztalatok, ha más oldalról is beigazolást nyernek, fontos útmutatást nyujthatnak majd a kór elleni védekezésre.

A ragályozás direkt bizonyítására szolgál a budapesti Stefánia-gyermekkórház egy szép esete, melyet fontosságánál s meggyőző erejénél fogva egész részletességgel leirva ideiktatunk:

P. Margit $2^1/_2$ éves gyermek Szolnokról 1911 augusztus hó 8.-án hozatott be a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházba azon panaszszal, hogy *két nap előtt hirtelen betegedett meg erős lázzal, fejfájással.* Azóta folyton lázas, nyugtalan s tarkóját mereven tartja. Nem hányt, székszorulása van.

Korához képest mérsékelten fejlett és táplált, rendes csontrendszerű. Tarkója merev, fájdalmas. A bal naso-labialis redő kissé elsimult. A szemek állása rendes, a pupillák középtágak, fényre jól reagálnak. *Ugy a felső, mint az alsó végtagok paretikusak, hypotoniásak, megmozgatásra fájdalmasak.* A mély reflexek kevéssé fokozottak. Kifejezett Trousseau-csikok a has bőrének végigsimitása után. A gyermek nyugtalan, fejét fájlalja, arczkifejezése szenvedő. Végbélhő: 38° C. Az érlökés rhythmusos, perczenként 140.

Tekintettel a fennálló agyi jelenségekre, még a kora délutáni órákban lumbalpunctiót végezünk, midőn is középerős nyomás mellett körülbelül 20 cm^3 kevéssé zavaros folyadék ürül. A folyadékban állás alatt vékony fibrin-háló képződik; a mikroskopi vizsgálat nem mutat mást, mint elvétve néhány lymphocytát. A bakteriologiás culturalis vizsgálat negativ.

A végbélhő később este 38·4° C. Rosszul táplálkozik. A punctio után kissé megnyugodott.

Augusztus 9. A nyugtalanság kisebb fokban még fönnáll, közérzete azonban határozottan jobb, a tarkó szabadabb, nem

[11] Loco citat

[12] Deutsche med Wochenschrift, 1911.

fájdalmas. Végtagjai megmozgatáskor még fajdalmasak, a paresis tegnap óta nem változott. Székletéte calomelre volt. Hőmérsék reggel 37.4, este 38·7.

Augusztus 10. Végbélhő reggel 38·4, este 38·7. Állapot mint fönt.

Augusztus 11. Láztalan, közérzete jó. A tarkómerevség teljesen eltűnt, fejét szabadon mozgatja. A naso-labialis redő rendes. Végtagjait, *különösen bal alsó végtagját kezdi jól használni.* Jól táplálkozik, jól alszik.

Augusztus 12.-étől 17.-éig, elbocsátása napjáig teljesen láztalan. Elvitelekor felső két végtagját s bal alsó végtagját teljesen jól mozgatja s *csak a jobb alsó végtagban konstatálható még kisebbfokú paresis.* Közérzete kifogástalan.

Mint a fentiekből láthatjuk, a leánykán *a Heine-Medin-betegségnek úgynevezett poliomyelitises alakja typusosan volt jelen* s a hűdéses tüneteknek gyors megjavulása a betegségnek *enyhe* lefolyását tüntette fel.

A felvétel alkalmával a beteg a kórház egyik belorvosi osztályán helyeztetett el, *tőszomszédságában* egy empyema thoracisban szenvedő két éves leánykának, ki akkor már harmadik hete volt a kórházban s a műtéten (resectio costae) már két hét előtt átesett. A műtét óta ezen beteg állandóan láztalan volt. Augusztus hó 16.-án, tehát ***nyolcz nappal*** P. Margit felvétele után, *37·9° C végbélhő mellett gyakori híg savós székletek* jelentkeznek s bágyadtság, *nyugtalanság* áll be. Kötésváltás: a thorax sebfelülete rendes, a váladék csekély. Augusztus 17.-én a beteg reggel láztalan, este hőmérséke 39·7° C (lásd a fenti láztáblát). A hasmenés javult. Augusztus 18.-án a végbélhő reggel *38·5° C*, este 37·6°. *Jobb felső és alsó végtagját nem birja emelni s megmozgatáskor fájdítja.* Augusztus 19. Hőmérsék reggel 38·2° C, este 37·9°. a hasmenés kisebb fokban még fennáll, a végtagok paresise változatlan, a közérzet javult. Thorax-sebe normalis, a váladék csekély. Augusztus 20.-ától 24.-éig a végbélhő még 37·6—38·3° C közötti váltakozik, a hasmenés megszűnt, a végtagok paresise kissé engedett s fájdalmasságuk eltűnt. A további lefolyás alatt teljesen láztalan. *Szeptember 4.-én jobb felső végtagját a gyermek már kissé megemeli s 7.-én már jobb alsó végtagját is elég jól emeli* s biztosan, jó közérzülettel ül ágyában. Elbocsátás a kórházból október hó 4.-én, midőn is jobboldali végtagjait már eléggé jól használja s a paresis inkább csak a felső végtagban konstatálható, de csak csekély fokban. A paresises izmok alig hypotoniások, a faradós áram iránti ingerlékenység alig csökkent. Az empyema thoracis a gyógyulás küszöbén áll.

Hogy a kérdéses észleletben a Heine-Medin-betegség kórházi fertőzése forgott fenn, az kétségtelen előttem s azért vázoltam kissé részletesebben ezen érdekes kórházi megfigyelésemet, mert tudtommal *az első leközölt ilyneműkórházi fertőzés az irodalomban. A lappangási időszak hossza esetünkben 6—8 napra tehető.*[13]

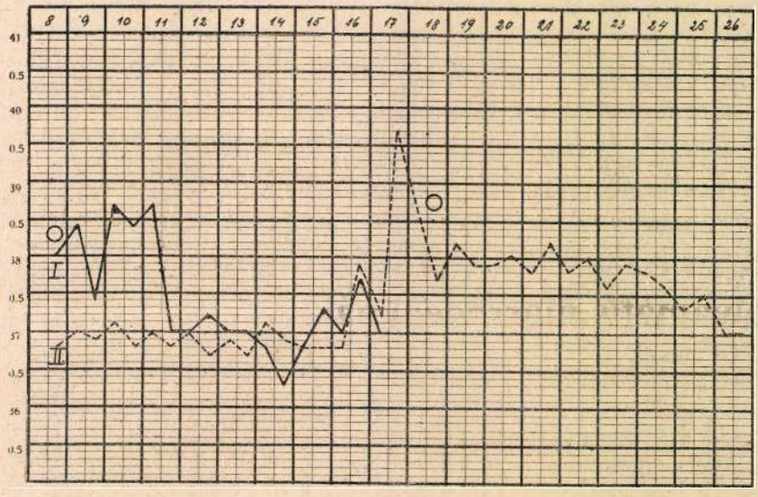
* * *

Ezekben tüntettük fel adatgyüjtésünk eredményeit, melyekből ezek után a következő conclusiókat vonjuk le:

1. *Hazánkban 1911-ben a Heine-Medin-betegség (gyermekhűdés) csakugyan mutatott járványos fellobbanást s bár a bejelentett 397 megbetegedés, összehasonlítva az utóbbi évek külföldi járványaival, aránylag kicsi szám, az állandósult hűdések folytán sok gyermeken eredményezett többé-kevésbé intenziv működési zavarokat, sőt úgy látszik eléggé nagy számban tett testileg nyomorékká gyermekeket.*

2. *Hazánkban, épp úgy, mint a külföldi járványoknál, a megbetegedések zöme a nyár derekára esett.*

3. *A megbetegedésnek különösen a három éven aluli gyermekek voltak kitéve, a 7. éven túl a baj már eléggé gyéren jelentkezett.*



11. ábra.
A *kihúzott* görbe P. Margit hőmenete (I).
A *tört vonalú* görbe az empyemás beteg hőmenete (II).
A két kör a hűdés felléptét jelzi mindkét esetben.

4. *Nálunk is, épp úgy mint a külföldön, jórészt az alsó végtagok hűdését eredményezte a betegség, míg a felső végtagok bénulása aránylag kis százalékban jelentkezett.*

5. *A halálozás (3·3%), szembeállítva a legutóbbi külföldi járványok mortalitásával (13·7%), a magyarhoni járvány aránylag enyhe jellegét bizonyítja.*

6. *Az esetek földrajzi elterjedése hazánkban szintén bizonyítja a betegség terjedését a fő közlekedési vonalak mentén.*

7. *Több észlelet felhasználható összegyüjtött adataink közül a ragályozási képesség bizonyítására; a budapesti Stefánia-gyermekkórház észlelete kétséget kizárólag demonstrálja a ragályozás tényleges létrejöttét.*

* * *

[13] Mint érdekes beszolgáltatott adatot idejegyezzük, hogy 1907-ben Tekeházán, Ugocsamegyében (*Kupferschmid* dr. bejelentése) *egy családban* körülbelül *egyugyanazon időben három gyermek* (8, 10 és 14 éves) betegedett meg, mindhárom eléggé kiterjedt hűdésekkel, továbbá *Biel* kartárs Nagyszebenből közöl egy felette érdekes észleletet, mely szerint 1909-ben *egyugyanazon családban egy 7 éves, 5½ éves, 2 éves és 4 éves gyermek* betegszik meg *szeptember havában, deczember 22.-, 26.- és 28.-án,* eléggé kifejezett hűdésekkel.

Kérdés mindezek után, hogy tekintettel a gyermekhűdésnek nálunk is konstatált, bár kisebbszerű epidemiás megjelenésére, *fenforog-e különösebb hatósági egészségügyi intézkedésnek szükségessége?* Bár megfigyeléseink alapján 1912-ben a gyermekhűdés megbetegedési görbéje jelentékenyen alászállott, országos intézkedések újabb epidemiás jelentkezés meggátlására — okulva különösen az Egyesült-Államok szomorú tapasztalatain — *okvetlen* szükségesek s az Orsz. Közegészségi Tanács megnyugvással vette tudomásul, hogy Nagyméltóságod, a Tanács javaslata alapján, *1912 augusztus 6.-áról keltezve* a magyarhoni gyermekhűdés-esetek *kötelező bejelentését elrendelni méltóztatott.*

A kötelező bejelentésen kívül az Orsz. Közegészségi Tanács, az általános védekezés szempontjából, ajánlja tisztelettel Nagyméltóságodnak egy újabb rendelet kibocsátásával a betegség elleni prophylaxis teljes szabályozását.

A prophylaxist illetőleg kétségtelenül elsősorban fontos, hogy az esetek *fejlődésük kezdetén, úgy mint a többi heveny fertőző ragályos kór általában, bejelentessenek*, mert ha a bejelentésnek egyelőre nem is volna különösebb célja, ezáltal elérjük, hogy *nyilvántartjuk* a megbetegedéseket s a *hatóság figyelmét* ezen irányban folyton *ébren* tartjuk. *Ezen kívül azonban ma már szükségesnek tartjuk azt is, hogy a beteg az egészségesektől* ***három heti tartamra*** *elkülönittessék*, mert, a mint föntebb kifejtettük, *a beteg tartós forrása, esetleg egészséges virus-hordozók által közvetített újabb és újabb fertőzéseknek. A betegek kiskorú testvérei az iskolától, játszóiskolától, templomtól, nyilvános oltásoktól* ***három heti tartamra*** *távoltartandók. Három hét után, vagy a beteg elhalálozása esetén* ***a betegszoba pontos fertőtlenítése*** (legczélszerűbben formaldehyd-gőzökkel) ***okvetlen szükséges,*** *úgyszintén pontosan desinficiálandó a fehérruha, ágynemű és székletét.* Az ápoló egyén ügyeljen *egyéni* fertőtlenítésére s kezeinek tisztántartása mellett (szappan, lysol vagy sublimat) ügyelettel legyen arra, hogy *fertőző anyag száj- és garatürébe ne jusson,* illetőleg odajutva, *mielőbb ártalmatlanná* tétessék. (H_2O_2 1%-os oldatával torok- és szájöblítések különösen ajánlatosak.) Fontos végül az általános védekezés szempontjából, hogy a nagyközönség a betegség lényege, a fertőződés útja s a desinfectio módjai felől az arra hivatott szakközegek által *kellőleg kitanittassék.*

Mielőtt jelentésünket befejeznők, kötelességünknek tartjuk legőszintébb köszönetünket kifejezni hazánk orvosainak, kik a legnagyobb előzékenységgel beszolgáltatott adatokkal jelen munkálatnak létrejöttét lehetővé tették, s az előadó őszinte köszönetet kell, hogy mondjon *Vas J.* dr.-nak, a Stefánia-gyermekkórház első segédorvosának, ki a beszolgáltatott nagyszámú adat pontos és lelkiismeretes egybeállításával az előadónak a nehéz munkát az adatok érdemleges feldolgozásánál jelentékenyen megkönnyítette.

Budapest, 1912 szeptember hó 26.

Polyarthritis syphilitica acuta.

Irta: ***Guszman József*** dr., egyetemi magántanár, közkórházi rendelőorvos.

Az izületeknek klinikai és anatomiai elváltozásokkal járó megbetegedése a syphilis folyamán a ritkább bajok közé tartozik s ezért nem csoda, hogy az általános orvosi köztudatban még nem foglalja el a megérdemelt helyét. A syphilis izületi szövődményei pedig fölötte fontosak, nemcsak tudományos szempontból, hanem elsősorban gyakorlati tekintetből is, mert alig van súlyos természetű syphilises elváltozás, melyből a szenvedő beteg megfelelő kezeléssel oly gyorsan s jóformán egy csapásra a gyógyulás útjára térhet, mint éppen az izületi bajok egy jó része. De fontos az izületek syphilises baját azért is korán és idejében felismerni, mert a gyorsan megindított antilueses kúra a súlyosabb bajt is teljesen meggyógyíthatja, még mielőtt nagyobb anatomiai elváltozásokra került volna a sor. A restitutio ad integrum tehát ily módon inkább állítható helyre.

Az izületeknek igen közönséges s inkább subjectiv tünetekre támaszkodó, mint klinikai és anatomiai elváltozással járó bántalmazottsága az úgynevezett arthralgia. Erről e helyen nem lesz részletesebben szó s csak fölemlítjük, hogy valódi alakjában leginkább a syphilisnek korai szakában, az úgynevezett második incubatio végén és a secundaer általános tünetek idejének elején jelentkezik. A typushoz az tartozik, hogy az arthralgiával egyidejűen a közérzet zavara, izom- és fejfájás áll fönn, a mihez gyakran az is járul, hogy a betegek kifejezetten lázasak, vagy legalább is subfebrilisek (37°—37·5° körül). Ugyanabban az időben szokott kitörni, vagy legalább küszöbön állani az első általános syphilises eruptio. Mivelhogy a typusos arthralgiák főként abban az időszakban jelentkeznek, a melyben kisérletileg is beigazoltan (*Hoffmann E.*) a spirochaeták a vérpályában keringenek, a minek kapcsán lázas mozgalmak is kerülnek észlelés alá, bizonyos, hogy azok tulajdonképpen részjelenségei az általános syphilises fertőzés kórképének. Az arthralgiák ezenkívül a recidivák idején vagy azokat kissé megelőzően is mutatkozhatnak. Klinikai meghatározásukat jóformán csak subjectiv érzés, a fájdalom adja, a melyre nézve eléggé jellegzetes, hogy mozgáskor nem igen fokozódik, ellenben éjjel, az ágy melegében igen

Az arthralgiáknál jóval ritkábbak az izületeknek valódi, klinikailag kimutatható syphilises bántalmai, melyek a luesnek bármely idejében beállhatnak. Ritkább előfordulásuk miatt érthető csak az, hogy hosszú időn át még kiváló klinikusok sem fogadták el az izületek syphilises bántalmát (*Hunter, Colles, H. Zeissl* stb.), hanem az olykor mégis csak észlelésük alá kerülő izületi eseteket úgy fogták föl, hogy azok a lues mellett vannak jelen s hogy a syphilis a legjobb esetben csak fokozza a praedispositiót.

Pedig az izületek syphilises betegsége kétségtelenül előfordul, és pedig nemcsak a syphilisnek legkülönbözőbb szakaiban, hanem a legkülönbözőbb alakban, súlyosságban és kiterjedésben is. Az irodalomban az izületek syphilises bajairól elszórtan már századok óta vannak adatok följegyezve. A kérdésre vonatkozó újabb adatok és pontosabb észlelések azonban csak akkor kezdtek szaporodni, a mikor főként franczia szerzők fölhivták az orvosok figyelmét. Mindezeket az újabb korig terjedő irodalmi adatokat pontosan és chronologikus sorrendben megtaláljuk *Finger*-nek 1884-ben megjelent terjedelmes tanulmányában.[1]

A szerzők nagy részének megfigyeléseiből kiderül, hogy vannak egyrészt egyszerű savós synovitisek, másrészt pedig az izület hártyájának és különösen a tokszalagnak gummás megvastagodásai és beszürődései, melyek hol góczszerűek, hol meg diffusabb jellegűek. A savós synovitisek hevenyés, subacut és idősült formában nyilvánulhatnak, és pedig a syphilisnek úgy egészen korai secundaer szakában, mint késői idejében. A savós ömleny az idősült, nagyrészt fájdalmatlan esetekben igen nagy fokot érhet el s valóságos hydrarthrossá alakíthatja az izületet. Csaknem valamennyi szerző, a ki részletesebben foglalkozott a syphilises izületi bajokkal, bizonyos beosztást és csoportosítást állít föl, mely természetszerűen csupán klinikai alapon van fölépítve, hiszen a kórbonczolástani adatok még igen hiányosak és leginkább csak a súlyos késői, rendszerint csont és periostealis gummás bajokból eredő izületi bajokra vonatkoznak. *Defontaine* klinikai alapon 5 formáját különbözteti meg a syphilises izületi bajoknak, és pedig: 1. arthralgiák, 2. subacut arthritis, 3. hydrarthros, 4. perisynovialis gummás beszűrődések és 5. csontsyphilissel szövődött izületi bajok. Mindezek az alakok szerinte főként a tertiaer szakban támadnak s jellemző reájuk a lassú fejlődés, a láz hiánya és a csekély fájdalmasság. Arról a kórformáról azonban, melyről e helyen óhajtunk szólani, t. i. a syphilis korai szakában jelentkező acut syphilises polyarthritisről, sem a most említett, sem a többi általunk ismert

[1] *E. Finger:* Zur Kenntniss der syph. Gelenks-, Sehnen- und Sehnenscheiden- und Schleimbeutel-Erkrankungen. Wiener med. Wochenschrift, 1884, 28—34. sz.

összeállításban (pl. *Voisin, Lancereaux, Méricamp* és mások) nincsen említés téve.

A minket érdeklő kérdésre nézve adatot leginkább *Fournier*,[2] *Bäumler*,[3] *Schüller*[4] és *Finger* munkáiban találunk. *Fournier* közleménye azért érdekel bennünket közelebbről, mert ő határozottan a syphilisnek a korai szakában előforduló izületi bajokat ismerteti, de viszont az egészen hevenyés izületi bajra nem tér ki s csak a subacut alakot írja le, még pedig három kórforma között másodiknak (az I. alak szerinte az arthralgia, a III. a hydrarthros). A hevenyés syphilises sokizületi gyuladást *Bäumler* munkájában találjuk leírva, de ebben meg a szerző a lues késői szakába sorolja a bajt. Legközelebb jár leirás dolgában *Finger* és *Schüller*, mindkettő (*Finger* részletes casuistikával) a korai secundaer lues folyamán előforduló hevenyés sokizületi gyuladás kórképét ismerteti s kiemeli a hevenyés sokizületi csúzhoz való klinikai hasonlatosságot. Ugyanezt teszi újabban *Harttung*[5] is. Acutabb jellegű syphilises többizületi gyuladásról betegbemutatás alakjában az utóbbi időben *Arning*[6] és *Carruccio*[6] is beszámolt. *Arning* esete azonban annyiban tér el saját észlelt és itt tárgyalás alá kerülő eseteinktől, hogy fájdalom alig volt, láz pedig hiányzott.

Már ebből a rövid áttekintésből kiviláglik, hogy az egyes syphilises izületi gyuladásokat nemcsak különbözőképpen írták le, hanem igen eltérően is csoportosították az egyes kóralakokat. Mindezért még meglehetős zavar van e téren s még a részletes irodalmi áttekintés segítségével sem oldható meg egykönnyen a kérdés. Mindennek a főoka abban rejlik, hogy a syphilises izületi bajok kórbonczolástana, a mint azt már említettük, még igen hiányos, s úgyszólván csak a késői, a csonttal és a csonthártyával összefüggő gummás elváltozásokra terjed ki.

Mi e helyen csakis a lues korai szakában előforduló, hevenyés, több vagy sok izületre kiterjedő gyuladásra hívjuk fel a figyelmet, mely nem véletlen coincidentia folytán esik egybe a korai syphilissel, hanem határozottan lueses alapon jön létre, a minek első és legfontosabb kriteriuma, hogy megfelelő antilueses kúrára az izületi bántalom feltűnő gyorsan visszafejlődik.

Jellegét e syphilises izületi bajnak legjobban 3 alább ismertetett esetünk határozza meg.

1. eset. X. Y. 22 éves orvoshallgató. Lueses infectio 1911 január havában. 1911 márczius végén általános maculás syphilid. Ez ellen vidéken 15 Hg-injectióval kezelték. A beteg 1911 május 25.-én keresett fel először engem. Akkoriban általános adenitisen kívül plaque-ok voltak találhatók a torokban, a primaer affectio maradványa a penisen pedig még tapintható volt. Ezenkívül néhány pörkkel borított papula a fej hajas részén. A beteg ugyanakkor lázról és gyöngeségről panaszkodik, a minek okát azonban nem találtuk meg. Rendszeres hőmérőzés elrendelése. Therapia: kenőkúra.

Márczius 27.-én heves fájdalmai támadtak a jobboldali váll- és könyökizületben, valamint a bal térdizületben. A könyökizületét fájlalja legjobban. Hőmérséklet: reggel 38°, este 38·4° C. Vizsgálatkor csak a könyökizületet találjuk kissé duzzadtnak. Minthogy a kenés lehetetlenné vált, a beteg asurolinjectiót kap intramuscularisan.

Május 28.-án. Hőmérsék: reggel 38·1, este 38·7 C. A fájdalmak fokozódtak s a jobboldali kéztő és metacarpo-phalangealis izületekre is kiterjedtek. A jobb könyökizület erősen duzzadt, körvonalai erősen elmosódtak. A bal térdizület duzzadt, a patellán ballottement mutatható ki. A fájdalmak, melyek olykor napközben spontan csillapodnak, *éjjel föltűnően fokozódnak*. Therapia: jodnatrium, 3-szor naponta $^3/_4$ gr.

Május 29.-én. Hőmérsék: reggel 38·0°, este 38·2°. A fájdalom még heves, mozgatásra és nyomásra fokozódik. Az izületi duzzanatok változatlanok, újabb izület nem betegedett meg.

Május 30.-án. Hőmérsék: reggel 37·1°, este 36·7°. *Lényeges subjectiv javulás.* Az első éjjel 3 nap óta, hogy a beteg néhány órát nyugodtan aludt. *A spontán fajdalmak teljesen megszűntek.* Az izületi duzzanatok kissé csökkentek; passiv és activ mozgásra a beteg izületek még fájdalmasak. Therapia: a jodszedés folytatása és a kenések újabb megkezdése.

Május 31.-én. Láztalan állapot. A fájdalmak tökéletesen elmultak, csak a jobb kéz megszorításakor fájdalmas a kéztő. A toroktünetek javultak.

Július 2.-án. Láztalan állapot. A beteg teljesen jól érzi magát. A torok syphilises tünete elmult, a fejen ülő papulák alig láthatók. Az izületek normalis körvonalúak, a bal patella ballottement-ja nem mutatható ki. Az izületek egyébként jól működnek, de a végtagok kissé erőtlenek. A beteg nem tartható ágyában.

Június 4.-én. Állandóan láztalan állapot. Teljesen jó közérzet. Már a kéztő sem fájdalmas; első napja, hogy a beteg dolga után járhat.

Június 7.-én. A beteg izületi bajából teljesen kigyógyult. A szív részéről az egész idő alatt semmiféle zavar sem volt kimutatható. A kenőkúra és a jodszedés folytatása.

1911 augusztus 11.-én. A beteg faluról visszaérkezve meghízottnak látszik s teljesen jól érzi magát. A nyelvén azonban két kis papula. Újabb kénesős kúra. Izületei teljesen épek.

2. eset. Dr. X. Y. 26 éves. Lueses infectio harapás útján az alsó ajkon 1911 márczius havában. A typusos sklerosis és az állalatti indolens bubo kifejlődésekor, még mielőtt általános tünetek kifejlődtek volna, subcutan salvarsaninjectiót kapott, mely teljesen simán folyt le s állítólag tökéletesen eltüntette a syphilis elsődleges nyilvánulásait. Mivelhogy a betegnek — szorgos ellenőrzés mellett — azontúl teljes egy évig nem volt kimutatható tünete, orvosa nem tartotta szükségesnek a további antisyphilises kúrát.

A beteget egy évvel később, 1912 április 8.-án láttam először, a ki akkor előadta, hogy körülbelül egy hónap óta az orificiumon fekélye támadt, mely makacskodik és egyre nagyobbodik. A fekély akkor az orificiumot körben körülfogta s részben befelé a fossa navicularisba, részben kifelé a glansra terjedt s egészben 2 fillérnyi terjedelmű volt. Széle eléggé beszűrődött. Az inguinalis mirigyek nagyon mérsékelten beszűrődöttek, egyébként általános, de nem nagyfokú mirigyinfiltratio. Más lueses tünet hiányzott. A beteg, a ki igen erősen fejlett izomzatú, ugyanakkor fölemlíti, hogy már 1912 eleje óta kissé bágyadtnak érzi magát, az arczszine is sápadtabb azóta.

Az orificium körüli fekélyt, mely első megtekintésre némileg primaer affectióhoz hasonlított, szétesett, izolált syphilises recidivának minősítettem, a mihez hasonlót főként a salvarsan-aera óta már többet észleltem. Therapia: helybelileg kénesőkenőcs, azonfelül rendszeres kenőkúra (30 3—4 gr.-os adag). A beteg erre hazautazott s azt találta, hogy a szétesett syphilises nyilvánulás már 15 kenés nyomán teljesen meggyógyult. Már ennek a kenőkúrának elején, főként a két tibia mentén, nem élesen lokalizálható fájdalmai támadtak, melyek két hétig fokozódtak és némiképpen rheumás jellegűnek mutatkoztak. Ezek a fájdalmak a kenőkúra vége felé ismét elmultak. Május második felében torokfájdalmai támadtak, ugyanezen hó vége felé eléggé hirtelenül heves fájdalmai jelentkeztek a bal könyökizületben és a bal metacarpo-phalangealis izületekben. A fájdalmak és az izületek duzzadásai egyre fokozódtak, június elején pedig hasonló folyamat támadt a jobb metacarpo-phalangealis izületekben s főleg a jobb mutatóujj I. izületében is. Néhány nappal később mindkét térdizület is igen fájdalmassá vált s megduzzadt. Közben a syphilisesen megbetegedett torka egyre rosszabbodott. Ekkor, 1912 június 12.-én, a kezelő orvosa 4 gr.-os adagú kenéseket rendelt, melyekből odahaza masseur útján 10-et végzett. A beteg abban az időben levélben értesített állapotáról, de a levelet mással volt kénytelen iratni, mert izületi baja miatt tehetetlenül feküdt s tollat nem foghatott. Láza ezalatt állandóan volt.

1912 június 23-án hozták föl Budapestre a beteget, a mikor őt az egyetemek kórházegyletének kórházába fölvéve, rajta a következő statust állapíthattam meg: A beteg igen halvány, kissé lesoványodott, elgyengült. Heves izületi fájdalmai és az állítólag 14 nap óta tartó éjjeli álmatlanság nagyban fokozzák súlyos állapotát. Kérdésünkre határozottan kiemeli, hogy *a fájdalma éjjel föltűnően fokozódik.* A két könyökizületének, főként azonban a jobboldalinak körvonalai elmosódottak, az izületek duzzadtak. A betegnek két könyöke fél flexióban van. Nyomásra s passiv vagy activ mozgatásra a fájdalom fokozódik. Duzzadt a két csuklóizület is, szintúgy a két térdizület; a jobboldaliban mérsékelt patella-ballottement is kimutatható. A kisebb izületek közül a kézközép-ujjpercz közti izületek duzzadtak és fájdalmasak, a jobboldali mutatóujj I. és II. percz közti izülete pedig fölfujtnak látszik, a minek folytán az ujj kifejezetten orsóalakú. Fájdalmak azonfelül a singcsontokban is vannak, főleg enyhe ütögetésre. A beteg lázas, a felvétel napján (május 23.-án esti 9 órakor) 38° C. A nyelv kissé bevont. A most leírt elváltozásokon kívül még typusos syphilises tünetek is találhatók. Így a jobboldali felkar alsó harmadán exulcerált, korona nagyságú bőrgumma van, a torokban pedig erősen szétesett lueses infiltratiók találhatók. A bal tonsilla mögött kisdiónyi roncsolás. A szív részéről semmiféle szövődmény. A betegnek mindezen bajain kívül subacut gonorrhoeája is van.

A kórlefolyás a következő volt. A beteg azzal jött fel Budapestre, hogy luesének kezelésén kívül döntsük el izületi bajának természetét: rheumás-e az, avagy gonorrhoeás. Minket a diagnosisban több mellékkörülményen kívül úgyszólván egyedül a fájdalmak jellegzetes éjjeli fokozódása vezérelt s lueses természetűnek tartottuk már eleve az izületi bántalmat, tehát azonnal erélyes antilueses kúrát indítottunk meg. Ez a fölvétel napjától $2^1/_2$—3 gr. pro die jodnatrium szedéséből áliott, majd pedig a második naptól fogva ápolótól óvatosan végzett 4 grammos kénesős kenésekből. A jodszedés első 24 órájában a fájdalmak kissé még fokozódtak s fönnállott a láz is, a mire a beteget előre figyelmeztettük. A második 24 órától kezdve azután feltünő lett a javulás.

[2] *Fournier:* Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période sec. Gazette des Hôpitaux, 1887. 27. és 29. sz.

[3] *Chr. Bäumler:* Deutsches Archiv für klinische Medizin, 9. k.

[4] *Schüller:* Ueber syphil. Gelenkleiden, Arch. f. klin. Chirurgie, XXVIII. 473. o.

[5] *Harttung:* Luetische Gelenkerkrankungen. Mediz. Klinik, 1909, 27. szám.

[6] *Mindkettő:* Archiv für Dermatologie und Syphilis, 93. k.

Június 24.-én Reggel a hőmérsék 38·1°, este 37·9°. A fájdalmak még tartanak.

Június 25.-én. Reggel a hőmérsék 36·4°, este 36·7°. Aznap virradóra izzadás kiséretében a fájdalmak lényegesen csökkentek, úgy hogy a beteg hosszasan aludt. Az izületi duzzanatok s a functiós zavarok még fönállanak.

Június 26.-án. Teljes jólét, csak kisfokú bágyadtság. Láztalan állapot. Fájdalom csak erősebb nyomásra mutatható ki az izületekben. A térdizületek duzzanata csökkent. Jó étvágy és alvás.

Június 27.-én. Láztalan állapot. A beteg teljesen jól érzi magát, szabadon, támogatás nélkül jár-kel a szobában. Az izületek duzzadtsága, a jobb mutatóujjét kivéve, elmult; szintúgy elmult a jobboldali patella ballotement-ja is. A bőr és a torok syphilises elváltozása javul.

Június 28.-án. Láztalan, semmi fájdalom. A beteg izületek helyén a mozgások még gyöngék.

Június 29.-én. A beteg első sétáját teszi az utczán. Teljes jóllét. A bőr és torok lueses tünetei erősen javulnak. Jó étvágy és alvás. Az ágyban a beteg ezentúl — a kenőkúra miatt — csak délelőtt tartható.

A betegen ittléte alkalmával 20 4 grammos kenést végeztettünk s e közben 5 üveg jodot (15 gr. : 300) fogyasztott el. Ezalatt a lueses tünetek is már meggyógyultak. Az egyetemek kórházát július 19-én hagyta el s hazautazott, azzal a meghagyással, hogy a jodot még tovább szedje [7]

A következő eset egy lues maligna kórképéből indult ki.

3. eset. J. E. 22 éves kereskedősegéd. Lueses infectio 1910 február havában. Baját eleinte kenésekkel és injectiókkal kezelték 1910 június havában állapota erősen súlyosbodott, a miért is egyik fővárosi kórházba fölvétette magát. Ekkor a jobb alsó végtagján és a bal scapula táján szétesö syphilidje volt. Kifejezetten súlyossá tette azonban állapotát az, hogy ugyanakkor nyelvcsúcsának egy jó része fekélyesen szétesett. Erre kénesö-injectiókat kapott, a mire a kiütés el is mult, de a nyelv nem akart javulni. Ezért július 12.-én a még egészen új salvarsanból 0·3 grammot kapott intraglutealisan. A nyelv állapota erre javulni kezdett, de közben újabb syphilises kiütést kapott a jobb alsó végtagján. A később megindított kénesös kezelés azután az újabb kiütést és a lassan gyógyuló nyelvet is végleg meggyógyította. 1910 szeptember havában valamennyi végtagjának nagy csöves csontjaiban húzó fájdalmai támadtak, úgy hogy járni alig tudott. Közben egyre soványodott. Egyik klinikán erre október 13.-án 0·5 gramm salvarsant kapott, mire a csontfájdalmai kissé megjavultak, de csakhamar megint visszatértek.

Uj szent János-kórházi rendelésemen a beteg 1911 november 25.-én jelentkezett először. Állapota akkor a legkétségbeejtőbb volt s a vizsgálat akkoriban a következő állapotot derítette föl:

Testsúly 56 kgr. (luese előtt állitólag 78 kgr. súlyú volt). Napok óta nem tud aludni heves izületi és csontfájdalmai miatt, ezek ugyanis *éjjel feltünően fokozódnak* s csaknem tűrhetetlenek. Alig van jártányi ereje. Már napok óta szed aspirint, de ez csak némileg csökkenti rövid időre fájdalmait. Hőmérsék 38° C. A nyelv elülső harmada hiányzik, a megmaradt nyelv distalis vége hegesen van a szájfenékhez rögzítve, ezért a beszéd némileg megnehezített. A két könyök félflexióban van tartva. Minden activ és passiv mozgás fokozza a fájdalmat. A két izület körvonalai teljesen elmosódottak az erős duzzadás miatt. A könyökduzzanat felett a bőr élénkpiros, fénylő és tésztatapintatú. A két könyökizületnek ez az állapota csak néhány napos s állitólag elég hirtelenül, láz kiséretében fejlődött ki. E leleten kívül a két ulna, valamint a baloldali tibia éle kissé duzzadt, igen fájdalmas. Kis fokban a bal térdizület is duzzadt, fájdalmas bőrön. A nyálkahártyákon, valamint a bőrön lueses tünet nem található. A belső szervek épnek látszanak.

Lefolyás. A beteget még azon a napon (november 25.-én) fölvettük *Kuzmik* tanár szivességéből sebészeti osztályára, a hol az általunk rendelt jodot azonnal szedni kezdte (naponta $2^1/_2$ gr. jodnatrium). A fájdalmak az első éjjelen még erősek voltak s teljes álmatlanságát okozták.

November 26.-án láztalan, fájdalmai kissé csökkentek. Az izületi duzzadások még fönnállanak.

November 27.-én. Láztalan állapot. A beteg föltűnően jól érzi magát. A beteg izületei még dagadtak s nyomásra, mozgatásra fájdalmasak.

November 28.-án Láztalan állapot. Fájdalmai kis fokban és rövid időre visszatértek.

November 29.-én. Láztalan. Jó közérzület. Az étvágy jelentékenyen emelkedett. A beteg fájdalomról nem panaszkodik. A két könyökizületének duzzadása kissé csökkent. Térdizülete egészen szabad. Mindkét könyök tájéka nyomásra még érzékeny.

Deczember 1. A beteg jól érzi magát. Fájdalmai nincsenek. Az izületek daganata erősen csökkent, nyomásra, mozgatásra sem fájdalmasak.

Deczember 6. A beteg állandóan fenn van, jár-kel. Fájdalomnak nyoma sincsen. Végtagjait teljesen szabadon mozgatja. Testsúlygyarapodás november 25.-e óta $2^1/_2$ kgr. A beteget most rendszeres kenőkúrára akartuk fogni, de el kellett bocsátani illetlen magaviselete miatt.

A beteget 1911 február 24.-én láttuk újra. Akkor kórházi rendelésünket azért kereste fel, mert megint legyengülve érezte magát s jobb kulcscsontját fájlalta. Az izületeit akkoriban épnek találtuk, a jobb claviculán azonban diónyi, még el nem lágyult gummát találtunk. Therapia: belsőleg jod és kenőkúra.

[7] 1912 szeptember 12.-én, tehát 7 héttel utóbb újra följött a beteg. Állapota kitünő, súlyban gyarapodott. Izületei teljesen épek. Egyedüli lueses tünete egy nyelvplaque. Ujabb antilueses kezelés.

Ezek a most ismertetett esetek eléggé hü képét adják a korai syphilis folyamán keletkezett hevenyés sokizületi syphilises gyuladásnak. A leirásból egyben az is látható, hogy általában igen súlyos, a közérzetet velejében megtámadó tünetcsoportról van szó. A szerzők ezt a bántalmat különböző név alatt és meghatározással már több izben pontosan leirták, legalaposabban kétségtelenül *Finger* és *Harttung*. Ezek is mind kiemelik, hogy a baj úgyszólván teljes képét utánozza a hevenyés sokizületi csúznak. Főként a nagy izületeknek (térd, váll, könyök stb.) rövid néhány nap alatt teljes magaslatra kifejlődő fájdalmas és erős duzzadása, izzadmánya és súlyos működési zavara az, a mi a hasonlatosságot oly nagy mértékben fokozza. Az izületi gyuladás helyének gyors változásában, ugrásszerű terjedésében is a heveny sokizületi csúzhoz való hasonlatosság ismerhető fel, bár kétségtelen, hogy az izületi fájdalom hirtelen beköszöntése és vándorlása más izület felé még ezen acut syphilises izületi bajban sem oly meglepetésszerüen gyors, mint a valódi hevenyés polyarthritisben. A láz leginkább remittáló jellegü, akárcsak polyarthritis eseteiben. A nagy hasonlatosság miatt, mely a két különböző aetiologiájú bántalom között fönforog, mondja *Harttung* is: „es gibt kein einziges Symptom, welches für die syphilitische Natur einer Gelenkerkrankung pathognomonisch wäre".

Mindez fontos, mert az átnézett nagy belgyógyászati tan- és kézikönyvek jó részében a bajról még említés sincsen téve. Látnivaló tehát, hogy a hasonlatosság igen nagy lehet, olyannyira nagy, hogy nincsen *objectiv* tünete magának a syphilises izületi bajnak, mely elvileg el tudná azt választani a rheumás polyarthritistől. És csakis ilyen értelemben fogadható el véleményünk szerint *Harttung* kijelentése. Mert van egy *subjectiv* tünet, mely tapasztalásunk szerint alig hagy cserben, s ez a *fájdalom mineműsége*. Általánosan ismeretes, hogy a fájdalmak a hevenyés izületi csúznak csak kissé súlyosabb esetében is igen hevesek szoktak lenni, éjjel-nappal tartanak s nagyfokú álmatlanságot okozhatnak. Mégis kellő nyugalmi helyzetben az izületi fájdalom legalább is nem fokozódik éjjelenként. Ezzel szemben a lueses polyarthritis acutára jellegzetes, és ez csaknem törvényszerűnek mondható, hogy a fájdalmak az egyenletes melegben *éjjel* és teljes nyugalom közepette is *föltünően* fokozódnak, sőt csaknem tűrhetetlenné válnak. Az álom ezért csakis nappal fogja el a beteget, a mikor viszont a fájdalom néha még mozgás alkalmával is csak aránylag kisfokú. Ez oly jellegzetes tünet, hogy az intelligens beteg spontán panaszolja el, a kevésbé értelmes pedig az első kérdésünkre azonnal határozottan válaszol. Bizonyos, hogy a fájdalomnak ez a fokozódása analogonja a syphilises fej-, csont- és neuritises fájdalmak ismert éjjeli exacerbálásának.

Elég fontos elkülönitő tünetek továbbá az izületek fájdalmassága mellett jelenlevő csontfájdalom (főként az ulna és sípcsont szabad szélén) és a periostitises duzzadások, melyek polyarthritis kapcsán nem észlelhetők. Ez a tünet nincsen azonban minden esetben jelen. A salicylsavas készítmények teljes hatástalansága, illetőleg minimalis hatásossága azonban általában csak gyönge támpont arra nézve, hogy a bajt luesnek minősítsük.

A syphilis diagnosisának valószínüvé tételét emeli az a körülmény, hogy az izületi bántalmon kívül elég gyakran a luesnek valamilyen egyéb manifest tünete is fönforog. Ez természetesen inkább csak a korai szakban jelentkező polyarthritis syphilitica eseteiben fordulhat elő gyakrabban. A késői szakban ugyanis, ha az izületi bántalom syphilises természetű is, egyéb lueses tünet nem igen lesz jelen, mert ilyenkor a specifikus tünetek már nem szoktak több alakban és localisatióban jelentkezni. Ebben a késői szakban a Wassermann-reactio is lehet diagnostikai segítségünkre, de természetesen csakis olyan értelemben, hogy a lues fenforgását megerősíteni látszik. Az izületi bántalom lueses természetét azonban a reactio közvetlenül nem állapíthatja meg,

mert lueses egyénnek egyben valódi csúzos polyarthritise is lehet.

A syphilises izületi megbetegedések az irodalmi adatok jó részében úgy vannak leirva, hogy a fájdalom vagy csekély, vagy teljesen hiányzik. Ez az állítás azonban általánosságban nem állhat meg. A magyarázata ennek a látszólagos ellentmondásnak abban rejlik, hogy a szerzők leginkább a lassú lefolyású, idősült syphilises izületi bajokat irták le (hydrarthros, tumor albus syphiliticus stb.), mert kétségtelenül ezek a gyakoribb esetek. Ezek az esetek azután láz nélkül és legföljebb csekély fájdalom kiséretében folynak le. Olykor még műtéti beavatkozás alá is esnek, mint a milyen pl. a *Holländer* által bemutatott eset volt. Ilyenfajta eset volt továbbá a *Gaucher* és *Louste* által bemutatott tumor albus a kézcsukló táján.

Ezekkel az esetekkel szemben az acut többizületi syphilises gyuladás, melyre mind a három esetünk vonatkozik, mindig igen heves fájdalom kiséretében folyik le. Hiszen éppen a nagy fájdalom az, mely a lázzal és a nagy izületi duzzadással egyetemben oly nagy fokban utánozhatja a polyarthritist. Legújabban *Wysocki*[8] közölt néhány ilyen esetet, a melyben a polyarthritishez való hasonlatosság oly nagy volt, hogy több betege előbb a belosztályon feküdt, a hol eredmény nélkül kezelték antirheumaticumokkal.

Említettük már, hogy a syphilises acut polyarthritis eseteire jellegzetes a fájdalmak éjjeli heves exacerbatiója. De ha ez jóval több is a gyanujelnél, még sem döntheti el kétségtelen bizonyossággal az izületi bántatom syphilises természetét. Ezt egyedül ex juvantibus lehet megállapitani, a mire nézve jellegzetes az antilueses kúrának, főként azonban a jodnak feltünő és gyors hatása. Megfelelő jodmennyiségre (jodalkaliból legalább napi 2 gr.) az első hatás a fájdalom gyors csillapodásában, továbbá a láznak gyors csökkenésében mutatkozik. Az egyéb objectiv elváltozások s a működési zavarok elmulásához néhány napra van szükség, de ezeknek a visszafejlődése is föltünően gyors. A diagnosis föltétlen helyességét valójában tehát csakis az eset lefolyása után lehet megállapitani.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

A normalis qualitativ vérképről.

Irta: *Galambos Arnold* dr.

(Vége.)

Vizsgálataim eredményei a következők:

1. A fehérvérsejtszám egészséges emberben *3500* és *12.500* közt ingadozhat mm³-enkint.

2. A fehérvérsejtszámnak 100 esetből kiszámított arithmetikai középértéke (a hol több izben történt vizsgálat, ott ezeknek számtani középértéke számíttatott) *7613* volt. (A *Thoma, Halla, Tumas, Gräber, v. Limbeck, Remert, Schultz, Hayem, Bouchut, Dubrisay*[90] vizsgálataiból kiszámított együttes középérték 7540 volt.) Éhomra vizsgált 28 esetben 7494, étkezés után különböző idővel (II. és II. *b*) sorozat) vizsgált 48 esetben 7640, nem éhomra, de étkezés után későn, rendszerint több óra mulva (mindig valamely nagyobb étkezés előtt) vizsgált 25 esetben 7655 volt az arithmetikai középérték. Ugyanazon egyénen (83 és 99) az éhomra történt vizsgálatok eredményeinek arithmetikai középértéke 7033 (83. sz.), illetve 7525 (99. sz.), míg az étkezés utáni vizsgálatokból nyert arithmetikai középérték 7682 (83. sz.), illetve 7940 (99. sz.) volt.

A 100 esetre kiszámított „median" vagy „középérték" 7413 volt. A „leggyakoribb" érték (dichtester Wert) — a mint az az I. sz. táblán feltüntetve is látható — a szerint változik, a mint az argumentum változik. Ha az összevont táblázatban az egyes csoportok határértékei közti differentia 500, akkor a legtöbb esetet magában foglaló csoport középértéke 6319; ha a differentia 1000, akkor 6617; ha pedig 1500, akkor 6738.

3. Ugyanazon egyénnek különböző napszakban (106. és 107. sz.), sőt ugyanazon napszakban (pl. éhomra) talált fehérvérsejtszáma is (102. és 106. sz.) csaknem 100%-nyi ingadozást mutatott.

4. Férfiak és nők fehér vérsejtjeinek száma közt szóbajöhető különbséget nem találtam (férfi: 7625; nő: 7572) s így *Kjer Peterson*[91] vizsgálati eredményei — melyek szerint férfiakban normalis, nőkben azonban 3000—24.000 közt változó értékek fordulhatnak elő ép viszonyok között — érthetetlenek maradnak előttem.

5. A fehér vérsejtek száma éhomra ugyan valamivel kisebb, mint étkezés után (főleg rövid idővel az étkezés után), azonban e különbség általában igen csekély és az étkezés után különböző időben történt vizsgálat eredménye sohasem haladta meg a normalis érték felső határát, tehát mindig physiologiai határok közt mozgott. Ha a II. és II. *b*) csoport tagjait kettéválasztjuk a szerint, a mint a vizsgálat kisebb étkezés után 2, nagyobb étkezés után 3—3½ órán belül, vagy ezen időn túl végeztetett-e, akkor az emésztés befolyása alatt keletkező fehérvérsejtszaporodás könnyebben s szemléltethetőbb módon lesz kimutatható; mert míg az étkezés utáni órákban nyert számok arithmetikai középértéke 8466, addig az étkezéstől távolabbi időben végzett vizsgálatok eredményeinek arithmetikai középértéke 7278, tehát még az éhomra nyert értéknél is kisebb.

Az étkezés utáni fehérvérsejtszám-szaporodás azonban nem következett be szigorúan minden esetben. Voltak esetek, melyekben kimaradt a szaporodás, sőt olyan is volt, melyben étkezés után a fehér vérsejtek száma megkevesbedett. Előfordult, hogy ugyanazon egyénben más alkalommal ugyanazon étkezés után egyazon idő mulva ismét nem csökkenést, hanem szaporodást találtam.

Az emésztési leukocytosis alatt — *Lerensky*[92] adataival szemben, *Vanttenberghe* és *Breton*,[93] *Goodall* és *Noel Paton*,[94] *A. Picazio*[95] vizsgálati eredményeivel megegyezőleg — én is főleg a mononuclearis elemeknek megszaporodását észleltem. Azonban voltak ez alól kivételek is.

6. A mononuclearis vérsejtek az összes fehér vérsejteknek *18—67·5%-át* tehetik ki egészséges emberben. A mononuclearis elemek absolut értéke *1300—5000* közt ingadozott mm³-enkint. Az absolut és relativ értékek természetesen nem járnak mindig parallel, minthogy a fehér vérsejtek két különálló csoportjának sejtszáma egymástól függetlenül változik. A vérkép jellemzéséhez az absolut és relativ értékek együttes ismerete szükséges; a kettő közül az absolut a fontosabbik.

7. A mononuclearis elemek százalékos számának 100 eset kapcsán kiszámított arithmetikai középértéke *39·48%* (absolut érték 3006 mm³-kint; férfi: 39·64%, nő: 38·71%).

Az éhomra vizsgáltak 28 esetében 38·21%-ot (absolut érték 2863 mm³-enkint); 48, étkezés után különböző idővel vizsgált egyénben 41·25%-ot (absolut szám 3152 mm³-enkint); nem éhomra, azonban nagyobb étkezés előtt vizsgált 25 esetben 38%-ot (absolut érték 2909 mm³-enkint) találtam, mint az egymagvú sejtek arithmetikai középértékét. Ugyanazon egyénben (83. és 99. sz.) az éhomra történt vizsgálatok 41·8%-ot (2940 mm³-enkint, 83. sz. eset) illetve 26%-ot (1957 mm³-enkint, 99. sz. eset), az étkezés után különböző idővel történt vizsgálatok 43·9%-ot (3372 mm³-enkint; 83. sz. eset), illetve 25·05%-ot (1989 mm³-enkint; 99. sz eset) eredményeztek arithmetikai középérték gyanánt. A 100 esetre kiszámított „median" vagy „középérték" 38·32% (2917 mm³-enkint) volt. A „leggyakoribb érték" — a mint az a II. sz. táblán feltüntetve látható —, ha az „összevont táblázat"-ban a szomszédos tagok közti differentia 3, akkor 35·17%, illetve 38·8%, ha pedig a differentia 6, akkor 36 8% volt.

8. Az eddigi tapasztalatok alapján a lymphocytosissal járó s az imént felsorolt betegségek eseteiben sem találkozunk nagyobb lymphocytaszámmal, mint a milyen egészséges egyénekben is előfordulhat, a mit már most kifejezhetünk

[8] *Stefan Wysocki*: Ueber Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1911, 107. sz.

olyképpen is, hogy ezen betegségek qualitativ vérképe az egészséges emberben is előforduló határokon belül mozog. Igy pl. Basedow-kór kifejezett eseteiben az összes mononuclearis elemeknek a *Roth*[30] illetve *Caro*[24] által közölt statisztikában foglalt adatok alapján kiszámított arithmetikai középszáma az összes fehér vérsejteknek 40·96%-át, illetve 40%-át tette ki, már pedig ez a szám nem különbözik eléggé a 39·48%-tól ahhoz, hogy ennek alapján a Basedow-kór diagnosisában a fehérvérsejtszámlálásnak jelentőséget tulajdoníthatnánk. Ugyanez mondható a leukaemia és a pseudoleukaemia kivételével mindazon betegségekről, a melyek állítólag lymphocytosissal járnak.

9. A qualitativ vérkép vizsgálatának van egy, bár szűkebb körű, diagnostikai jelentősége és tere: a *normalis és a polynucleosisos jellegű vérkép közti határon.* Tudnunk kell azonban azt, hogy mérsékelt polynucleosis a fehér vérsejtek 82%-áig normalisan is előfordulhat és ezt épp oly kevéssé tekinthetjük kóros polynucleosisnak, mint a hogy a mononuclearis elemeknek 50—67·5%-áig való megszaporodását még nincs jogunk feltétlenül lymphocytosisnak nevezni. Bizonyos körülmények közt a normalis arányszám jelenlétének vagy hiányának ismerete is birhat diagnostikai jelentőséggel. Legjobban megvilágítja ezt a typhus abdominalis példája. Typhus abdominalisban a relativ lymphocytosis igen jelentékeny diagnostikai jelentőséggel birt. Vizsgálataim alapján az egymagvú fehér vérsejteknek %-os arányszáma azonban typhus abdominalisban is a normalis határon belül szokott mozogni. Lázas megbetegedésekben azonban sokszor polynucleosis áll fenn. Typhus abdominalisban a polynucleosis hiánya a normalis qualitativ vérképet már relativ lymphocytosis jelentőségére emeli, hangsúlyozom azonban újból, hogy nem a normalis qualitativ vérképhez, hanem a lázas betegségekben rendszerint előforduló polynucleosishoz képest, úgy hogy a leukopeniával s a teljes aneosinophiliával együtt előforduló *normalis arányszám* a typhus abdominalis diagnosisának felállításakor továbbra is a legértékesebb eljárásaink közé tartozik. Egy másik eset, a melyben a lymphocyták számbeli viszonyai értékesíthetők akkor is, ha az egészséges emberben található határértékek közé esnek, akkor áll elő, ha azok egy és ugyanazon betegben jellemző módon *változnak.* Ez az eset fordul elő pl. a typhus lefolyása közben.

10. Nemcsak az ú. n. „lymphocytosis" jelenléte nem bizonyít az előbb említett betegségek jelenléte mellett, hanem a hiánya ellene sem.

11. Vizsgálataimban az összes mononuclearis sejtek száma határoztatott meg. A nagy mononuclearis s az átmeneti sejtek számának (3—5%) levonása után kapjuk meg a lymphocyták számát.

A II. csoport tagjain kamaraszámoláson kívül száraz-festési készítményeken is végeztem parallel számolásokat (esetenként 200—500 sejt számoltatott). Míg e csoport tagjain a kamaraszámolás útján nyert értékek arithmetikai közepe 40·8% volt, addig a száraz-festési eljárás útján történt számoláskor 41·6%-ot nyertem arithmetikai középérték gyanánt. A száraz-festési készítményeken az átmeneti s nagy mononuclearis sejtek együttes számának arithmetikai középértéke 5·0% volt (1—9·5% közt ingadozó). Vizsgálataim szerint a mononuclearis sejtek átlagos értéke 39·5%, a miből a lymphocytákra 34·5% jut; a polynuclearis sejtek arithmetikai középértéke 57%, az eosinophil sejteké 3·3%. Ezek azonban csak középszámok, melyektől mindkét irányban jelentékeny eltolódás lehetséges, úgy hogy az 50% körüli mononuclearis sejtértékek épp oly normalisak, mint a 25—30% körüli értékek. Egészséges emberekben *a polynuclearis és mononuclearis sejtek száma, ezeknek egymáshoz való viszonya* tehát nem fix, szűk határok közt mozgó, szigorúan állandó, hanem *tág határok közt mozgó, ingadozó érték.*

Vizsgálataimnak ezen, az általános felfogással szemben álló eredményei ellen az volna felhozható, hogy azokban az emberekben, a kik táblázataimban mint egészségesek szerepelnek, talán valami latens, vagy utóhatással gyógyult betegség okozta a vérképnek eltérését a normalisnak elfogadott képtől. Ez az ellenvetés különösen a tuberculosisra vonatkozhatnék. Minthogy azonban a vérkép diagnostikai értékesítése közben az a célunk, hogy annak alapján betegeket *gyakorlati szempontból* egészségeseknek tartható emberektől különböztessünk meg, ez az ellenvetés, ha esetleg jogosultnak is bizonyulna, még akkor sem változtatna azon, hogy olyan számok, melyekből eddig kóros lymphocytosisra vontunk következtetést, ebben az irányban bizonyítéknak nem tekinthetők.

12. Végül nem tartom kizártnak, hogy egyes betegségekben vagy betegségi szakokban (pl. a typhus abdominalis késő heteiben) a mononuclearis sejtek számának arithmetikai középértéke 1—2%-kal meghaladhatja a normalisat, a minek oka az lenne, hogy a magasabb normalis értékek az alacsonyabb normalis értékekhez képest valamivel gyakrabban fordulnának elő, mint a normalis esetekben; az azonban egészen bizonyos, hogy ezen értékek is a normalisak közé tartoznak s a kérdéses esetben talált magas értékre nézve döntő jelentősége nem lehet annak, hogy ezen magas, vagy az ennél még magasabb értékek a normalis eseteknek 40, míg a kérdéses betegség eseteiben pl. 45 vagy 50%-ban fordulnak elő.

Mindez természetesen nem zárja ki azt sem, hogy bizonyos betegségi szakok szerint (pl. typhus abdominalis lefolyása, vagy asthma bronchialenek roham alatti és rohammentes szaka) a mononuclearis sejtek értékei bizonyos törvényszerű csökkenést vagy szaporodást mutathassanak.

13. Kezdődő activ tuberculosisban úgy a fehérvérsejtszám, mint a qualitativ vérkép teljesen normalis. A 14 idetartozó esetből (20 vizsgálat) nyert arithmetikai középértéke a fehér vérsejtek számának 7650. A median-érték 7500. A leggyakrabbi érték 7530, illetve 6370, ha a differentia 300, míg ha a különbség 1000, akkor a leggyakrabbi érték 7700, illetve 5755. A mononuclearis sejtek arithmetikai középértéke 39·64% (3032 mm³-enkint), median-értéke 39·14% (2936 mm³-enkint), leggyakrabbi értéke 38·95% (differentia 5), illetve 41% (differentia 10).

Irodalom. [1] *Galambos:* Az eosinophil sejtek viselkedéséről a vérben ép és kóros körülmények közt. Magyar Orvosi Archivum, 1912. — [2] *P. Ehrlich:* Farbenanalytische Untersuchungen z. Hist. u. Klinik d. Blutes. Berlin, 1891. — [3] *A. Dobrovici:* Les leukocytes du sang chez les vieillards. Soc. de Biologie, 1904. Ref. Fol. Haem. I. kötet. — [4] *Henry F. Hewes:* Standard records of the leukocytes in normal blood for reference in clinical work. Boston medical a. surg. Journal, 1904. Ref. Fol. Haem. II. kötet. — [5] *Garegin Chosrojeff:* Beiträge zur Morphologie des normalen und pathologischen Blutes. 1910. Ref. Fol. Haem. X. kötet. — [6] *Gabritschewsky:* Citálva 8. szám alatt. — [7] *A. Heinecke und Fr. Deutschmann:* Das Verhalten der weissen Blutkörperchen während des Asthmaanfalles. Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. — [8] *P. Salecker:* Blutuntersuchungen bei Asthmatikern. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. — [9] *H. v. Hoesslin:* Ueber den Zusammenhang von Asthma bronch. und Lungenödem. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. — [10—13] Citálva 14. sz. alatt. — [14] *P. Naegeli:* Die Leukozyten beim Typhus abdom. Deutsches Archiv f. klinische Medizin, 67. kötet. — [15] *Liachowetzky:* Zur Morphologie des Blutes bei Osteomalacie. Ref. Fol. Haem. I kötet. — [16] *N. Pende:* Il sangue nell' osteomalacia. Il Policlinico. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [17] *J. Sabrazès et J. Bonnes:* Examen du sang dans le akromegalie. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [18] *S. J. Schimnitzkij:* Die Blutveränderungen bei Akromegalie. Russkij Wratsch, 1909. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [19] *J. S. Churchill:* The diagnostic value of the leukocyte form in pertussis. Journal of the Americ. Med. Assoc. 1906. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [20] *W. Hildebrand und K. Thomas:* Das Verhalten der Leukozyten bei Röteln. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [21] *Mamerto Acuna:* Zeitschrift für klin. Medizin, LIX. kötet. — [22—24] Citálva 61. szám alatt. — [25] *Curschmann:* Demonstrationen von Blutpräparaten von Parot. epidem. Münchener mediz. Wochenschrift, 1906, 8. — [26] *E. Rohde:* Stoffwechseluntersuchungen an Epileptikern. Deutsches Arch. für klin. Medizin, 95. kötet. — [27] *Th. Kocher:* Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii etc. Lang. Archiv, 1908. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [28] *L. Caro:* Blutbefunde bei Morbus Basedowii und bei Thyreoidismus. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. — [29] *Gordon und N. v. Jagic:* Ueber das Blutbild bei Morbus Basedowii und Basedowoid. Wiener klinische Wochenschrift. 1908. — [30] *M. P. Kurloff:* Die Blutveränderung bei Morbus Basedowii. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [31] *P. Ciuffini:* Ulteriori contrib. alla emat. d. M. di F. Basedow. Il Policlinico, 1909. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [32] *E. H. v. Lier:* Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [33] *M. Carpi:* Ueber morphologische Blutveränderungen bei Struma und Morbus Basedowii. Berliner klinische Wochenschrift, 1910. — [34] *M. Roth:* Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii. Deutsche med Wochenschrift, 1910. — [35] *M. Büh-*

ler: Ueber die Lymphozytose bei Basedowkrankheit. Münchener med. Wochenschrift, 1910. — [36] *M. Kappis:* Ueber Lymphozytose des Blutes bei Basedow etc. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [37] *Bence és Engel*: Vérelváltozások myxoedemánál. Magy. Orv. Archivum, 1908. — [38] *Th. Mennacher*: Zytologische Blutbefunde bei Konstitutionskrankheiten im Kindesalter. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [39] *O. J Wynhausen:* Beitrag zur morphologischen Blutuntersuchung am Krankenbette. Deutsches Archiv für klin. Medizin, 92. kötet. — [40] *de Albertis:* La formula leukoc. su deci casi de scorbuto. Riforma medica, 1909, 18. — [41] *Billings:* Cit. *Litten* nyomán: Morbus mac. Werlhofii. Spez. Pathologie und Therapie (*Nothnagel*), VIII kötet. — [42] *Becker:* Skrophulose und Lymphozytose. Mediz. Klinik, 1909, 37. — [43] *Weiss:* Hämatologische Untersuchung. Wien, 1896. Citálva 62. szám alatt. — [44] *Ország O.*: Vérelváltozások tabesben. Orvosi Hetilap, 1910. — [45] *A. Waledinsky*: Ueber Veränderungen des Blutes bei Achylia gastrica spl. Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 35. — [46] *N. v. Jagic, G. Schwarz, L. v. Siebenrock*: Blutbefunde bei Röntgenologen. Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 27. — [47] *v. Noorden und Falta*: Klinische Beobachtungen über die physiologische und therapeutische Wirkung etc. Medizinische Klinik, 1911. — [48] *Gradle*: Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Lymphozytose bei traumatischer Iridocyclitis nach perforierten Verletzungen. Ophthalm. Kongress 1910. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [49] *Gilbert:* Citálva 48. szám alatt. — [50] *H. Hirschfeld*: Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert der Leukozytenuntersuchungen. Berliner Klinik, 1903. Ref. Fol. Haem. I. kötet. — [51] *Moritz*: Einige Ergebnisse von Blutuntersuchungen. St. Petersburger mediz. Wochenschrift, 1903. Ref. Fol. Haem. I. kötet. — [52] *Galesesco et Statineano*: Examen du sang et du liqu. cephalorach. dans la pellagra. Ref. Fol. Haem. V. k. — [53] *Galesesco et Statineano:* Citálva 54. szám alatt. — [54] *Fr. Luksch:* Ueber den Blutbefund bei Fleckfieber. Ref. Fol. Haem. IV. kötet. — [55] *H. Stark:* Klinik der Formes frustes des Morbus Basedowii (Thyreotoxikosen). Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911, 47. — [56] *Esser:* Blut und Knochenmark nach Ausfall der Schilddrüsenfunktion. Deutsches Archiv für klin. Medizin, IXC. kötet. — [57] *S. Kostlivy*: Ueber chron. Thyreotoxikosen. Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1910. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [58] *Zülzer:* Citálva báró *Korányi Sándor* nyomán: Belorvostani előadások. II sorozat, 1911. — [59] *Austoni u. Tedeschi*: Einwirkung d. Suprarenalextraktes sowie des Hypophysenextraktes auf das Blut. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [60] *Waldstein:* Beobachtungen an Leukozyten etc. Berliner klin. Wochenschrift, 1895, 17. [61] *Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes. Berlin, 1902. — [62] *E. Schultz*: Das Blutbild und die Blutreaktion nach Tuberkulininjektion etc. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. XXI. kötet, 1. füzet. — [63] *Oddo et Moenier:* Modifications de la formule leukocytaire après l'hémoptysie chez les tuberc. Reun. biol. d. Marseille. Ref. Fol. Haem. X. köt. 2. — [64] *Riegner*: Cit. *Litten*: Die Splenektomie. Die spezielle Pathologie und Therapie (*Nothnagel*). VIII. kötet. — [65] *Turban*: Citálva 62. szám alatt. — [66] *Fulpius*: Variatons de la formule leukocytaire pendant le sommeil. La semaine méd. 1911, 26. — [67] *Stäubli*: Citálva 62. szám alatt. — [68] *R. Dunger*: Eine einfache Methode d. Zählung der eosinophilen Leukozyten etc. Münchener med. Wochenschrift, 1910, 37. — [69] *Türk:* Vorlesungen über klinische Hämatologie. I. Teil. 1904. — [70] *O. Naegeli:* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, 1908, p. 20—21. — [71] *O. Naegeli:* Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose. 24. Kongress für innere Medizin, 1907. Ugyanott cit.: Virchows Archiv, 160. kötet. — [72] *Moritz*: Citálva 51. szám alatt. — [73] *Simon et Spillmann:* Analyse quant. et qual. du sang etc. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [74] *Rubino:* Ueber den mikroskopischen Blutbefund bei Tuberkulose etc. Ref. Fol. Haem. IX. kötet, 2. — [75] *L. Steffen:* Ueber Blutbefunde bei Lungentuberkulose. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCVIII. kötet. — [76—78] Cit. 79. sz. a. — [79] *Stein und Erbmann*: Zur Frage der Leukozytose bei tuberkulösen Prozessen. Deutsches Arch. f. klin. Mediz. LVI. kötet. — [80] *L. Appelbaum*: Blutuntersuchungen an Phthisikern. Berliner klin. Wochenschrift, 1902. — [81] *I. W. Swan:* The condition of the blood in patients suffering from pulm. tuberc. Ref. Fol. Haem. I. kötet. — [82] *Fauconnet:* Tuberkulöse Prozesse und Lymphozyten. Deutsches Arch. f. klin Mediz. LXXXII. kötet. — [83] *Kjer Peterson*: Ueber die numerischen Verhältnisse der Leukozyten bei Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik der Tuberkulose. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [84] *Mendl und Selig*: Ueber Herz- und Blutbefunde bei Lungentuberkulose. Prager med. Wochenschrift, 1907. Ref. Fol. Haem. V. kötet. — [85] *Ehrlich, Lazarus, Pinkus:* Spezielle Pathologie und Therapie (*Nothnagel*). VIII. kötet, p. 4 és 6. — [86] *Joh. Müller*: Ueber die Wirkung einiger physiologischer Einflüsse auf die Zusammensetzung des Blutes. Münchener mediz. Wochenschrift, 1904, 38. — [87] *Ellermann und Erlandsen*: Beiträge zum Studium der physiologischen Schwankungen in der Leukozytenzahl. Arch. f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie. LXIV. kötet. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [88] *Klieneberger und C. Walter:* Die Verdauungsleukozytose bei Laboratoriumstieren. Zentralblatt für innere Medizin, 1910. — [89] *K. v. Körösy*: Studien über Puls und Atmungsfrequenz. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, CI. kötet. — [90] *G. Schultz:* Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und die Bedeutung der Leukozytose. Deutsches Archiv für klinische Medizin, LI. köt. — [91] *Kjer Peterson:* Die Zahl der weissen Blutkörperchen bei gesunden Männern und Frauen. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [92] *Lerensky:* Leukozytose und Leukolyse während der Verdauung. Inaug. Dissert. Petersburg, 1908. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [93] *P. Vanttenberghe et M. Breton:* La leukocytose digestive. Sa valeur diagnostic. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [94] *Goodall és Noëll Paton*: Digestion leukocytosis. Ref. Fol. Haem. III. kötet. — [95] *A. Picazio*: Contributo allo studio della leukocytosi digestiva. Gazz. intern. di med. e chir. 1910. Ref. Fol. Haem. X. kötet, 2. — [96] *H. Kämmerer:* Ueber das Leukozytenbild bei Variola. Deutsches Archiv für klinische Medizin, 99. kötet, 910. — [97] *G. Vidoni és S. Gatti*: Contrib. allo studio del sangue nei pellagrosi. Ref. Fol. Haem. 1911. — [98] *C. Mathis et M. Leger:* Contrib. à l'hémat. du beriberi et du scorbut. Ref. Fol. Haem. 1911. — [99] *A. Lanfranchi*: Hämatologische Studien an Hunden bei experimenteller Surrainfektion. Ref. Fol. Haem. 1911. — [100] *A. Gorrieri:* Ricerche ematologiche nell alcoolismo. Ref. Fol. Haem. 1911. — [101] *M. Cohn und H. Peiser:* Einige Störungen der inneren Sekretion bei Pankreaserkrankungen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 2. — [102] *A. Fonio*: Einfluss von Basedowstruma und Kolloidstruma etc. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1911.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Sobotta J.: Az ember anatomiájának atlasza. Fordította *Nagy László* dr., bevezetéssel ellátta *Lenhossék Mihály* dr. egyetemi tanár. II. és III. kötet. Budapest, 1912, Franklin-társulat kiadása.

Sobotta kitűnő atlaszának magyar fordítása az imént megjelent kötetekkel teljesen elkészült. Már az I. kötet megjelenése alkalmával volt módunkban kifejteni, hogy mily kiváló jelentőséggel bír ezen valóban elsőrangú munkának magyar nyelvre való átültetése orvostanhallgatóink anatomiai tanulása szempontjából. Az anatomia gyakorlati megtanulása a hallgatóság folytonos szaporodása és a hullaanyag megfogyása folytán úgyis mind nehezebbé válik és ámbár a hullagyakorlatot a legjobb atlasz sem pótolhatja, egy jó atlasz előzetes alapos áttanulmányozása mégis bizonyos fokig előkészíti a hallgatót ezen gyakorlatokra és így nagyobb előkészülettel a praktikus tanulásra ritkábban kínálkozó alkalmat jobban tudja kihasználni. Hogy aztán ezt az alapos áttanulást lényegesen megkönnyíti az, hogy az atlasz a tanuló anyanyelvén van írva s az idegen nyelvekben kevésbé járatos tanulót nem zavarja egyes szavaknak előtte homályos jelentése, az magyarázatra alig szorul.

A most megjelent kötetek közül a II. a belső szervek és a szív, a III. az érrendszer, az idegrendszer, az érzékszervek és a nyirokérrendszer anatomiáját mutatja be összesen 20 színes táblán és 481 nagyobbára többszínű ábrán. Az ábráknak úgy megválasztása, mint kivitele igazán mintaszerű, az ábrák természethűek és nagyon tanulságosak, a magyarázó szöveg igen világos, értelmes, a fordítás magyarsága kifogástalan.

Meg vagyunk győződve róla, hogy abban a népszerűségben, melyet ezen kiváló munka a magyar orvosok és orvostanhallgatók körében mihamarabb el fog érni, a fordító fáradságos munkája és a kiadóczég áldozatkészsége el fogja nyerni jól megérdemelt jutalmát. *P. J.*

Ph. Bockenheimer: Plastische Operationen. I. Band. Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1912. Ára 9 márka.

A plastikus műtéteket összefoglaló munkák száma kicsiny, különösen ha a modern irodalmat nézzük, melynek a sebészet ezen igazán szép ága bizony mostoha gyermeke s melyről a nagy sebészeti tan- és kézikönyvek is csak hiányos útbaigazításokat szoktak adni. És azért igazán örömmel kell üdvözölnünk *Bockenheimer* munkáját, melynek I. kötete a plastikus műtétekről való általános bevezetés után az arczon levő különféle plastikus műtéteket tárgyalja és azoknak a gyakorló sebész számára, a kinek bizony nem egyszer esik jól, ha egy-egy idevágó műtét előtt szakszerű felvilágosítást talál az eddig ajánlott eljárásokról, jól használható összefoglalását nyujtja. A munkát 258, részben szines ábra diszíti, melyek közt sok az instructiv. Mindenesetre jobb szerettük volna, ha egyes szövettani és az arczon levő különféle sebészi kórképekre vonatkozó ábra és a munka végén levő három, eszközöket mutató tábla helyett inkább a különféle ajánlott plastikus eljárásokkal gyógyított egyéneken elért műtéti eredményeket demonstrálta volna. Azonban a könyv így is tanulságos és a kinek nincs nagy gyakorlata a plastikus műtétekben, az jó útmutatót fog nyerni benne további műtétei számára. *P. J.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az adrenalinhatásnak sók általi befolyásolhatását vizsgálta macskákon *J. R. Burkes*. 1 mgr. adrenalin intravenás injectiója után a vérnyomás emelkedését néhány másodpercz mulva vérnyomáscsökkenés követte, melynek leszálló görbéje legalább oly mély volt, mint a mily magas volt a felhágóé. Cholin-hatás nem lehetett, mert az adrenalin oxydálása után a praeparatum teljesen hatástalan volt. $BaCl_2$ $^1/_{198}$ n. oldata egyedül adva, vérnyomásemelkedést okoz. A $BaCl_2$ + adrenalin okozta vérnyomásemelkedést nem követi utólagos sülyedés. NaCl $^1/_8$ n. oldata semmiféle hatást sem fejt ki; $^1/_2$ n. oldata kisfokú vérnyomásemelkedést okoz. De ugyanez adrenalinnal együtt adva, az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést csökkenti, míg az utólagos vérnyomássülyedésre befolyása nincsen. KCl $^1/_{32}$ n. oldata közömbös. $^1/_{16}$ n. oldata a vérnyomást csökkenti, adrenalinnal adva azonban az adrenalinhatást fokozza. Egyedül adva vagus-stimulans, adrenalinnal együtt vagus-depressor. $CaCl_2$ és $MgSO_4$ egyedül is, adrenalinnal együtt adva is, a vérnyomást csökkenti. A phosphatok Na-sója (savi, közömbös vagy lúgos) a szívmunkára s a vérnyomásra hatástalan. Húgysav egyedül a vérnyomást fokozza, a szívműködésre befolyása nincsen. Adrenalinnal együtt adva, az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést csökkenti. A Ringer-oldat hatástalan. (The American Journal of Physiology, 1912, július.)

Galambos dr.

A thyreosist anaphylaxiás jelenségnek tartja *G. Wolfsohn*. Kiindulva abból, hogy *Biedl* és *Kraus* kutyákon, *Friedberger* és *Vallardi* tengeri malaczon előzetes anaphylaxia létesítése után leukopeniát, relativ lymphocytosist talált, a Basedow-kórt — melyben ezen vérelváltozás *Kocher* vizsgálatai szerint szintén fellelhető — szintén anaphylaxiás jelenségnek tartja. Az idegen fehérje a jodtartalmú albumen. Ha a Basedow-kór anaphylaxiás állapotnak is volna felfogható, semmi esetre sem hozható fel bizonyítékul e mellett a vérkép, mert a mint a referens kimutatta, mindezen vérelváltozás nem igazi vérelváltozás, mert normalisan ugyanaz lelhető fel. Tehát az anaphylaxiás állapot épp úgy, mint a Basedow-kór, nem jár morphologiai vérelváltozással, ez azonban az állapot azonosságának bizonyítására nem elegendő.

Ha azonban ezen morphologiai sajátságok alapján anaphylaxiát lehetne felvenni Basedow-kórban — eltekintve a referens vizsgálataitól —, akkor pl. a typhus abdominalist épp úgy foghatnók fel anaphylaxiás jelenség gyanánt, vagy a Basedow-kórnak nemcsak klinikailag, de kórtanilag is teljes ellentétét, a myxoedemát, mint magát a Basedow-kórt. A Basedow-kór és anaphylaxia közti magyarázat annál kevésbé vehető komolyan, mert hisz időközben maga *Kocher* is kijelentette, hogy a vérkép e sajátsága nem tekinthető a Basedow-kórra jellemzőnek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 30. sz.) *Galambos* dr.

Amoeba-dysenteria s kiséretében beálló hepatitis eseteiben gyors gyógyulást ért el *Leonard Rogers* az ipecacuanha főalkaloidjának, az emetinnek, illetve az emetinum hydrochloricumnak subcutan alkalmazásával. *Vedder*-nek tapasztalatát, mely szerint az emetin az amoeba dysenteriae bouillonkulturáját már híg oldatban is el tudja pusztítani, saját vizsgálatai alapján megerősíthette, a mennyiben azt tapasztalta, hogy a dysenteriás székletből kitenyésztett amoeba cystolyticát emetinum hydrochloricumnak 1 : 10.000 oldata azonnal megölte, sőt 1 : 100.000 oldata is mozgásképtelenné tette. Az emetinum hydrochloricum subcutan injectiója által az amoeba-dysenteriának acut haemorrhagiás, évek óta fennálló chronikus formáiban, valamint a következményes hepatitisek eseteiben is gyors és teljes gyógyulást ért el. Átlag $^1/_3$ gr.-os adagokat alkalmazott, napjában egy vagy két ízben. Az injectiókat akár hetekig is folytatta. 4 hét alatt akár 1000 gr.-os ipecahuanhának megfelelő emetint is alkalmazott. $^1/_3$ gr. emetin átlag 60—75 gr. ipecacuanhának felelt meg. Az injectiók kiséretében sem nausea, sem hányás nem állott be. Az emetinum hydrochloricum helyett az emetinum hydrobromicum is alkalmazható. (The British medical Journal, 1912, június 22.) *Galambos* dr.

Idegkórtan.

A contractura klinikai ismeretéhez szolgáltat új adatokat *Babinski*. Az idegrendszeri megbetegedéseket kisérő contracturák rendesen a mély (csont- és ín-) reflexek fokozódásával járnak együtt, az alsó végtagokat extensiós helyzetben rögzítik és a pyramis-pálya sérülése által okoztatnak. A szerző ezzel szemben oly eseteket figyelt meg, melyekben az ínreflexek eltűnése daczára fejlődött ki contractura. A pyramis-pálya sérülése ezen esetekben is meg volt állapítható (a *Babinski*-féle jelből), de az eltérés a rendes typustól abban is mutatkozott, hogy a contractura az alsó végtagokon nem a feszítő, hanem a hajlító izmokban volt túlnyomó. A mély reflexekkel szemben a bőrreflexek rendkívül fokozottak voltak, így pl. hideg tárgy érintésével a contracturát elő lehetett idézni, ha az intermittáló jellegű volt; utóbbi sajátságról nevezi el a szerző a contracturát (contractura cutaneo-reflexa). Legutóbb leirt esetében többszörös gerinczvelő-góczok okozták e kórképet. (Revue neurologique, 1912, 14. sz.) *L.*

Az organikus és psychés anaesthesia megkülönböztetésére ajánlja *Babinski* és *Jarkovski* az anaesthesia határának megfigyelését. Egészségeseken való érzésvizsgálattal megállapították, hogy az ember nem tud egy vonalat egy felvett anaesthesia határaképpen betartani, hanem több cm.-rel ingadozik s így van ez szimulált vagy szuggerált anaesthesia eseteiben is. Ezzel szemben az organikus érzéselváltozás határa csak $^1/_2$—1 cm.-rel ingadozik (ez nem a teljes érzésbénulás, hanem a hypaesthesia határára vonatkozik). Ugyancsak érzéstelenség simulatiójának leleplezésére ajánlja *Dufour* a következő fogást. Az egyénnel minden egyes bőringert (ecsetérintést) a megfelelő sorszámmal jelöltetjük. Magasabb sorszámnál érintve az állítólag érzéstelen területet, az egyén vagy továbbszámol, vagy ha hallgat is, elárulja magát a következő érintéskor, melynek normalis területen kell történni, t. i. kihagy egyet a sorszámokból, az automatás számolást a fáradtság folytán nem birja már elnyomni. (Revue neurologique, 1912, 14. szám.) *L.*

Az art. cerebelli inf. post. elzáródásának 4 esetét közli *E. Schwarz*, az egyiknek pontos anatomiai leletével. Az art. cerebelli inf. post. elzáródása egy állandó határú terület elpusztulását vonja maga után a medulla spinalis külső oldalán az oliva és corp. restiforme között. A gócz hosszanti terjedelme egyénileg a vérellátás szerint változó. Az elzáródás által okozott kórkép igen typusos: keresztezett dissociált érzésbénulás, a hő- és fájdalomérzés bénulása az azon oldali trigeminus-területen és a túloldali testfélen. Ezt kisérik azon oldali sympathicusbénulási tünetek, további kisebb állandósággal azonoldali lágyszájpad-, hangszalaghűdés, ataxia a végtagokban, nystagmus, facialisparesis. Az apoplexiás roham, melynek ezek a maradandó tünetei, nem jár eszméletlenséggel; mindjárt kezdetben feltűnő és soká megmarad a gócz oldalára való esési hajlam. (Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1912, augusztus.) *L.*

Gyermekorvostan.

Az idősebb gyermekek heveny fájdalmas emlőmirigyduzzanatáról (mastitis adolescentium) ir *Zappert* (Wien). 17 esetet észlelt, azonban a bajt még sokkal gyakoribbnak tartja, mivel a kellemetlenségek csekély volta miatt bizonyára csupán a betegek kisebb része fordul orvoshoz. Esetei közt a lányok száma aránytalanul nagyobb: 15 lány volt 2 fiúval szemben, de mindenesetre fontos, hogy az emlőmirigy megduzzadásamindkét nemben előfordul. Feltünő volt a különbség a kort illetőleg a fiúk és lányok közt: 15 lány közül 9 volt a 11,, kettő a 12., egy a 10., egy a 13. és egy a 8. életévében, míg a fiúk közül az egyik 14, a

másik 16 éves volt. Az irodalomban ismertetett esetekben is a fiúk legalább 14 évesek, sőt többnyire még idősebbek voltak. A korkülönbségnek a két nem között még más szempontból is van bizonyos jelentősége. Míg ugyanis a leányok egyikén sem volt a nemi serdülésnek legcsekélyebb jele, addig a fiúk közt túlnyomóak a nemileg érett egyének. A tünetek általában közösek. Néhány nap alatt az emlőmirigy az egyik oldalon megduzzad és megkeményedik. A bimbóudvar nagyobb s kissé festékesebb lesz, az emlőmirigyben pedig mogyoró-, dió-, sőt almanagyságú gömbölyű, élesen határolt daganatot érezhetünk. A daganat kifejezetten fájdalmas, olykor csak érintésre vagy nyomásra, de gyakran spontán is szúró, húzó fájdalmakról panaszkodnak a gyermekek. Elválasztást a mirigyekben nem észlelhetünk. Rendszerint néhány nap mulva a másik oldalon is ugyanez zajlik le. A rendes kimenetel a teljes gyógyulás s lányokon is az emlő újra gyermekies alakot ölt és csak később indul meg az emlők kifejlődése. Gyuladás, genyedés ritka. A kórbonczolástani alap nem gyuladásos folyamat, hanem a mirigynek vérbőséggel egybekötött megduzzadása. Az emlőmirigyduzzanatot a kezdődő pubertas jele gyanánt kell ugyan tekintenünk, csakhogy lányokon — mint említettük — előbb mutatkozik, mint más pubertási tünet. A szerző szerint nem physiologiás, hanem kóros folyamattal állunk szemben s a „mastitis adolescentium" elnevezés helyett ajánlja, hogy a folyamatot a nagyobb gyermekek heveny fájdalmas emlőmirigyduzzanatának nevezzük. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1912, 4. kötet, 4. füzet.) *Flesch.*

Konzervált dajkatejjel táplált csecsemőket *Peiser.* A konzerválást *Mayerhofer* és *Pribram* rendszere szerint végezte. Tudniillik 200 cm^3 tejhez 4 csepp perhydrolt és 0·2 gramm calciumsuperoxydot adott és *Soxhlet*-féle készülékben 50°C-on $^1/_2$ órán keresztül hevítette. Az így nyert tej alkaliás vegyhatású. Ha időközben vegyhatása amphoterré változott, ismét 0·2 gr. calciumhyperoxydot adott hozzá. A legrégibb tej, a mit használt, 52 napos volt. Az eredményei igen jók. Véleménye szerint teljesen pótolja a friss anyatejet. Sőt volt olyan esete is, a melyben a makacs diarrhoeával anyatej mellett nem boldogult, a konzervált tej pedig rövidesen valóságos obstipatiót okozott. A szerző ezt a fölös calciumtartalomnak tulajdonítja. Egyébként a praxis számára nem tartja alkalmas táplálási módnak, még kevésbé az ugyancsak *Mayerhofer* és *Pribram* által proponált beszárított anyatejet. Intézetek részére azonban a dajkahiányt pótolandó, nagyon is alkalmasnak tartja, mert aránylag olcsón és kevés fáradtsággal keresztülvihető. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1912, 37. szám.) *Reisz* dr.

A Bordet-Gengou-féle pertussis-bacillusra vonatkozólag végzett vizsgálatokat *J. Inaba* (Kyoto). Ezen vizsgálatok eredményei a következők: 1. Mikroskop alatt 81 pertussis-eset közül 78-ban találta meg a *Bordet-Gengou*-bacillust, az eredmény csupán három esetben, a betegség késői szakaszában volt negativ. 2. Tenyésztés útján 77 eset közül 68-ban mutatta ki, tehát az esetek 88%-ában. A betegség első 14 napján belül vizsgált esetekben azonban 91%-ban. 3. Megkisérelte, hogy a bacillust nem lehet-e a légzőszervek más megbetegedéseiben is kitenyészteni, de 18 esetben nem volt eredmény. 4. Legalkalmasabbnak a saját táptalaját találta arra, hogy a köpetből a bacillus tiszta tenyészetét nyerhesse, míg nagyobb tömegű tenyésztésre a *Shiga*-féle táptalaj a legajánlhatóbb. 5. A *Bordet-Gengou*-bacillust fölkent készítményen nem mindig lehet pontosan az influenza-bacillustól megkülönböztetni, a tenyészetben azonban mindig könnyen és élesen. 6. Sikerült végül a betegséget egy fiatal japán majomra a *Bordet-Gengou*-bacillus tiszta tenyészete segélyével átvinni. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1912, 4. kötet, 3. füzet.) *Flesch.*

Venereás betegségek.

A syphilis gyógyítása kapcsán keletkezett encephalitisekről ír *F. Pinkus* (Berlin). Ismeretes, hogy a syphilisnek salvarsantherapiája olykor súlyos agyvelőtüneteket von maga után. Erről a szövődményről csaknem egyidőben *B. Fischer*, *Almquist* és *Kannengiesser* hívta fel először az orvosok figyelmét. A részletes magyarázatát és megfejtését a súlyos agyvelőtüneteknek azután főként *Leredde*, *Wechselmann* és *Fr. Lesser* igyekezett megadni. *Leredde* a salvarsan nyomán keletkező agyvelőzavarokat egyszerűen syphilises reactiónak tartja, a melynek analogonja a *Herxheimer*-féle reactio. Ezzel a magyarázattal szemben *Wechselmann* edző hatásra gondol, mely az agyvelőben kicsapódó salvarsantól ered. Közel áll ehhez a nézethez a *Fr. Lesser*-é, a ki a bajt intoxicatiónak tartja, mely úgy jön létre, hogy a salvarsan mérgezőbb természetű arsenvegyületekre hasad.

A szerzőnek alkalma volt több agycomplicatiót észlelni a salvarsantherapia nyomán s tapasztalása alapján inkább a *Leredde*-féle nézethez közeledik. Véleménye szerint a salvarsan-infusiók nyomán keletkezett encephalitis-esetek reactiós jelenségei a syphilises anyagoknak, melyek az erősen ható szernek következményei. Nem tekinthetők tehát ezek a súlyos agytünetek salvarsan okozta mérgezés-tüneteknek, hanem oly jelenségeknek, melyek a *Herxheimer*-féle reactio körébe tartoznak. Azt a tapasztalást, hogy az encephalitis tünetei az infusio után csak több nappal később jelentkeznek, a szerző úgy magyarázza, hogy a klinikai tüneteket nem az oedema és a hyperaemia okozza, hanem az idegrostoknak és idegsejteknek lassanként beálló sérülése. *Pinkus* véleménye szerint nem szükséges a tünetek létrehozásához, hogy a reagáló anyagok már eleve nagyobb mennyiségben felhalmozódva legyenek az agyvelőben, hanem elképzelhető, hogy csak az első infusio után válnak szabaddá akár az agyvelő állományából, akár más szervből. Az encephalitises szövődmények keletkezése ellenében a szerző két módot ajánl: 1. Lehető legerősebb kezelés, mely a minél erősebb kénesőhatásnak erős és többszörös salvarsanhatással való kombinálásából áll. Az ilyen kezelés a végleges syphilis-sterilezést czélozná. 2. A kicsiny és időbelileg egymástól távol eső salvarsanadagokkal való kezelés, a mi inkább provocatiós, mint gyógyító eljárás. A fölélesztett syphiliscsírákat azután az egyes salvarsanadagok közötti időben lehető legerősebb és hosszantartó kénesős és jodkezeléssel kell megsemmisítenünk. Ez a hosszasan elhúzódó intermittáló kezelés azután a fractionált syphilis-sterilezést czélozná (Dermatologische Zeitschrift, 1912, 8. f.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Miként viselkedjünk vesegümőkór azon eseteiben, a melyekben a beteg hólyagon keresztül vesevizsgálatot nem végezhetünk? *G. Marion* szerint ilyen esetekben kerülni kell mindazon eljárásokat, melyek arra irányulnak, hogy az egészségesnek gondolt veséből származott vizeletet a beteg vese kizárása által vizsgáljuk meg; kerülni kell tehát a nephrostomiát (az ureter bekötésével avagy e nélkül), az ureterlekötést és a beteg oldalon foganatosított ureterostomiát. Az a 3 eljárás, mely lehetővé teszi az egészségesnek gondolt vese működésének a közvetlen vizsgálatát — úgymint: a nyitott hólyagon át eszközölt ureterkatheterismus, a vesének s a megfelelő ureternek a műtétes feltárása és az egészségesnek gondolt oldalon végzett ureterostomia —, ez a három eljárás az elérhető eredmények szempontjából csaknem egyenrangúnak mondható és ezek közül az eset minősége szerint válogathatunk. A vesének egyszerű műtétes feltárása természetesen nem egészen megbizható eljárás.

Ha biztosan tudjuk, hogy melyik a beteg oldal, akkor elégséges a methylenkékkel avagy phloridzinnal végzett functiovizsgálat; de ha nem tudjuk biztosan, hogy melyik a beteg oldal, akkor a vesék működését az ismert módszerek egyikével avagy többjével vizsgáljuk meg. Ha kedvezőtlen eredményt kapunk, akkor mindkét vesét betegnek fogjuk tekinteni s a műtéttől végleg elállunk. De ha a vesefunctiós eredmények kedvezők, akkor legelébb az ureterkatheterismust kisérelјük meg a nyitott hólyagon keresztül. Ha ez nem sikerül, akkor csak úgy vaktában feltárjuk az egyik oldalon a vesét, az uretert s közvetlen szemlélés által győződünk meg ezek álla-

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon

potáról. Ha a beteg vesét tártuk fel, akkor áttérünk a másik vese sebészi inspectiójára. Ha a másik vese is beteg, akkor a sebhelyeket összevarrjuk s a további operatiótól elállunk; de ha a másik feltárás alkalmával ép vesére akadunk, akkor a túloldali beteg vesét azonnal kivágjuk. (Journal d'urologie, 1912, I. kötet, 5. füzet.) *Drucker.*

Az urethroraphia circularis és a derivatio urinae értékéről húgycsőműtéteknél. A kitűnő képekkel ellátott dolgozatban *G. Marion* a körkörös húgycsővarratok által húgycsőroncsolás, strictura és húgycső-gátsipoly eseteiben elérhető urethrareconstituo esélyeit tárgyalja. A circularis urethroraphia által azonban csak akkor érünk el teljesen kielégítő közeli s távoli eredményeket, ha sikerült az urethravégeket minden izgalom s fertőzés nélkül összeforrasztani. Ez pedig állandósítotl katheterrel kezelt betegen el nem érhető. A szerző tehát ez utóbbit mellőzi s e helyett urethrostomia avagy cystostomia útján vezeti el a betegtől a vizeletet mindaddig, míg a varratok teljesen összeforrtak. A műtét technikájának részletes leirását az eredeti közleményben kell elolvasni; a mellékelt ábrák ugyanis a megértést rendkívül megkönnyítik.

Ezen műtétnek a közvetlen következményei a szerző tapasztalatai szerint nagyon jók; azon 42 beteg közül, kiket a szerző megoperált, a műtét mindegyiken jól sikerült annak ellenére, hogy az operatiót legtöbbször közvetlenül a húgytályog keletkezése után kellett végezni. Egy betegen, kinek húgycsövéből egy 8 cm. hosszú darabot kellett kimetszeni, a varratszéleken partialis necrosis keletkezett ugyan, de ennek ellenére itt is 5 hét alatt teljes gyógyulást ért el a szerző per secundam intentionem; a többi beteg mind átlag 14 nap alatt per primam gyógyult meg. A mennyiben pedig egyáltalán már lehet távoli eredményekről beszélni, ezek is feltétlenül kedvezőeknek mondhatók. A legrégibb műtét most már $2^1/_2$ év előtt történt. Mindazon operált betegeken, kik ellenőrzésre jelentkeztek, azt tapasztalta a szerző, hogy a reszekált helyek nem mutattak hajlandóságot a szűkülésre. (Journal d'urologie, 1912, I. kötet, 4. füzet.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tengeri betegség ellen *J. W. Bremer* is nagyon ajánlja a veronalt, a mely eseteinek 81·8%-ában bizonyult hatásosnak. Többnyire már 30 percz mulva könnyebbülés állott be. De nem csupán a már kitört betegség ellen jó hatású a veronal, hanem prophylactice is többnyire biztosan hat. (Therap. Gazette, 1912, június 15.)

Fibrolysinnel kezelt húgycsőszűkület esetét közli *L. Marchetti.* A 27 éves betegnek már 7 éves korában trauma folytán húgycsősipolya képződött, a melyet 3 év előtt plastikával megoperáltak. A sipoly helyén azonban heges strictura maradt vissza, a mely daczolt minden tágítás-kisérlettel. Fibrolysin-injectiókra azután tartós javulás következett be, úgy hogy az illetőnek most már 3 év óta semmi kellemetlensége sincs a vizeléssel. (Rivista medica, 1912 április.)

Scarlatina eseteiben *Moljakow* a nucleinsavas natriummal kisérletezett, mint a mely — a mint azt egyfelől az állatkisérletek, másfelől a más fertőző betegségekben tett megfigyelések bebizonyították — a fehér vérsejteknek, a szervezet ezen jelentős védőeszközeinek számát tetemesen megszaporítja. Eredményei nagyon kedvezőek voltak, ha elég jókor kezdte használni a nevezett szert; a betegségnek nagyon előrehaladt szakában nem használt. 1 évre 0·10 gramm natrium nucleinicumot számít, 1 grammnál többet azonban sohasem ad Ezt a mennyiséget 30—50 cm³ vízben oldva fecskendezi a has bőre alá. (Russkij Wratsch, 1912, 9. szám.)

Az asthma-roham megszüntetésére nagyon ajánlja *O. Weiss* az *asthmolysin* nevű szert, a mely lényegében mellékvese- és hypophysis-kivonatból áll és ampullákban készen kapható. Minden ampulla 1·1 cm³ sterilezett oldatot tartalmaz, a mely a roham alkalmával a bőr alá fecskendezendő. Az esetek nek túlnyomó többségében 12—15 percz alatt megszűnik a roham; csak nagyon kivételes esetekben nem történik meg ez, a mikor is a befecskendezés megismétlendő. Több ezer befecskendezésre terjedő tapasztalatai szerint káros mellékhatás sohasem mutatkozik. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 38. szám.)

A tetanus gyógyítására *Szászy István* már ismételten ajánlotta eljárását, a mely lényegében morphium nagy adagainak bőr alá fecskendezésében, belsőleg chloralhydrat adásában (5 : 150 oldatból $^1/_2$—1 óránként evőkanálnyi) és izzasztásban áll. Legújabban ismét 3 ily módon meggyógyított esetéről számol be, közülük 2 nagyon súlyos volt; az egyikben ez utóbbiak közül összesen 100 centigramm morphiumot és 40 gramm chloralhydrátot, a másikban 162·5 centigramm morphiumot és 65 gramm chloralhydrátot használt el a beteg. A legnagyobb egyszeri morphium-adag 5 centigramm volt. (Gyógyászat, 1912, 38 szám)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 40. szám. *Pogány Ödön*: A dobhártya-felmetszés indicatiói. *Holländer Jenő:* Ismételt eclampsia miatt végzett ismételt vaginalis császármetszés.

Orvosok lapja, 1912, 41. szám. *Kovácsics Sándor:* Tüdővész Győrmegyében, a sokoróaljai járásban. *Erdős Adolf:* „Kutnow's powder".

Budapesti orvosi ujság, 1912, 41. szám. *Lenkei Vilmos Dani:* A gyermekkori diathesis gyógyítása a Balatonnál. „Fürdő- és vízgyógyászat" melléklet, 3. szám. *Bosányi Béla:* Az izületmerevségek mobilizálása hővizes kúrákkal kapcsolatban. *Keller Kálmán*: A szent István-kórház physikai gyógyintézetének 1911. évi működése.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Kasztriener Árpád* dr.-t Sátoraljaujhelyen tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki.

Választás. *Weisz Adolf* dr.-t Temesszigeten, *Surányi Márton* dr.-t Nagyatádon községi orvossá választották.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika szeptemberben 131 esetben nyujtott segitséget; a műtétek száma 95 volt.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztattak: *Kuncz Andor* dr. gyakornoknak a szülészet és nőgyógyászatra, *Cseresnyés Gyula* gyógyszerészmester gyógyszertári tanársegédnek (újraválasztás), *Goldstein Gyula* dr. szemklinikai gyakornoknak, *Pártos Ervin* helyettes tanársegédnek az élettani tanszékhez, *Bézy Elemér* dr. és *Császky Lajos* dr. műtőnövendéknek, *Goldberger Ede* dr. gyakornoknak a bőr- és bujakórtani klinikára, *Dulin Hugó* gyermekgyógyászati gyakornoknak, *Rucska Lajos* dr. belgyógyászati gyakornoknak, *Matusovszky András* és *Kenessey Albert* kórbonczolástani gyakornoknak.

Önodi A. dr. 25 éves tanári működése alkalmából tanítványai, valamint magyar és külföldi szaktársai a „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie" ez évi 5. füzetét „Festschrift" gyanánt adták ki. A 11 ívre terjedő füzetben levő 27 értékes dolgozat külföldi szerzői sorából a többi között ezeket említjük: *Chiari* (Wien), *Gerber* (Königsberg), *Kahler* (Freiburg), *Massei* (Nápoly), *Rosenberg* (Berlin), *Seifert* (Würzburg), *Siebenmann* (Basel), *Uchermann* (Christiania), *Watson Williams* (London) *Zwaardemaker* (Utrecht), *Ferreri* (Roma), bizonyságául annak a tiszteletnek, melyet a jubiláns a magyar névnek a külföldön szerzett.

A közkórházi orvostársulat igazgatótanácsa elhatározta, hogy az 1912/13. évi ülésszak folyamán a tuberculosis kérdését fogja sorozatos előadások alakjában tárgyalni. Ezen demonstratiókkal kapcsolatos előadások a közkórházi orvostársulatnak minden második szerdán d. u. 6 órakor kezdődő és a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályának műtőtermében tartandó tudományos ülései folyamán fognak sorra kerülni. Előadást tart: Október 16.-án: *Goldzieher Miksa* dr., egyetemi tanársegéd: Demonstratiók a tuberculosis kórbonczolástanából. Okt. 30. án: *Kovács József* dr. kórházi főorvos, egyetemi magántanár: A tüdőgümőkór diagnostikája, különös tekintettel annak korai felismerésére. November 13.-án: *Hochhalt Károly* dr. kórházi főorvos, egyetemi magántanár: A tüdővész kezelésének újabb irányairól. November 27.-én: *Verebély Tibor* dr. kórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár: A csontok és izületek tuberculosisa. Deczember 11. én: *Havas Adolf* dr. kórházi főorvos, egyetemi rendkívüli tanár: A bőr- és szomszédos nyálkahártyák tuberculosisa. Január 8.-án: *Goldzieher Vilmos* dr. kórházi főorvos, egyetemi rendkívüli tanár: A szem tuberculosisa. Január 22.-én: *Wenhardt János* dr. kórházi főorvos, egyetemi magántanár: A hasüri szervek tuberculosisa. Február 5.-én: *Rihmer Béla* dr. kórházi rendelőor-

vos, egyetemi magántanár: A húgyivarszervi tuberculosis. Február 19.-én: *Lénárt Zoltán* dr. kórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár: A felső légutak tuberculosisa. Márczius 5.-én: *Krepuska Géza* dr. kórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár: A hallószerv tuberculosisa. Április 2.-án: *Szontágh Félix* dr. kórházi főorvos, egyetemi rendkívüli tanár: A gyermekkori tuberculosisról. Április 16.-án: *Gebhardt Ferencz* dr. kórházi főorvos, egyetemi magántanár: A tuberculosis elleni immunitásról. Mindezen előadásokon az érdeklődő kartárs urakat, ha a közkórházi orvostársulatnak nem is tagjai, a társulat igazgatótanácsa szívesen látja.

XVII. nemzetközi orvosi congressus Londonban. A Londonban 1913. év augusztus hó 6.—12.-éig tartandó XVII. nemzetközi orvosi congressus magyar nemzeti bizottsága folyó év október hó 5.-én végleg megalakult. A bizottsag a budapesti congressuson megállapított nemzetközi szabályok értelmében a ministeriumok, az egyetemek, az akadémia, a tudományos testületek és egyesületek képviselőiből alakult meg, a kiegészítés jogával. A congressus referensei között Magyarországból eddig báró *Korányi Sándor* és *Dollinger Gyula* egyetemi tanárok és *Ajkay Zoltán* magyar királyi ezredorvos szerepelnek. A magyar bizottság elnöke *Grósz Emil* egyetemi tanár, titkárai *Bálint Rezső*, *Elischer Gyula* egyetemi magántanárok és *Jassniger Károly* főorvos. Az iroda VIII., Mária-utcza 39 (I. sz. egyetemi szemklinika) van s az érdeklődőknek készségesen nyujt felvilágositást.

Meghalt *Prasszer Tivadar* dr. 36 éves korában Budapesten október 8.-án. — *H. Munk*, az ismert physiologus, a berlini állatorvosi főiskola nyugalmazott tanára, 74 éves korában. Az elhunytnak kiváló érdemei vannak az élettan több fejezete, de különösen az agyphysiologia terén; főműve: Ueber die Funktionen der Grosshirnrinde, Berlin, 1881.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos orvosi gyakorlatát Arco-ban ismét megkezdette.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. *Tsiminakis* és *Zografides* (Athen) *epilepsia* 8 esetét közli, a melyekben adenoid vegetatiók eltávolítása után az epilepsiás rohamok megszűntek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 40. szám.) — Arra nézve, hogy magánlakásban, nagyon kedvezőtlen külső viszonyok mellett is végezhetők nagy műtétek, *Kanopka* közöl statisztikai adatokat; 79 laparotomia és 21 vaginalis hasüreg-megnyitás után csak 6 halálesetet észlelt. (Münchener med Wochenschrift, 1912, 38. szám.) — *A seb- és fekélykezelésben* is alkalmazza *Reuterskiöld* a *Pfannenstiel*-féle eljárást, a melynek lényege az, hogy belsőleg jodkaliumot ad, helybelileg pedig ozont vagy hydrogensuperoxydot használ; ily módon a seben vagy fekélyen jód válik szabaddá. Lábszárfekély, pleuraempyema, paronychia, panaritium eseteiben használta ezt a módszert és kedvező eredményt látott tőle. (Archiv für klin. Chirurgie, 98. kötet, 3. füzet.) — *Crises gastriques ellen a Förster-műtétet* eddig 39 esetben végezték, 14% halálozással. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 117. kötet, 1. és 2. füzet.) — *Diabetes insipidus* esetét közli *Herrick*, a melyben a vizelet napi mennyisége, a mely előbb 11 litert is elért, 5 cm^3 cerebrospinalis folyadék kibocsátása után rendessé lett. (Arch. of intern. med., 10. kötet, 1. füzet.)

Az orvosok számáról Európa nagyobb államaiban a Klinisch-therapeutische Wochenschrift a következő adatokat közli: Legtöbb orvos Angliában van: 28 900, utána következnek Németország 22.500, Oroszország 21.400, Francziaország 19.800, Olaszország 18.240, Spanyolország 13.700, Ausztria 10.400 és Svájcz 1720 orvossal. A lakosság számához viszonyítva szintén Angliának van legtöbb orvosa: 10.000 lakosra 7·8, Spanyolországban e szám 7·5, Olaszországban 5·6, Svájczban 5·2, Francziaországban 5·1, Németországban 4·3, Ausztriában 2·5, Oroszországban 2. A fővárosok közül legtöbb orvosa van Brüsszelnek: 10.000-re 24·1; utána következik Madrid: 20·9, Róma 14·8, Bécs 14, Berlin 13·2, London 12·8, Szt.-Pétervár 12, Páris 11·1 és Kopenhága 9 arányszámmal.

Személyi hirek külföldről. A prágai német egyetemen a közegészségtan rendes tanszékét *O. Bail* rendkívüli tanár előléptetésével töltötték be. — *E. Küster* dr.-t, a közegészségtan czímzetes rendkívüli tanárát a freiburgi egyetemen, a berlini császári egészségtani hivatal tagjává nevezték ki. — *C. Romano* dr.-t a nápolyi egyetemen az orthopaedia rendes tanárává, *G. Masini* dr.-t a genuai egyetemen az otorhino-laryngologia rendes tanárává nevezték ki. — *Kakuschkin* dr. (nőorvostan) és *Wertogradow* dr (törvényszéki orvostan) rendkívüli tanár lett a saratowi egyetemen. — *H. R. Dean* dr.-t, a londoni Lister-intézet tagját, a sheffieldi egyetemen a kórbonczolástan tanárává nevezték ki.

Dr. Hofmann Oszkár Raguzában (Villa Roma) működését megkezdte.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon* czég **Bromlecithin Richter** czimü prospektusa van mellékelve.

Lapunk mai számához **„Ujtátrafüred“** czimü prospectus van mellékelve.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* **„Sajodin, Sabromin“** czimü prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *C. F. Boehringer & Soehne* czég készitményeinek prospectusa van csatolva.

„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., Andrássy-út 38.** **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülek, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

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

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

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium. Ujonnan átalakitva. Prospectus.**

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

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

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

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

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

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.

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.

PÁLYÁZATOK.

1722/1912.

Az üresedésben levő Hajdubagos és Sáránd községekből álló hajdubagosi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi november hó 8.-áig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

a) Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 18. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék.

b) Hajdubagos községben természetbeni lakás, mely áll 5 szoba, külön konyha, kamara, pincze és egyéb mellékhelyiségekből, az udvar és kert területe 910 □-öl.

c) Hajdubagos község részéről évi 400 korona személyi pótlék, a halottkémlésért esetenkint 80 fillér, a húsvizsgálati teendők végzéséért a szabályrendeletileg megállapított díjak, mi évenkint kitesz 200—250 koronát.

A volt körorvos kézigyógytár-tartási joggal birt, mit a megválasztandó körorvos is megkaphat.

A körorvos Sáránd községet hetenként kétszer tartozik meglátogatni a község által kiállitandó fuvaron.

A választás napját a pályázati határidő lejárta után fogom kitűzni.

Derecske, 1912 október 9.

Balásházy, főszolgabiró

56. évfolyam. **42. szám.** *Budapest, 1912 október 20.*

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.

Donath Gyula: A Szt. István-kórház idegosztályából. Salvarsan az idegrendszer syphilises és metasyphilises megbetegedéseinek kezelésében. 769. lap.

Süssmann Frigyes: Közlemény a nagyszebeni m. kir. bábaképezdéből. (Igazgató-tanár: Süssmann Frigyes dr.) Placenta praevia centralis esetében a szülés befejezése császármetszéssel. 771. lap.

Balás Dezső: Szemelvények az anaesthesis köréből. 772. lap.

Szedlák Ödön: Közlemény a székesfővárosi Szt. János-kórház elmebeteg-osztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) Luminal, új altatószer. 776. lap.

Kovács Richárd: Amer.kai levél. 777. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Gustav Klein*: Alte Meister der Medizin und Naturkunde. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Frederic Fenger*: A thyreoidea és a mellékvese activ anyagai. — *Sebészet. A. Zeller*: A rákos megbetegedéseknek belsőleg és külsőleg alkalmazott gyógyszerekkel való gyógyítása. — *Gyermekorvostan. Samelson*: A csecsemők ú. n. sóláza. — *Venereás betegségek. Fr. Lesser*: A salvarsan nyomán keletkező epilepsiás állapotok. — *Fizikai és diaetás gyógyításmódok. Lauritzen*: A zabkúra használatának javalatai diabetesben. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Rüdinger*: Amovin. — *Fath*: Végbél-fissura. — *Mendelsohn*: Galandféreg. — Erystypticum. — *Robin*: Gyomorfekély. 778—781. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 782. lap.

Vegyes hirek. 782. lap.

Tudományos társulatok. 783—785. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Szt.-István kórház idegosztályából.

Salvarsan az idegrendszer syphilises és metasyphilises megbetegedéseinek kezelésében.*

Irta: *Donath Gyula* dr., egyetemi tanár, főorvos.

Azon kiváló gyógyhatásokkal, melyeket az *Ehrlich-Hata*-szerrel a lues különböző stadiumaiban, kivált a bőr- és nyálkahártyamegbetegedések, csonthártya- és csontbántalmak eseteiben el lehet érni, általában nem vetekedhetnek a központi idegrendszer syphilises és különösen metasyphilises megbetegedéseiben elért sikerek. Ennek oka bizonyára főleg abban rejlik, hogy itt oly magasan differenciált, subtilis képződményekről van szó, melyeknek aránylag csekély sérülése súlyos, tartós működés-zavarokra vezethet és a vikariálás itt nem történhetik oly könnyen, mint az egyszerűbb szövetelemekben.

A mi az idegrendszer valódi lueses megbetegedéseit illeti, a hol tehát a spirochaeta pallida virusát activnak kell tekintenünk, itt a salvarsan hatékonyságára nézve alig áll fenn véleménykülönbség, noha árnyoldalai is vannak. De erre utóbb még rátérek. Az azonban bizonyos, hogy ezen hátrányok kiváló tulajdonságaival szemben háttérbe szorulnak. A mit itt különösen tárgyalni óhajtok, az az a kérdés, hogy milyen esélyeket nyujtanak általában a tabes és paralysis progressiva *kezdő stadiumai* a kedvező befolyásolhatást illetőleg. Erre való tekintettel utalni akarok arra, hogy léteznek a tabesnek oly benignus esetei, melyek évtizedekig magmaradnak a praeataxiás stadiumban. Én magam észlelek 26 év óta egy jelenleg 58 éves ügyvédet Argyll-Robertson-, miosis-, Westphal-tünettel, időleges rángásokkal és fájdalmakkal az alsó végtagokban, a kin múlólag a nyelv paraesthesiája és ageusia is volt jelen, a ki azonban még ma is hivatását teljesíti és kiveszi részét az élet minden örömeből. Továbbá kénesőkezelés alatt visszatérhet a már eltűnt térdreflex, még pedig hemiplegia hozzájárulása nélkül, a mint azt mint első leírtam[1] és a mit azóta különféle szerzők igazoltak, és végül a *Frenkel*-féle gyakorló therapiára jelentékenyen javulhat az ataxia. A paralysisre vonatkozólag pedig ismerjük a spontán remissiókat, továbbá azokat a gyógyuláshoz közelálló javulásokat, melyek gyuladásos folyamatok után bekövetkeznek, vagy lázokozó szerek, mint a tuberculin (*v. Wagner-Jauregg*) és az általam a therapiába bevezetett natrium nucleinicum segélyével mesterségesen előidézhetők. Ha továbbá szem előtt tartjuk, hogy úgy a tabes, mint a paralysis koraibb stadiumaiban izgalmi állapotok együtt járnak kiesési jelenségekkel (lancináló fájdalmak és gastrikus krizisek, reflexkiesések és coordinatiós zavarok mellett, illetve izgalmi állapotok, emlékezési zavarok mellett stb.), már eleve nem zárkózhatunk el azon lehetőség elől, hogy a mennyiben általában aetiologiailag vagy más módon therapiás hatást eredményezhetünk, alkalmas esetekben előidézhetjük a betegség megállapodását, esetleg a folyamatnak bizonyos fokig való visszafejlődését. E mellett hangsúlyozni akarom, hogy valamely működés kiesése még nem kell, hogy annak pusztulását jelentse; a mire ismert példa a térdreflex visszatérése tabes eseteiben, még pedig *nagy mérvben fokozott módon*, ha hemiplegia járul hozzá.

A mi most a salvarsant illeti, tabes és paralysis eseteiben észlelt néhány figyelemreméltó sikerre akarok utalni, melyet különböző búvárok közöltek.

A pupillareflex visszatérését látta *Marcus*,[2] valamint *Weber*[3] 2—2 esetben. *Mc Donagh*[4] egy a parasyphilis korai stadiumában levő betegen meglepő hatást tapasztalt: az impotentia, a hólyag- és végbélzavarok, az enyhe ataxia, a pupilladifferentia, a Westphal és a positiv Wassermann mind egy héttel az injectio után visszafejlődőben volt és a Wassermann negativvá vált. *Klingmüller*[5] tabes eseteiben salvarsan után rendkívül heves, több napig tartó fájdalmak beálltát figyelte meg. Egy ilyen roham közben sikerült az azelőtt hiányzott patellaris reflexeket mindkét oldalon kiváltania. *Browning* és

* A magyar orvosok és természetvizsgálók 1912. évi veszprémi vándorgyülésén tartott előadás nyomán.

Mackenzie[6] jelentékeny javulásról ad számot 58 paralysis-eset közül 12-ben. Ezek közül 6 ismét fölvehette rendes foglalkozását. *Suchanow*[7] 9 paralysis-esete közül 2-ben jelentékeny psychés javulás állott be, úgy hogy egy beteg (tiszt) hivatalosan épnek és szolgálatképesnek minősíttetett. A 3. esetben jelentékenyen előrehalad a már előzőleg megkezdődött javulás. Tetemesen előrehaladt paralysis 2 és juvenilis paralysis 1 esetében a psychés állapot javult. 3 eset változatlan maradt. Paralysis initialis eseteiben, még viharos lefolyás esetén is, sürgősen ajánlja a salvarsant és kiemeli, hogy teljesen kifejlődött esetekben is elérhető vele néha javulás. *Pfunder*[8] paralysiseseken az ideges kiesési jelenségek kedvező befolyásolását említi. *Milian* és *Lévy-Valensi*[9] agylues, tabes és paralysis eseteiben salvarsanra a leukocytáknak tartós megkevesbedését észlelte a liquor cerebrospinalisban és ezzel együtt a tünetek javulását. *Ed. Schwarz* (Riga) és *Canestrini*[10] tabes eseteiben ugyancsak a pleocytosis apadását mutatta ki a liquor cerebrospinalisban, utóbbi még a fölszaporodott fehérje megkevesbedését is a normalisig. Hasonlókat közöl *Spiethoff*,[11] a ki a tabesnek és paralysisnek erélyes kezelését ajánlja salvarsannal. Tabeseseken javulást, nevezetesen: a lancináló fájdalmak, a gastrikus krizisek megszűnését, az ataxia jelentékeny javulását, a hólyagbénulás visszafejlődését, a bélatonia javulását, az étvágy emelkedését, az erő, a testsúly gyarapodását, euphoriát egész sora a szerzőknek ismertetett. (*C. Kopp, H. Isaac, Th. Schmidt, G. Treupel, Nonne, Marinesco, B. Sachs és J. Strauss, A. Schmidt, H. Assmann, Crocq, Pepy* és mások.)

A salvarsannak természetesen nincs privilégiuma ezen kedvező hatások tekintetében, mint azt már fent említettem. Igy *O. Förster*[12] tabes eseteiben kalomelkúrára nemcsak a lancináló fájdalmak, a paraesthesiák, a sensibilitás- és hólyagzavarok félbemaradását, hanem 6 esetben a patellaris reflexeknek, ugyanily gyakran a pupillareactiónak és 2 esetben az Achillesreflexeknek visszatérését észlelte.

És most beszámolok a salvarsannal tett tapasztalataimról, melyek az 1910 október hó végétől 1912 elejéig terjedő időben a központi idegrendszernek 107 syphilises és metasyphilises megbetegedésére vonatkoznak.

Kimerítőbb tárgyalásaim más helyütt fognak megjelenni. Itt csak az adagolás, az alkalmazás módjára és a contraindicatiókra vonatkozólag volna néhány megjegyzésem.

A salvarsant rendesen intravenásan adom 0·2—0·5 adagban. Ez utóbbit maximalis dosisnak kell tekinteni ép agyú, szívű és veséjű erőteljes férfiakon. Az ezen adagra jelentkezni szokott hányás és hasmenés, mely ugyan néhány óra után ismét elmúlik, világosan mutatja, hogy ezzel elértük a toxikus hatást.* Encephalomalaciák, az agy arteriosclerosisa és hemiplegiák esetében nem ajánlatos a salvarsant intravenásan adni, mert egyrészt a vérnyomás emelése, másrészt gyuladásos góczoknak felélesztése következtében a rhexis veszélye fenyeget. A salvarsan ezen vasomotoros hatását az agyra néha az arcznak infusio közben hirtelen támadó kipirulásán venni észre. Különösen feltűnő módon láttam ezt egy kezdődő paralysisesen, a kinek arcza ismételten, először 0·22, majd 0·3 salvarsanra mindig sötét-piros színt öltött. E miatt az első ízben is 0·3-ban megállapított dosist 0·22-nál megszakítottam, de sem a pulsus, sem a közérzet valami feltűnő elváltozást nem mutatott. Paralysiseseken czélszerű 0·2 salvarsannal intravenásan kezdeni és 1—2 heti időközökben esetleg 0·3—0·4-ra emelkedni. Nők 0·1 gr.-mal kevesebbet kapnak. Az infusiókhoz legmelegebben ajánlom a *Hauptmann*-féle kettős bürettás készüléket, melylyel biztos, kellemes és a betegre nem ártalmas módon ellenőrizhetjük a salvarsannak kellő folyását a venába. Intraglutealisan az eredeti készítményt használom olajos suspensióban (gondosan elkeverve 8—12 cm³ ol. amygd. dulc. sterilis.-mal) lueses hemiplegia eseteiben, továbbá ha nagyon szűkek a venák és mindig gyermekeken. A 0·4-nyi maximalis dosisnak intraglutealis injectiója után a *Duhot*-féle helyen néha napokig tartó érzékenység áll fenn, mely sensibilis egyénekben fájdalommá fokozódhatik, ez azonban anodynumokkal leküzdhető és néhány nap mulva eltűnik. Ritkán mérsékelt infiltratiót eredményez ezen dosis, mely azonban alkoholborogatásra és massagera hamarosan eltűnik.

Balesetem a salvarsannal nem volt és általánosságban is remélhető, hogy az ezen szer által okozott halálesetek a jövőben a legnagyobb ritkaságok közé fognak tartozni, ha majd az emberi syphilisben lemondunk a „therapia sterilisans magná"-ról és még hozzá „uno ictu therapeutico", a mi annál könnyebben történhetik, minthogy végül az ismételt apró adagok is czélra vezetnek. Természetesen léteznek a salvarsan iránt is idiosyncrasiák, mint a hogyan ismerünk ilyeneket a kéneső és jod iránt is.

Összefoglalva a salvarsannal tett kisérleteimet, a központi idegrendszernek úgy syphilises, mint metasyphilises megbetegedéseiben a következő figyelemreméltó eredményeket értem el. Az itt közölt hatások természetesen eloszlanak a legkülönbözőbb combinatiókban és fokozatokban az egyes esetekre.

Lues cerebri eseteiben (30 eset) észleltetett visszafejlődése, illetőleg javulása a facialisbénulásoknak, a bénulási jelenségeknek lueses hemiplegia eseteiben (az esetek felében), a flexiós contracturáknak, a görcsrohamoknak megszűnte syphilises epilepsia eseteiben, az izomerő emelkedése (8 esetben), megszünése, illetőleg csillapodása a legváltozatosabb fájdalmaknak, de különösen a főfájásoknak (11 esetben), a paraesthesiák eltünése (6 esetben), a közérzet javulása (20 esetben, ezek közül 7-ben kitünővé vált a beteg közállapota), a psychés sphaerában különösen az emlékezésnek (7 esetben), a tápláltsági állapotnak javulása, a physikai és szellemi munkaképességnek visszatérése (10 esetben ezeknek teljes helyreállása, 2 esetben javulása).

Lues cerebrospinalis eseteiben (12 eset) észleltetett jelentékeny javulása, illetőleg teljes visszanyerése a járásnak (az esetek $^1/_4$-ében), a hólyagműködés és erectiók javulása, az erőbeli állapot, nevezetesen az alsó végtagok durva erejének emelkedése, a szédülési jelenségek abbamaradása, illetőleg javulása, a fő- es hátfájások megszűnése, a közérzetnek jelentékeny javulása (8 esetben), az néha kitünő is lett.

Lues spinalis eseteiben (6 eset) észleltetett a járás javulása, a hasizomzat tonusos görcsének eltűnése, az erőbeli állapot gyarapodása, a hólyag- és végbélzavarok megszűnése, az alsó végtagok anaesthesiájának és analgesiájának eltűnése, ugyancsak a paraesthesiák elmúlása, illetve csökkenése, a testsúly gyarapodása és a közérzet javulása (az esetek felében).

Tabes kezdeti stadiumaiban (31 eset) tapasztaltam, hogy a patellaris reflexek ismét jól kiválthatóvá váltak, észleltem továbbá az ataxia eltűnését, a Romberg megszűnését, illetőleg csökkenését, az állás és járás javulását, a gastrikus krizisek félbemaradását (2 esetben), ugyancsak elmaradását a lancináló fájdalmaknak (7 esetben), nemkülönben különféle egyéb fájdalmaknak és az oppressiós érzésnek, a hypaesthesiák, a hypalgesiák, a fülzúgás, a szédülés, a vegetativ functiós zavarok megszűnését, illetőleg javulását. A közérzet 11 esetben javult (ezek közül 6 esetben kitünően). Az emlékezőtehetség 3 esetben javult. A testi és szellemi munkaképesség 2 esetben visszatért.

Kezdődő *dementia paralyticában* (28 eset) a pupillareactiók 3 esetben, az inreflexek egy esetben tértek vissza, eltünt az egyoldali lábclonus. A járás javult 4 esetben, a beszéd 11 esetben (ezek közül a dysarthriás beszéd 3 esetben normalissá vált); az erőbeli állapot emelkedése 7 esetben, a közérzeté 18 esetben, az emlékezőtehetség javulása 7, a számolásé 4 esetben jegyeztetett fel. Az intelligentia 9 esetben észrevehetően emelkedett; a teljes munkaképességet 4, annak jelentékeny javulását 2 beteg érte el.

* Annak bizonyítására, hogy a salvarsan az emésztő tractusra direct izgató hatást gyakorol, utalok *Frenkel* (Heiden) és *E. Navassart* közleményére (Vorläufige Mitteilungen über die Elimination des Salvarsans aus dem menschlichen Körper, Berl. klin. Wochenschrift, 1911, 30. szám), mely szerint a salvarsan-injectio után az arsen kiválasztódása a bélben legalább oly nagymérvű és gyakran jelentékenyebb is, mint a vizeletben és ezenfelül igen hamarosan megkezdődik.

Paralysis eseteiben a salvarsan, a hol javalt, czélszerűen kombinálható a natrium nucleinicummal. A salvarsan itt roboráló hatásánál fogva előnyösebb a kénesőnél.

A központi idegrendszer valódi syphilises megbetegedéseiben a salvarsan kénesővel vagy joddal kombinálható.

Irodalom. [1] A térdtünet visszatérése tabes dorsalisnál, hemiplegia hozzájárulása nélkül. Klinikai füzetek, 1904 deczember. — [2] *Henry Marcus:* Die Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 20. sz. — [3] Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde, 1910 deczember 19.-i ülés; ref. Berliner klinische Wochenschrift, 1911, 2. sz. — [4] *Mc Donagh:* Further experiences with „606" (80 cases). Lancet, 1910, október 22. — [5] *J. V. Klingmüller*: Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 41. szám — [6] *C. H. Browning and Joy Mackenzie:* The treatment of syphilis by salvarsan. Brit. med. Journal, 1911, szeptember 23. — [7] *S. Suchanow:* Ueber Anwendung des Salvarsans bei Geisteskrankheiten. Jahresbericht der Irrenanstalten aller Leidtragenden in St. Petersburg pro 1909/10; ref Neurol. Zentralbatt, 1912, 12. sz. — [8] *Pfunder:* Anwendung des Salvarsans in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, LXIX. kötet. — [9] *Milian und Lévy-Valensi*: Soc. méd. des hôp. 1911 május 12.-i ülés; ref. Münchener med. Wochenschrift, 1911, 30. szám. — [10] *S. Canestrini:* Ueber Erfolge der Salvarsanbehandlung bei Tabes. Neurol. Zentralblatt, 1912, 1. sz. — [11] *Spiethoff*: Salvarsan und Nervensystem. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 20. szám. — [12] Diskussion über die Vorträge von *Bonhoefer* und *Schröder*: „Ueber Diagnose und Therapie der Paralyse, sowie luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems". Sitzung der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau, 9. Dezember 1910; ref. Berliner klinische Wochenschrift, 1911, 3. sz.

Közlemény a nagyszebeni m. kir. bábaképezdéből.
(Igazgató-tanár: Süssmann Frigyes dr.)

Placenta praevia centralis esetében a szülés befejezése császármetszéssel.

Irta: ***Süssmann Frigyes*** dr.

Néhány év óta mind nagyobb az irodalomban azon közlések száma, melyek arról számolnak be, hogy placenta praevia centralis eseteiben a császármetszést sikeresen alkalmazták. Az anyára nézve olyan veszedelmes műtéthez — a császármetszéshez — a szülészműtők azért fordultak, mert az eddigi beavatkozasi módok nem jártak a kellő eredménynyel. Nagy volt az anyák és nagy a magzatok halálozási száma. Kerestek tehát jobb és jobb beavatkozási módot, míg a császármetszésre irányult a figyelem, minthogy annak veszélyességét az asepsis lényegesen csökkentette és minthogy a gyakorlatban beigazolást nyert azon theoriás következtetés, hogy ezen műtét alkalmazásakor a méh alsó szakaszának kinyúlása elmarad és hogy a méhizomzat tökéletes összehúzódása folytán a lepényleválás helyén tátongó vérerek tökéletesen összenyomatnak és így a vérveszteség minimalis lesz. *Krönig* szerint nem is rendelkezünk más műtéti eljárással, melynek alkalmazása placenta praevia centralis esetében ilyen kevés vérveszteséget okozna.

Itt egy olyan esetről akarok beszámolni, melyben placenta praevia centralis miatt császármetszést végeztem és a hol semmiféle más műtéti beavatkozás nem járt volna az elért kedvező eredménynyel.

J. J.-né, földmíves felesége. 1912 április 9.-én vettük fel. 45 éves, X.-para, havi baja 14 éves korában jelentkezett első ízben, azután 4 hetenként 3—4 napi tartammal ismétlődött közepes vérzéssel, fájdalom nélkül. Kilencz előző szülése rendesen és könnyen folyt le. Hat gyermeke él, három meghalt két éves kora előtt. Gyermekágyaiban láza nem volt. Utoljára 3 év előtt szült. Havibaja 1911 augusztus hó közepén volt utoljára, az első magzatmozgásokat deczember hó végén érezte.

Azt állítja, hogy beteg sohasem volt, mostani terhessége alatt is jól érezte magát; egy hét előtt azonban hirtelen nagyobb vérzése volt, reggel felébredve, nagy vértócsában feküdt. A vérzés elállott, de székeléskor kis véralvadékok távoztak el tőle és ezek után kevés vér szivárgott. Tegnap, április hó 8.-án éjjel erős vérzés lepte el, úgy hogy a bábaasszony a 10 kilometernyire lakó körorvost hivatta el hozzá. Ez reggel érkezett, megvizsgálta, kitömte a hüvelyt jodoformgaze-zal és ajánlotta neki, hogy vétesse fel magát szülőosztályon vagy kórházban.

Lakhelyéről az asszony rázós szekéren egy óra alatt érte el a vasúti állomást, két óráig utazott a vasúton és délután 4 órakor került felvételre a nagyszebeni bábaképezdében.

Jelen állapot: A jól fejlett, különben egészséges terhes asszony bőre és látható nyálkahártyái feltűnően halványak. Légzése szapora. Érverése 134, könnyen elnyomható, hőmérséke 36·9° C. A hüvelyből híg, lakkszínű vér szivárog, a benfekvő tampon átázott és kissé kilóg. Külső vizsgálatkor a petyhüdt hasfalakon át feltűnik, hogy a méh nem hosszúkás, tojásdadalakú, hanem harántirányban megszélesedett. A méhfenék három harántujjnyira a köldök felett tapintható. A magzat II. dorso-anterior harántfekvésben van, szívhangjai jobboldalt a köldök alatt jól hallhatók, rhythmusosak. A tampon eltávolítása után régi gátrepedés folytán tátongó, tág hüvelyt és egy ujj számára nehezen átjárható, megtartott nyakcsatornát találunk. Előlfekvő rész a lepény, mely az egész belső méhszájat elfedi. A vizsgálat után a hüvelyből vérzés indul meg, miért is feltárás mellett kellő desinfectio után jodoformgaze-zal tamponáljuk azt. Kolpeuryntert a gátrepedés miatt nem lehet behelyezni. A vérzés eláll.

Itt tehát placenta praevia centralissal van dolgunk, melynél a magzat harántul fekszik álló burok mellett és jó szívhangokkal. A szülési fájdalmak még nem kezdődtek; a terhesség a 8. hónap végéig haladt elő. Az előző napi belső vizsgálat és tömeszelés az absolut sterilitas megitélése szempontjából némi aggályokat gerjeszt; a nélkül, hogy a kezelő orvos beavatkozásának lelkiismeretes tisztaságában kételkednénk, mégis a kifőzetlen eszközökkel végzett és nem tiszta assistentiára támaszkodó műtét és a poros országúton való utazás után joggal tételezhettük fel azt, hogy a szülési terület nem absolute asepsises.

Ezen utolsó, némileg aggasztó körülmény daczára a szülés befejezése czéljából arra határoztam el magamat, hogy a klasszikus császármetszést fogom elvégezni, s erősebb vérzés esetén a méhet is eltávolítom a következő okokból:

1. A placenta praevia centralis fekvésű volt, vagyis a placenta rendellenes elhelyezésének azon alakja, a mely tamponálással, kolpeurysissel és *Braxton-Heacks* szerinti fordítással való kezelés esetében az anyák legnagyobb halandóságával jár. Az asszony annyira ki volt vérezve, hogy minden további vérveszteség katastrophalis jelentőségű lett volna. Jelentékeny vérveszteség pedig a lepényátfúráskor és lábrafordításkor nem lett volna elkerülhető.

2. A tizedszer terhes asszony terhességének VIII. hónapjában volt és így feltételezni lehetett, hogy a magzat elég fejlett; ezt a petyhüdt hasfalakon és vékony méhfalon át vizsgálva is meg lehetett állapítani. Joggal remélhettem, hogy császármetszéssel élő és életképes magzatot kapok.

Ezek szerint tehát az anyára és magzatra nézve a szülésnek császármetszéssel való befejezése a legjobb kilátással kecsegtetett. Az asszony és férje beleegyezését kértem a műtét végrehajtásába. Ezt ők azon megszorítással adták meg, hogy az asszony méhét lehetőleg ne távolítsam el. A vérveszteség és utazás által kimerült asszonynak egy napi pihenőt engedtem, állandóan készülve arra, hogy vérzés esetén a műtétet azonnal végzem.

Az asszony éjjel nyugodtan aludt és nem vérzett. Reggel pulsusa 120, hőmérséke 37° C volt.

Április hó 10.-én délelőtt 10 órakor került a műtőasztalra. Narcosis eleinte oxygen-chloroformmal, később oxygen-aetherrel, a műtét gummi- és fölébe húzott czérnakeztyűben végeztetett. A hasfal desinfectiója jodtincturával történt. A műtét kezdetén egy *Richter*-féle glanduitrin-injectiót adattam az asszonynak azért, hogy a méh tökéletesen húzódjék össze és ne vérezzen. 2 cm.-rel a köldök felett kezdődő hasmetszés a középvonalban; a peritoneumot *Backhaus*-féle szorítókkal steril kendőkhöz szegtem ki, majd kigördítettem a méhet,

steril kendőkkel és törlőkkel izoláltam és hosszában felmetszettem. Hólyagrepesztés után kihúztam a könnyű apnoeban levő leánymagzatot. Köldökzsinórját *Lumnitzer*-féle érfogók között átmetszvén, a bábaasszonynak adtam át. A méh jól kontrahálódik. A hüvelyben levő tamponnak érfogóval való kihúzása után az isthmusban tapadó lepényt leválasztom és a burkokkal együtt eltávolítom. A lepény tapadása helyén kisebb vérszivárgás látható, keztyűváltás alatt azonban ez is teljesen megszűnik, úgy hogy a méhfal kétrétegű varrattal egyesíthető volt. A méh jól húzódik össze varrás közben is, a mi nagy valószínűséggel a glanduitrin-injectio javára írható. A jó összehúzódás mellett nem tartottam szükségesnek a méh tamponálását, de nem tamponáltam azért sem, mert a méhszájból a hüvelybe érő gazecsík fertőző csírák felvezetésére igen alkalmas. A műtéti terrenum toilette-je és a törlők megszámlálása után a hasfalakat három rétegben varrtam össze. Tovafutó selyemvarrattal a peritoneumot, csomós selyemvarrattal a fasciát és tovafutó selyemvarrattal a bőrt egyesítettem. A hassebet jodtincturába mártott és kinyomott gazedarabbal végigkenve, steril gaze-zal fedtem le, föléje pedig ragtapaszkötést tettem.

A műtét után az asszony pulsusa 124, nem gyengébb mint a műtét előtt, mégis két literny konyhasó-oldatot infundáltam a bőre alá. Műtét alatt a hüvelyen át való vérveszteség feltünően csekély volt, úgy hogy nem is jött számításba.

A leánymagzat súlya 2940 gr., hossza 49 cm., fejkerülete 33 cm., tehát méhbeli korához képest jól fejlett, életképes magzat.

A gyermekágyas a műtét után nem hányt, éjjel morphiumra jól aludt. A gyermekágy lefolyása sima volt. Hőmérséke a 4. napig délután 38·5° C-ig ment fel, azután normalisra szállott alá. A pulsus száma mindig 100—120 között ingadozott. A 10. napon eltávolítjuk a hasfalvarratokat, a seb per primam gyógyult. A nő a 12. napon felkel és a 19. napon férje tanácsunk ellenére hazaviszi, mert otthon nincs, a ki gyermekeit gondozza. Igy kellő tanácscsal ellátva hazaengedtük. Egy hónap mulva telephonon jelentik, hogy jól van és már mezei munkában is segédkezik.

Kisebb szerencsénk volt a magzattal. A 4 első napon anyjának teje nem lévén, másik asszony szoptatta. Az 5. napon az anya kezdte szoptatni. E napon a rendesnél erősebb fokú sárgaság mutatkozik rajta. A 7. napon a bal fülczimpa alatt mogyorónyi, kemény daganat képződik, a mely az alsó állkapocs szabad mozgását gátolja, úgy hogy a csecsemő nem tud szopni. Mesterségesen tápláljuk az anya kifejt tejével. A 9. napon a daganat megpuhul, fluctuál; felmetszésre geny és nekrotizált szövetczafat ürül belőle. Gazecsíkkal drainezzük és nedves kötést alkalmazunk reá. Elkezd újra szopni. Ereje azonban napról-napra fogy. A 15. napon baloldali facialisbénulás támad, a 16. napon pedig meghal. A bonczolás alkalmával diónagyságú, genynyel és nekrotizált czafatokkal telt üreget találunk, mely a koponyaalapig terjed fel. A bal középfül elgenyedt, a tüdők felületén metastasisos genygóczok vannak. A genyedés kiindulása helyét felderíteni nem lehetett.

Ezen placenta praevia centralis-esetet a következő módokon kezelhettem volna: Tamponade, kolpeurysis, lábrafordítás *Braxton-Heacks* szerint, vaginalis és abdominalis császármetszés. A három első eljárástól mindjárt elállottam, mert azok túlnagy, az erősen kivérzett asszonyra végzetes vérveszteséggel járnak. A vaginalis császármetszést, melyet főleg *Döderlein* ajánl, mert az infectio veszélye kisebb, mint az abdominalis metszésnél, szintén nem végezhettem éppen a műtétnél járó vérveszteség miatt, továbbá mert a cervix lehúzása és láthatóvá tételére használatos klammerek és fogók könnyen kiszakadnak és kellemetlen, zavaró vérzést okoznak; végül a mélyen tapadó lepény által fellazult („aufgesplittert") méhfalban a cervix és uterus elülső falán ejtett metszés a magzat extrahálásakor könnyen továbbszakad és ez a hasüreg megnyitása révén sokszor halálos kimenetelű lehet. Mindezeken lehet segíteni, úgy hogy a hallei klinika módjára a museux-t a portio hátulsó falára alkalmazzuk, mely annak lehúzására szolgál és hogy *Sigwart* tanácsa szerint vérzéscsillapítás végett a *Momburg*-féle csövet használjuk fel, végül az elülső cervixfalon elegendő nagy metszést csinálunk, hogy az tovább ne szakadhasson. Itt azonban a *Momburg*-csövet mindjárt a műtét kezdetén fel *kellett volna* tenni, a mi nem lett volna minden veszély nélkül való a kivérzett és elfajult izomzattal biró szív mellett, de abban sem voltam biztos, hogy elég nagy metszés is elhárítja-e a továbbszakadást a sok szülés által elvékonyodott, a lepény tapadása által pedig fellazult („aufgesplittert") cervix- és uterusfalban.

Az abdominalis, klasszikus császármetszés ellen egyedül az infectio veszélye szólt, a mi azonban sokat veszített valószínűségéből, mert a belső vizsgálat szerint a nyakcsatorna alig volt egy ujj számára átjárható; a császármetszés mellett szólott azon körülmény, hogy a végzetessé válható további vérveszteség e műtét alkalmával elég biztosan elkerülhető.

Szemelvények az anaesthesis köréből.*

Irta: ***Balás Dezső*** dr., műtőorvos.

A modern chirurgia, az asepsist és a sebkezelés tanát leszámítva, alapjában az anaesthesis oszlopain épült fel. Az anaesthesis lehetőségével nyert széles alapot az addig szűk korlátok közé szorított sebészet és az anaesthesisnek köszönhető, hogy az asepsis és a sebészi technika fokozatos fejlődésével karöltve a sebészet az orvosi tudománynak és az orvosi tudásnak tiszteletet parancsoló faktorává lett.

Az anaesthesis tanának fontosságát, s mindjárt hozzátehetem, még ki nem forrott voltát is, semmi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az anaesthesis mikéntje még ma is a sebészi nagy vitakérdések homlokterében áll.

A magyar sebésztársaság 1908. évi nagygyűlésén, az 1909., 1911. és az 1912. évi német sebésztársaság ülésein, ugyancsak a British Medical Association ezidei congressusán az általános és helyi érzéstelenítés beható eszmecsere és vita tárgya volt.

Az általános érzéstelenítést illetőleg egyértelmű vélemény, egyöntetű eljárás ezidőszerint sem alakult ki.

Ha *Gurlt* statisztikáját, mely az 1890—97. évre vonatkozik és 320.000 narcosist ölel fel, összehasonlítjuk *G. Neuber* statisztikájával, melyben az 1908. évben gyüjtött 71.000 narcosis foglaltatik, azt találjuk, hogy az anaesthesis terén észlelhető haladás távolról sem annyira szembetünő, mint azt joggal várhatnók.

Gurlt szerint: 1890—97. évben.

240.806	Chloroformnarcosis	116 †	= 1 : 2075
56.233	Aethernarcosis	11 †	= 1 : 5112
15.226	Chloroform-aethernarcosis	2 †	= 1 : 7613
6.740	Billroth-narcosis	2 †	= 1 : 3370
319.005	Narcosis	131 †	= 1 : 2435

G. Neuber szerint: 1908. évben.

20.613	Chloroformnarcosis	10 †	= 1 : 2060
11.859	Aethernarcosis	2 †	= 1 : 5930
10.232	Chloroform-aethernarcosis	3 †	= 1 : 3410
2.791	Billroth-narcosis	4 †	= 1 : 698
23.809	Skopolaminmorphium-vegyes narc.	5 †	= 1 : 4762
1.748	Különféle vegyes narcosis: Schleich, Körte, Parker	0 †	—
71.052	Narcosis	24 †	= 1 : 2959

Míg *Gurlt* statisztikájában a halálozási arányszám 1 : 2435-höz viszonylik, addig *Neuber*-ében csak 1 : 2959-nek felel meg.

Ennek rationalis magyarázatát abban találhatjuk, hogy az anaesthesis terén észlelhető haladást ezidőszerint nem

* A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXVI. vándorgyűlésén tartott előadás.

annyira az általános érzéstelenítés tökéletesedésében, mint inkább a helyi érzéstelenítés technikájának fokozatos fejlődésében és térfoglalásában, s ezzel az általános érzéstelenítés szükségességének lefokozásában kell keresnünk.

Az általános anaesthesisben, daczára a velük való narcosis ismert veszélyeinek, még ma is a chloroform és az aether uralkodik.

A chloroform használatában haladás csak annyiban mutatkozik, hogy úgynevezett vegyes és kombinált narcosisokkal (veronal, scopolamin-morphium, atropin-morphium, újabban *Mertens* szerint isopral előzetes adagolásával) törekszünk az elfogyasztandó chloroform mennyiségét leszállítani s így a chloroform-narcosis veszélyeit és kellemetlen utóhatásait lehetőleg kiküszöbölni.

A chloroformnak oxygennel vagy komprimált levegővel való egyidejű használata, tiszta vagy kombinált narcosisban, a *Roth-Dräger*-, vagy *Geppert*-féle apparatusok segítségével nyer napjainkban sebészi intézetekben mindinkább polgárjogot. Ujabban azonban *Aug. Brünning* állat- és emberkísérletei alapján kétségbe vonja azt, hogy az oxygen vagy a komprimált levegő egyidejű adagolásának a vérnyomásra, a légzés rhythmusára és az érlökés számára különösebb befolyása volna, s szerinte az oxygennel való keverésnek tulajdonított előnyök csupán az altatógépekkel elérhető exact adagolásnak köszönhetők.

Mindenesetre nagy hátránya a géppel való altatásnak, hogy egyrészt az apparatusok drágább volta miatt, másrészt a gépekkel való bánás komplikált és specialis gyakorlatot igénylő volta miatt az általános sebészi gyakorlatban nagyobb elterjedésre igényt nem tarthat.

A chloroformmal szemben, úgy a specialis, mint az általános sebészi gyakorlatban, mind nagyobb tért hódít a tiszta vagy kombinált (veronal, atropin-morphium) *aether-narcosis*. Az aethernek a *Witzel*-féle cseppentő eljárásban (Tropfmethode) és kombinált narcosisban való alkalmazása határozott haladást jelent az aether-narcosis használatában.

Kombinált aether-narcosisban a veronal, a bódító alkaloidák előzetes nyujtása, ugyancsak az aethernek cseppentő- vagy altatógépekkel való használata tisztán prophylaxisos hatású és czélja az elfogyasztott aethermennyiségnek csökkentésével az aether-narcosis legnagyobb veszedelmének, a postnarcosisos pneumoniának a minimumra szállítása.

Az aethernek postpneumoniás veszedelmét van hivatva kiküszöbölni a *Burkhardt*-féle *intravenás aether-narcosis*, melynek bevezetése határozott haladást jelent az általános anaesthesis terén.

Burkhardt 250 kedvezően lefolyt narcosis-esetről számol be. *Kümmell* az intravenás aether-narcosist kombinálva scopolamin-morphium előzetes adagolásával és a *Schmitz-Pfeiffer*-féle módosításban alkalmazza oly módon, hogy az aether 4—5%-os physiologiai konyhasós oldatát, kellő adagolás mellett, nem megszakításokkal, hanem szükség esetében tiszta physiologiai oldattal felváltva permanensen ömleszti a venába, a mi által elkerüli a thrombosis létrejöttét és az embolia veszedelmét. 90 eset alapján, az esetek bizonyos csoportjában, az intravenás aether-narcosist valósággal idealis narcosisnak tartja. És pedig olyan esetekben, midőn az altató az inhalatiós narcosisok alkalmával a műtő útjában áll, tehát arcz-, koponya-, garat-, nyak-műtétek alkalmával, továbbá nagyobb vérvesztességgel járó vagy nagyobb vérveszteség után szükségelt sebészi beavatkozások esetén, az alapbántalom következtében elgyengült, nedvszegény betegek műtétekor, a midőn részben az aether, részben az infundált physiologiai oldat a vérnyomás fokozásával az egész szervezetre élénkítő hatással van.

Hogy *Kümmell* szavait idézzem: „Ich möchte sie für viele Fälle geradezu als eine Idealnarkose bezeichnen, da sie außer der geringen Menge des zur Verwendung gelangenden Narcoticums eine belebende analeptische Narkose ist, was wir von keiner anderen unserer bisher bekannten Anästhesierungsarten behaupten können.“

Kontraindikált az intravenás narcosis: arteriosclerosis, myocarditis, cholaemiás és plethorás állapot eseteiben.

A British Medical Association ez idei congressusán *F. S. Rood* a *Burkhardt*-féle intravenás aether-narcosissal altatott 297 betegről számolt be. A narcosist scopolamin-morphium előzetes nyujtásával kombináltan végzi, s az infusiót, úgy mint *Kümmell*, e czélra szolgáló készülékével permanensen eszközli. A narcosisról felette kedvezően nyilatkozik, az eljárás nem veszedelmes, káros utóhatása nincsen, nincsen tüdőizgatottság s a konyhasóoldat infusiója meggátolja a shockot.

Hasonló indicatio alapján, hasonló technikával és cautelákkal ajánlja *A. P. Jeremitsch* a *Fedoroff*-féle *intravenás hedonal-narcosis* használatát, mely 0·75%-os physiologiai konyhasóoldatban oldott hedonalnak intravenás infusiójában áll. Az alkalmazott 65 esetben az intravenás hedonal-narcosis eredménye kitünő: csaknem mindig hiányzik az excitatio, az oldat perczenként 70—100 cm³-jének infusiója mellett a narcosis már 5—8 percz mulva bekövetkezik, a narcosis rendszerint természetes álomba megy át s a narcosis utáni fejfájás, hányás teljesen hiányzik.

A tüdők és vesék részéről káros hatást nem észlelt.

Erős egyéneknek, vagy a kiknek mély postoperativ álomra van szükségük, műtét előtt per rectum még 3·0 gr. hedonalt adagol.

Jeremitsch az intravenás hedonal-narcosist az intravenás aethernarcosisnál veszélytelenebbnek tartja.

Berton az intravenás hedonal-narcosist 10 esetben kisérelte meg. A narcosist idealisnak, de veszélyesnek is tartja, mert kifejezetten depressiós hatást gyakorol a légzési centrumra és veszedelem forrása az operatio utáni tartós öntudatlanság is. A hedonalnarcosist gyenge egyéneken és légzőszervi bántalomban szenvedőkön, valamint légzőszervi műtétekben határozottan kerülendőnek tartja.

Az intravenás narcosisokéihoz hasonló indicatiók alapján ajánlja *Arnd* a *Burkhardt*-féle oldattal való *rectalis narcosist*. Előzetes pantopon-scopolamin nyujtása után ½ órával a műtét előtt 1 liter 5%-os aether-physiologiai konyhasó-oldatot fecskendez minden előkészítés nélkül a végbélbe. A rectalis narcosist 28 esetben alkalmazta jó eredménynyel s a rectum részéről káros hatást nem észlelt.

Arnd szerint ugyanazon indicatiók mellett a rectalis narcosis előnye az intravenás narcosisok fölött, hogy a narcoticum a vér erythrocytáit biztosan nem befolyásolja, továbbá thrombosist s így emboliát nem létesíthet. Hátránya azonban az adagolás bizonytalansága. Rendszerint több narcoticum nyujtatik, mint a mennyi a narcosis elérésére szükséges, s a narcosis sem szakítható meg, mert a befecskendett narcoticumnak eltávolítása a műtét befejezése után végbélcsövön vagy bélmosásokkal csak tökéletlenül történik.

Mint látjuk, úgy az intravenás, mint a rectalis narcosisok jelenleg még a kisérletezés stadiumában állanak, az ezirányú tapasztalatok és vélemények még nem összegeződtek és nem kristályosodtak ki s ezidőszerint még a jövő kérdése, vajjon általános sebészi szempontból kellően értékesíthetővé válnak-e.

Meg kell itt említenem, hogy újabban *Neu* az *oxygennel kevert kéjgázt* ajánlja felületesebb és mély narcosisok elérésére. A narcosist veronal, hyoscin-morphium nyujtásával vezeti be és a *Roth-Dräger*-éhez hasonló készülékkel végzi. *Neu* szerint az oxygennel kevert kéjgáz — viszonyítva a tiszta kéjgáznarcosishoz — teljesen veszélytelen. A narcosis gyorsan, minden izgalmi szak nélkül következik be, a beteg gyorsan ébred hányás és kellemetlen utóhatás nélkül. Különösen kivérzett, inficiált, elgyengült betegeken teljesített az új narcosis jó szolgálatokat.

Ujabban *Lotheissen* 500 eset alapján rövidebb ideig tartó, 10—20 perczes műtétek végzésére az *oxygennel kevert aethylchloridnarcosist* ajánlja, melyet a *Roth-Dräger*-éhez hasonló készülékkel végez.

Az oxygennel kevert aethylchlorid, *Lotheissen* szerint, viszonyítva a tiszta aethylchloridhoz, teljesen veszélytelen, de

az eljárást csak kisebb műtéti beavatkozásokra tartja alkalmasnak, hosszabb ideig tartó műtétekkor az aethernarcosisra való átmenetelt tartja legczélravezetőbbnek.

Mindkét eljárásnak az általános sebészi gyakorlat szempontjából nagy hátránya, hogy a narcosis csakis altatógépek igénybevételével eszközölhető.

Általános anaesthesisben rövid ideig tartó ú. n. ambulans műtétek végzésére az általános sebészi gyakorlat szempontjából legtöbb hitelt érdemel a *Sudeck*-féle *aetherbódítás* és a nálunk *Madzsar* és *Borszéky* által dicsért *narcoform* használata.

A *Sudeck*-féle aetherbódítás hátránya azonban, hogy erőteljes férfiakon, továbbá alkohollal szokványosan élőkön a kivánt anaesthesis rendszerint nem érhető el, a narcoform-narcosis pedig mély érzéstelenség előidézésére, ficzamodás-beigazításokra, a törésvégek coaptálására nem alkalmas, mert az izomtonus akkor is megtartott, ha a cornealis reflex hiányzik.

S itt vagyok bátor az igen tisztelt szakosztály figyelmét felhívni a *Schleich*-féle II. sz. keverékkel végzett ambulans narcosis előnyeire.

A *Schleich*-féle molecularsolutio, mely 4 térfogatrész chloroformból, 1 térfogatrész aethylchloridból és 12 térfogatrész aether sulfuricusból áll, ambulans műtéti beavatkozás alkalmával tapasztalataim szerint mondhatnám idealis narcoticumnak tekinthető, de kellő és megérdemelt méltánylásban eddig még nem részesült.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztárnak *Wein* által vezetett 2. sebészi osztályán 4 év óta több mint 2000 ambulans betegen végeztünk rövidebb és hosszabb ideig tartó műtétet, ficzamodás-beigazítást, törésvégek coaptálását a betegnek a narcosisra való minden előzetes előkészítése nélkül *Schleich*-féle *narcosisban*, s az eredménynyel a legnagyobb mértékben meg lehetünk elégedve.

A *Schleich*-féle keverék 20—25 gr.-ját egy törülközőből improvizált, vízhatlan papirossal bélelt, jól záró, ú. n. amerikai maszkba helyezett vattacsomóra öntjük, s a beteg előzetes lekötése nélkül a maszkot a beteg kezébe adjuk és biztatjuk, hogy mintegy önmagát altassa el s hogy, ha fulladási érzése van, a maszkot rövid időre távolítsa el arczáról, hogy szabad levegőhöz juthasson.

Ezzel az eljárással egyrészt leküzdjük a betegnek a narcosistól való félelmét, másrészt a fulladási érzés kiküszöbölésével megakadályozzuk a narcoticum lenyelését, s a fulladási érzés hiányában a narcoticum belégzése is egyenletessé válik. A beteg lekötése már öntudatlan állapotban történik.

A *Schleich*-narcosis előnye, hogy már 20—25 gr.-ra erőteljes és alkoholicumokkal bőven élő egyének is — a munkáspénztári rendeléseken rendszerint ezekkel van dolgunk — alig számbavehető nagyobb izgalmi szak után teljes anaesthesisben operálhatók, a légzés, az érverés nyugodt, hányás rendszerint csak röviddel a narcosis előtt étkezőkön fordul elő, az ébredés gyorsan következik be, úgy hogy ha a narcosist a műtét befejezése előtt kellő időben abbahagyjuk, a kötést már a beteg öntudatos állapotában végezhetjük.

A rövidebb ideig tartó *Schleich*-narcosis utóhatása, osztályunkon való alkalmazása mellett, annyira csekély, hogy a narkotizáltak 15 percz—$^1/_2$ órai pihenés után rendszerint kiséret nélkül és nagy távolságra is gyalog távoznak s a következő napi rendelésen az utóhatás legcsekélyebb jele nélkül jelentkeznek.

Az említett, általam észlelt ambulans narcosis több mint 2000 esetében zavaró körülmény, még asphyxia sem fordult elő egyszer sem, úgy hogy a *Schleich*-féle keveréknek ambulans narcosisra való használatát, az általam vázolt, osztályunkon divó eljárással (önnarcosissal) és a pupilla viselkedésének szorgos ellenőrzése mellett a legmelegebben ajánlhatom.

Az anaesthesis terén az utolsó években a legnagyobb haladás a helyi érzéstelenítés kiterjesztésében és térfoglalásában nyilvánul. Míg csak a közelmultban is, a cocain pótszereinek és az adrenalinnak használata előtt, helyi anaesthesissel, a *Reclus-féle eljárással*, csak alig számottevő ambulans műtétek végeztettek; napjainkban bódító alkaloidák (scopolamin, pantopon, morphium) egyidejű nyujtásával, vagy e nélkül is, helyi érzéstelenítéssel, fájdalommentesen, nagy műtéti beavatkozások (hasműtétek) is végezhetők.

Schleich infiltratiós anaesthesise voltaképpen a basisa és kiinduláspontja a mai helyi érzéstelenitő eljárásoknak.

Braun a suprareninnek és a cocainnal egyenlő hatású, de kevésbé mérgező novocainnak bevezetésével az infiltratiós anaesthesist egyszerűbbé, intenzivebbé és hatásában tartósabbá fejlesztette.

Corning és *Goldscheider* ama vizsgálatai alapján, hogy töményebb cocainoldatok valamely érzőideg vezetését meg tudják szüntetni, *Braun* útmutatásai nyomán épült fel a ma uralkodó úgynevezett *vezetési érzéstelenítés*, melynek lényege az, hogy a műtéti területet ellátó érzőideg-törzset megtámadjuk bizonyos anatomiailag meghatározott pontokon, és novocain-suprarenin-oldat befecskendezésével az ideg vezetőképességét rövidebb-hosszabb időre felfüggesztjük s ezzel a műtéti területet fájdalmatlanná teszszük.

Peuckert, *Offerhaus*, de különösen *Braun* állapitotta meg eljárásokat, melyekkel vezetési anaesthesisben, a *Hackenbruch*-féle érzéstelenítő eljárással kombináltan, trepanatiók, a *Kilian*-féle műtét, egy- és mindkétoldali felső és alsó állkapocs-resectio, nyelv- és strumaműtétek, továbbá lágyék- és czombsérvek végezhetők fájdalommentesen, különösen, ha mint újabban ajánlják, az érzéstelenítést bódító alkaloidák előzetes nyujtásával még fokozzuk.

Csak meg akarom említeni, hogy a fenti eljárással *F. Hesse* 82 appendicitis-esetből 30 esetben, tehát az esetek 37%-ában végzett féregnyúlványkiirtást a legjobb eredménynyel.

Helyi érzéstelenítés legkiterjedtebben, az alsó végtagoknak, a medenczének és a törzsnek egyidejű érzéstelenítése a *Bier-féle lumbalis anaesthesissel* érhető el.

A mily általános használatnak és dicséretnek örvendett kezdetben a stovain és tropacocain bevezetésével a lumbalis anaesthesis, annyira hitelét veszítette napjainkban s mind nagyobb ama szerzők száma, kik a lumbalis anaesthesist, veszélyes voltára való tekintettel, csak szoros indicatiók alapján végzik, a legszigorúbban korlátozzák vagy teljesen elhagyják, sőt vannak, kik alkalmazásától óva intenek.

Igy *Hohmeier* és *König* gyüjtő kimutatásában azt találjuk, hogy 2400 lumbalis anaesthesisre 12 haláleset esik, vagyis 1 haláleset 200 lumbalis anaesthesisre. Ennek alapján a lumbalis érzéstelenítés veszélyessége 15-ször akkora, mint az általános érzéstelenítésé. Nem kevésbé súlyosan esnek latba a lumbalis érzéstelenítés utóhatásai, melyek még hónapok mulva is kinzó főfájásban, szédülésben, gyengeség érzésében, a meningismus tünetcsoportjában, több esetben maradandó abducenshűdésben, az alsó végtagok paraesthesiáiban és neuralgiáiban nyilvánulhatnak.

Ujabban maga *Bier* is korlátozni kivánja a lumbalis anaesthesis használatát amaz esetekre, midőn az általános érzéstelenítés a szív, a tüdők affectiója vagy cachexiás állapot miatt nem végezhető s az eljárást e megszorítások mellett különösen alkalmasnak tartja a rákos végbél kiirtásakor, a medenczegyűrű resectiójakor és nagyobb nőgyógyászati műtétek végzésekor.

A *Bier*-féle lumbalis anaesthesist volna hivatva pótolni a kevésbé veszélyesnek igérkező, *Stoeckel* által kezdeményezett és *Läwen* által kifejlesztett *sacralis anaesthesis*.

Az eljárás itt is a vezetési érzéstelenítésen alapszik s abban áll, hogy a *Cathelin-Läwen*-féle eljárással a novocain-bicarbonat-adrenalin-oldat $1^1/_2$ vagy 2%-os oldatából 20—25 cm³ mennyiséget fecskendezünk be a hiatus sacralison át az extraduralis zsákba, hol az anaestheticum a durahüvelyen át hatol az idegtörzsekhez. Az anaesthesis 10—25 percz mulva áll be s 1—2 óráig tart el.

Az anaesthesis azonban csak a végbélen, a medenczefenéken, a hólyagon, a férfi- és női genitaliákon végzendő

műtétek fájdalommentesítésére alkalmas; minthogy egyidejűleg a nervus ischiadicus teljes érzéstelensége sohasem következik be, a sacralis anaesthesis az alsó végtagok műtéteiben egymagában nem használható.

Schlimpert és *Schneider* a sacralis anaesthesist szülészeti műtétek végzésére és scopolamin-morphiummal kombináltan amnesiás és analgesiás szülések előidézésére is alkalmasnak tartja.

Läwen sacralis anaesthesisben végzett 80 esetről, *Kurt Siebert* 60 esetről referál.

Läwen 7 esetben észlelt rövid ideig tartó, gyorsan múló általános tüneteket, melyek esetenként szájbeli keserűérzésben, émelygésben, szomjúságérzésben, mellszorongásban, szédülésben, halványságban, verejtékezésben, pulsuskicsinységben és -szabálytalanságban nyilvánultak. *Läwen* szerint e tünetek okát egyrészt a hiatust elzáró membrana átszúrásakor érzett fájdalomban, másrészt az extraduralis zsák telődésekor a kereszttájon jelentkező tompa nyomási fájdalomban kell keresnünk.

Ugy *Läwen*, mint *Siebert* az eljárást teljesen veszélytelennek itéli s az eredménynyel igen meg van elégedve. Contraindicatióként a technikai kivitel nehézségei miatt egyedül corpusculens és erősen neurastheniás vagy hysteriás egyének szerepelnek, mert az utóbbiakon az eljárás, mint minden narcosis nélküli műtét, psychés insultusként hathat.

A teljesség kedvéért e helyen meg kell emlékeznem a *Jonescu-féle rachistovainisatióról* is, mely ugyanazon s talán még fokozottabb veszélyekre való tekintettel, melyek a lumbalis anaesthesis használatát korlátozzák, újabban a *Juvara*-féle módosítás és kedvező statisztikai közlemény daczára sem számíthat nagyobb elterjedésre.

A *Kappis*-féle *intervertebralis anaesthesis* (injectio a foramina intervertebraliába), melylyel hasüreg- (peritoneum-), mellkas-, felsővégtag- és nyakműtétek végezhetők fájdalommentesen, jelenleg még a kisérletezés stadiumában áll.

Jelentős vívmányt és haladást jelent a helyi érzéstelenítés terén a *Bier-féle gyüjtőeres érzéstelenítés* (Venenanästhesie) s újabban az ugyanazon elven alapuló *Hotz-féle verőeres érzéstelenítés* (Arterienanästhesie).

Az eljárás lényege az, hogy az *Esmarch*-féle pulsiós pólyával előzőleg vértelenített végtagon és a gummipólyával izolált műtéti területen kikészített venába vagy arteriába kanülön át 0·25—0·5%-os novocain-oldatból 40—150 cm³ mennyiséget fecskendezünk. A teljes érzéstelenség nemcsak a műtét területére szorítkozik, hanem kiterjed az egész végtagra a felső leszorító pólyáig.

Bier szerint, a ki gyüjtőeres érzéstelenítésben végzett 134 nagyobb műtétről referál, alkalmas ez az eljárás a felső és alsó végtagokon végzendő mindazon nagyobb műtétekben, melyek más helyi anaesthesissel nem végezhetők, vagy ezek ki nem elégítők. Igy gyüjtőeres érzéstelenítésre indicatio lehet: amputatio, resectio, necrotomia, csontvarrat, kiterjedt gyüjtőérkiirtás, ínátültetés stb. Contraindicatiót egyedül a diabeteses és senilis gangraenák alkotnak.

Az eljárás *Bier* szerint megbizható és kellő asepsissel veszélytelen. Általános tüneteket nem észlelt s ezek elkerülésére szükségesnek tartja, hogy a seb zárása előtt az Esmarch-pólya meglazításával, midőn a venák nem és csak az arteriák szabadulnak fel a nyomás alól, pár pillanatig tartó vérzéssel a gyüjtőereket mintegy kimossuk és megszabadítsuk az anaestheticumtól s ezáltal meggátoljuk az anaestheticumnak a nagy vérkörbe való jutását és mérgező hatását.

Bár a *Bier*-féle gyüjtőeres anaesthesis eredményei igen biztatók, tekintettel az eljárás komplikált és specialis gyakorlatot igénylő voltára, ezidőszerint az általános sebészi gyakorlatban szélesebb körű elterjedésre nem igen számíthat.

A gyüjtőeres anaesthesist vannak hivatva pótolni az általános sebészi gyakorlatban azok a technikailag egyszerűbben kivihető és kevesebb jártasságot is igénylő újabb eljárások, melyek a vezetési anaesthesis alapián az egész alsó vagy felső végtag érzéstelenítését czélozzák. Értem ez alatt a *Läwen* és a *Kulenkampff* által egyszerűsített *Hirschel*-féle eljárást.

A Läwen-féle eljárás az alsó végtag érzéstelenítésére szolgál s abban áll, hogy a *Gunnar Nyström* által adott helyen a nervus cutaneus femoris lateralis és a *Läwen* által adott helyen a nervus cruralis, a nervus ischiadicus (nervus tibialis és nervus peroneus), a nervus cutaneus femoris posterior és a nervus obturatorius törzsét 2—4%-os novocain-bicarbonat-adrenalin-oldattal perineuralisan infiltráljuk.

A nervus cutaneus femoris lateralis és a nervus cruralis egyidejű érzéstelenítésével a czomb elülső és oldalfelülete válik érzéstelenné s ez az eljárás különösen *Thiersch*-féle transplantatiós lebenyek készítésére alkalmas. *Läwen* 30 kedvezően lefolyt esetről referál. Öt esetben (3 felnőtt és 2 gyermek) magamnak is volt alkalmam az eljárásnak minden várakozást kielégítő voltáról meggyőződnöm.

A *Läwen*-féle eljárásban az egész alsó végtag érzéstelenítésének kulcsa a nervus ischiadicus érzéstelenítésében rejlik.

A nervus ischiadicus érzéstelenítése tehát az eljárás kritériuma, minthogy a nervus cutaneus fem. lat., a nervus cruralis, a nervus cutaneus femoris post. és nervus obturatorius érzéstelenítése könnyen elérhető.

Tekintettel arra, hogy a nervus ischiadicus nehezen lokalizálható és csakis a szorosan vett perineuralis injectiókról várható kedvező eredmény, *Läwen* eljárását csakis sovány egyéneken tartja indikáltnak, olyanokon, kiken a nervus ischiadicus kitapintható, szinte az ujj alatt gördíthető.

Az általa megjelölt pontokon a nervus ischiadicus törzsében külön-külön infiltrálja a nervus tibialis és a nervus peroneus rostjait s esetenként, az emlitett többi ideg infiltratiójával együtt, összmennyiségben 1·3—1·8 gr. novocaint használ el.

Ily módon végzett 9 nagyobb műtett esetéről (kiizelés, amputatio, komplikált lábszártörés repositója stb.) referál, melyek közül 1 esetben az eljárást scopolamin-morphiummal és 1 esetben sacralis anaesthesissel kombinálta. Az eljárást veszélytelennek tartja s általános tüneteket a magas novocain-adag daczára sem észlelt.

Ujabban *Jassenetzky-Woino* a *Läwen*-féle eljárást odamódositja, hogy a nervus ischiadicust az általa jelzett, anatomiailag könnyen és biztosan fellelhető helyen (a trochanter major csúcsán húzott horizontalis és a tuber ischii külső szélén vont verticalis vonal keresztezési pontján) támadja meg, a mi által egyrészt az érzéstelenség elérésére sokkal kevesebb novocain válik szükségessé, másrészt az eljárás nemcsak sovány, hanem corpulens egyéneken is alkalmazható.

Ily módon végzett 12 nagyobb műtett esetéről referál, melyek közül csak 1 esetben nem volt kielégítő az anaesthesis.

A felső végtag érzéstelenítése, a vezetési anaesthesisen alapuló *Kulenkampff*-féle eljárással, a *plexus brachialis supraclavicularis anaesthesisével* érhető el.

Az eljárás lényege az, hogy közvetlenül a clavicula fölött és a clavicula alatt levő arteria subclavia külső oldalán a plexus brachialisba szúrt kanülön át ($1^1/_2$—3 cm. mélyen) 3% novocain-adrenalin-oldatból 10 cm³ mennyiséget fecskendezünk be.

A siker kriteriuma abban rejlik, hogy a kanül a plexusba hatoljon, illetőleg a kanülnek a plexusba való hatolását a beteg azzal jelezze, hogy a megfelelő oldali végtagban egészen az ujjak hegyéig kisugárzó paraesthesiát érez.

Az egész végtagra kiterjedő anaesthesis, rendszerint motoros paresissel vagy hűdéssel kombináltan, 3—30 percz mulva következik be s $1^1/_2$—2 óráig tart el. A beteg az Esmarch-féle leszorítást fájdalom nélkül tűri s a kézen, alés felkaron minden műtét fájdalommentesen eszközölhető.

Újabban *E. Borchers* supraclavicularis anaesthesissel végzett 35 esetről referál s az eljárásról következőképpen nyilatkozik: „Wenn wir nun unsere Erfahrungen zusammenfassen, so können wir sagen, daß diese Injektionsmethode in den Plexus brachialis zur Anästhesierung des Armes eine ideale ist, daß alle, auch die größten Operationen mit ihr ausführbar sind, daß sie absolut ungefährlich ist und

mit Einfachheit der Technik grosse Sicherheit des Erfolges verbindet."

A *Kulenkampff*-féle eljárást a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár 2. sebészi osztályán 15 ambulans betegen magam is kipróbáltam s *Borchers* enthusiasmusát csak annyiban tudom osztani, hogy ha az injectio s ezzel az anaesthesis is sikerül, az eredmény igazán idealisnak mondható. A beavatkozás (t. i. az injectio) oly csekély s ezzel szemben az eredmény oly nagy és annyira meglepő, hogy idealisabb eljárást ambulans betegek felső végtagjának helyi érzéstelenítésére nem is kívánhatunk.

Az injectio azonban a kívánt mértékben nem mindig sikerül s akkor már az anaesthesis sem tökéletes. Mert ha a beteg, hiányos értelmiségénél fogva, a karban jelentkező említett paraesthesiákat jelezni nem tudja, s a kanül nem direct a plexusba, hanem a plexus mellé, vagy a plexuson túl hatol, akkor a befecskendezett novocain az idegtörzseket a kívánt concentratióban nem éri s az anaesthesis már csak tökéletlenül, vagy egyáltalában nem következik be.

15 pénztári ambulans esetem közül az előbb említett okokból 2 esetben egyáltalában nem és 3 esetben csak tökéletlenül állott be az anaesthesis.

Az eljárást indikáltnak tartom mindazon esetekben, midőn a felső végtagon végzendő műtétek alkalmával különben narcosis volna helyénvaló, vagy más czélravezető helyi anaesthesis helyett is, ha az Esmarch-féle leszorítás huzamosabb ideig alkalmazandó.

Az eljárás veszélyes vagy káros voltát, továbbá kellemetlen utóhatását eseteimben nem tapasztaltam.

Borchers 1 esetében több hétig tartó radialis-, medianus- és ulnaris-hűdés következett be, a mit azonban az Esmarch-féle leszorítás helytelen alkalmazásának ró fel; 2 esetben a műtétet követő napon az injectio helyétől az egész karba kisugárzó fájdalmakat észlelt.

A *Kulenkampff*-féle supraclavicularis anaesthesist, az *Oberst-Braun*-féle anaesthesis mellett, az általános sebészi gyakorlat, de különösen az ambulans sebészet szempontjából nagy horderejű haladásnak tartom és technikai kivitelének tökéletesbülésével, az injectio mikéntjének praecisebb meghatározásával az anaesthesis biztossága és ezzel gyakorlati jelentősége is kétségtelenül növekedni fog.

* * *

Az elmondottakban az anaesthesis mai állását nagy vonásokban összefoglalni óhajtottam s az ismertetett eljárásoknak gyakorlati szempontból való megbirálására és kellő megvilágítására törekedtem.

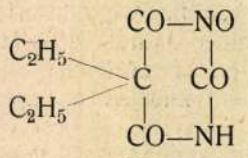
Közlemény a székesfővárosi Szt. János-kórház elmebeteg-osztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.)

Luminal, új altatószer.

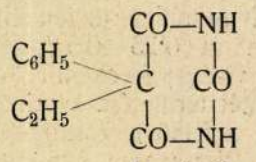
Közli: ***Szedlák Ödön*** dr., segédorvos.

Az ideg- és elmebajok gyógykezelésével foglalkozó orvosnak az élettani folyamatok egy fontos zavarával kell sokszor megküzdeni, az álmatlansággal. Az álom, mely a testi és szellemi munka alatt felhalmozott anyagcsere-termékek kiküszöbölését és az idegrendszer pihentetését czélozza, az ideg- és elmekórformák sokféle fajában különböző módon szokott megzavarva lenni. Hysteria, neurasthenia eseteiben hypochondriás alapon jelentkezhet; az ilyen betegen teljesen uralkodhatik az a kényszerképzetszerű gondolat, hogy hiába tesz akármit, hiába szed altatókat, nem tud aludni. Itt gyengébb altatókkal nem is boldogulunk. A melancholia bizonyos szakaiban, a psychosis maniaco-depressiva eseteiben az idegrendszer folytonosan fokozott izgalmi állapota okoz álmatlanságot; a dementia paralytica progressiva egyes eseteiben makacs, az erős altatók magas adagjaival is daczoló álmatlansággal (agrypnia) állunk szemben. Pedig a jótékony álom, ha mindjárt mesterséges úton hoztuk is létre, jelentékenyen javítja a beteg állapotát. Látjuk a legdühöngőbb elmebetegeken, hogy átaludt éjszaka után sokkal nyugodtabbak, csendesebbek. Ezért elmebetegeken a sedativumok mellett fontos szerepe jut a megbízható s a szervezetre kevésbé ártalmas hypnoticumnak. Ideg- és elmebajosoknak a makacs álmatlanság miatt igen sokszor kénytelenek vagyunk heteken, sőt hónapokon át altatókat adni; az egyes szereknek némileg egyoldalú hatásmódja és az evvel karöltve járó gyors megszokás és rövid idő mulva beálló hatástalanság szükségessé teszi az altatószereknek ismételt valtoztatását; ezért minden új és hatékony altatószerrel gyógyszerkincsünk kibővül, a nélkül, hogy az a meglevők és kipróbáltak kiszorítását vagy túlszárnyalását jelentené.

A régi és újabb szerek megválasztásakor, ha figyelembe is veszszük a beteg esetleges szervezeti eltéréseit, ha kerüljük pl. a chloralhydratnak szívbetegeken való alkalmazását, mégis látjuk az altatók kellemetlen melléktüneteit, a gyomor és belek erős izgalmi állapotát, a felébredés után órákig, sőt néha napokig tartó kábultságot, főfájást stb. Legrégibb szerünknek, a morphinnak, mely mint hypnoticum és mint sedativum is sokszor megbecsülhetetlen izgatott elmebetegek lecsillapításakor, az a hátránya, hogy hosszabb időn át használva megszokja a beteg és csak növekvő adagokkal érhetünk el hatást. A scopolamin, hyoscin, bár a centralis izgalmakat, a nagyfokú lelki és mozgási irritatiókat erélyesen szünteti, az oculomotorius bénulása folytán beálló mydriasis, látási zavarok, az alvást követő napon jelentkező bágyadtság, levertség és azon hátránya miatt, hogy adagolása nagyon szűk határok közé szorítja az orvost, aggodalommal adható csak. A gyógyszerészi laboratoriumok által gyártott újabb hypnoticumok kétségtelenül kisebb mértékben birnak ezen kellemetlen és káros mellékhatásokkal, igy a Fr. Bayer & Comp. vegyészi gyárában újabban előállított luminal is, melyben úgy látszik hathatós hypnoticumot nyertünk. Nem egyéb ez, mint a veronal egy rokona, a melyből úgy keletkezik, hogy az egyik aethyl-gyök egy phenylgyökkel helyettesíttetett. Egyesíti tehát magában a veronalnak mint jól bevált hypnoticumnak összes jó tulajdonságait, és csekélyebb mérgező hatása miatt bátran adagolható.



Veronal.



Luminal.

A luminal (vegyilag phenylaethylbarbitursav) fehér, szagtalan, kissé kesernyés ízű test, melynek forráspontja 170—172°; hideg vízben oldhatatlan, meleg vízben fénylő levélkékben kristályosodik ki.

Könnyen oldódik a szerves közegekben, a higított alkaliákban, igy a bélnedvekben is. A bélben való ezen oldhatósága miatt (a mi a veronalon nem mutatkozik ily mértékben) nyilatkozik meg a luminalnak és natronsójának azonos hatása belső adagolásuk alkalmával. Az új altatószer lúgos közegekben a sav hatása alatt változatlanul válik külön; hosszú állás vagy huzamos főzés mellett azonban ezen lúgos oldatok elbomlanak oly értelemben, hogy phenylaethylacetylhúgyanyag képződése mellett egy molecula szénsav válik ki csapadékban. Ez a kivált test a luminallal ellentétben csak gyenge altató hatást fejt ki, egyébként teljesen jelentéktelen.

A luminal 0·10 és 0·30 gr.-os tablettákban, valamint porban, továbbá mint luminal-natrium kerül forgalomba. Ez az utóbbi vízben való könnyű oldhatósága miatt subcutan adagolásra igen alkalmas.

Osztályunkon 30 betegen figyeltük meg a luminal hatását, a kik közül legtöbb volt a dementia paralytica progressivában szenvedő, de dementia praecox, hysteria, psychosis maniaco-depressiva, paranoia és dementia senilis eseteiben is hosszabb ideig alkalmaztuk.

A szer hatásmódját a következő esetek illusztrálják:

1. K. L. (dementia paralytica progressiva) nyugtalan, lármás, majd rendkivül izgatott betegen — a kin csak hyoscin-morphium nagy adagjaival sikerült pár órai alvást elérni — 2 cm³ (0·40) luminal-natr.-mal kezdtük az adagolást subcutan. A hatás 30 percz mulva következett be s egész éjjel nyugodtan, mélyen aludt. Az adagot később fel kellett emelni 0·60, majd 0·80 gr.-ra és ezzel 5—6 órai alvást mindig el tudtunk érni. A beteg napközben is sokkal nyugodtabb lett, nem volt izgatott.

2. M. J. (dementia paralytica progressiva) nevü beteg 0·30 gr. luminaltablettát kapott első izben. Egy fél óráig aludt csak (előzőleg hosszú ideig hyoscin-morphiumot kapott). Másnap 2 cm³ (0·40 gr.) luminal-natriumot adtunk neki subcutan, a mitől éjfélig jól aludt. Két nap mulva 3 cm³ (0·60) luminal-natriumra egész éjjelen át nyugodt, mély alvás. Ezen adagok mellett maradtunk meg azután s az eredmény itt 6—7 órai alvás volt mindenkor.

3. Sz. E (dementia paralytica progressiva), pár nap óta álmatlan, különben csendes beteg; eddig altatót nem kapott. 0·20 gr. luminalra egész éjjel jól aludt. Itt is emeltük később a dosist 0·10 gr.-mal s egy-két órát leszámítva, mindig jó alvást értünk el.

4. Hasonló hatása volt a luminal ily kis adagjának H. A. nevü, szintén paralysises betegünkön, kin azonban e kis adag hatását talán annak kell tulajdonítanunk, hogy nagyon gyenge, előrehaladt bénulásos tünetekkel a paralysis végső szakában levő beteg volt.

5. Sz. B. (dementia paralytica progressiva), osztályunk egyik legnyugtalanabb betege hónapokon keresztül még hyoscin nagy adagjaira is alig aludt valamit. Kezdetben 2 cm³ (0·40 gr.) luminal-natriumra subcutan éjfélig jól aludt. Az adagot fokozatosan emeltük (0·60 - 0·70—0·80 gr.), minek eredménye 5—6 órai alvás. A beteg napközben nyugodtabb lett.

6. H. J.-né (dementia paralytica progressiva) nevü betegünkön hetekig tartó nagy psychomotoros nyugtalansággal párosult álmatlanság volt jelen. Első izben 0·30 gr. luminalt kapott, a melytől csak 2—3 órát aludt. Másnap 0·40 gr.-tól egész éjjel nyugodt, mély alvás. Ezen adag mellett megmaradtunk pár napig kielégítő eredménynyel, majd három izben emelnünk kellett azt 0·60 gr.-ra, hogy hasonló eredményt érjünk el.

7. E. J. (hysteriás imbecillis), 21 éves lány — kin hónapokon keresztül a hyoscin is csak éjfélig tartó álmot hozott — 0·40 gr. luminal-natriumra subcutan először alig reagált; két órai nyugtalan alvás után felébredt. Másnap kábult, hányásinger jelentkezett, sápadt, egész nap álmatag, a hol leült, mindenütt szundított és mint mondotta, úgy érzi magát, mintha gyomra tele volna habbal. Másnap emeltük az adagot s ezentúl 0·40 - 0·70 gr. közt váltakozó adagolásra hol hajnalig, hol csak éjfélig, de mindenkor kielégítő jó alvást értünk el. A kábultság, hányásinger harmadnap megszünt. Ezen a lányon, a kin különben súlyos tuberculosisos elváltozások mutathatók ki, úgy látszik leginkább okozott kezdetben zavart a luminal. A fenti tüneteken kivül az injectio applikálásának helyén tenyérnyi erythema, majd phlegmone támadt, bár szigorú asepsises cautelák szemmeltartásával végeztük a befecskendezést.

8. D. M. (paranoia) hónapokon keresztül álmatlan; chloralra, paraldehydre, sulfonalra, tiszta morphiumra semmit, hyoscin-morphiumra is csak keveset alszik. Az első adag 0·40 gr. volt subcutan, a mitől csak egy órát aludt; az adagot másnap 0·60 gr.-ra emelvén, éjfélig tartó nyugodt alvás következett be. Miután ezzel az adaggal hosszabb ideig tartó álmot nem tudtunk elérni, felmentünk 0·70 – 0·80 - 0·90 – 1·0 gr.-ra is. Eredmény 5 - 6 órai alvás.

9. R S.-nén (psychosis maniaco-depressiva) 0·20 gr. luminaltabletta bevétele után hajnalig tartó, 0·30 gr. után pedig egész éjjelen át tartó nyugodt, jó alvást értünk el.

10. P. E. (dementia praecox) 0·30 - 0·40 gr.-ra mindig jól aludt, holott azelőtt hyoscin-morphiumra alig aludt pár órát. A beteg, ki különben azelőtt egész nap nyugtalan, izgatott, lármás volt, a luminal alkalmazása idején csendes, csak néha-néha jelentkezett rövid ideig tartó izgalom.

A sedativ hatás elérésére kisebb adagok (0·10—0·20 gr.) naponta többször nyujtva elegendők. Ha mint altatószert adjuk, mindig individualizáljunk; tapasztaltuk, hogy oly betegeink, kik napközben nyugodtak, csak az éjjelt töltik álmatlanul, kisebb adagokra, 0·20—0·40 gr.-ra jól alszanak, ellentétben nyugtalan, izgatott, dühöngő betegeinkkel, kiken csak magas adagok hozzák meg a várt eredményt (0·50—1·0). A hatás, akár per os, akár subcutan nyujtjuk a szert, ½—1 óra mulva következik be és mint a fenti esetek mutatják, a legtöbb esetben egész éjjelen át, de minden bizonynyal 4—6 órai alvás el volt érhető vele. Tapasztaltuk, hogy az álom elmulta után a betegek még kb. 1 óra hosszat ágyban maradtak, vonakodtak felkelni, mert „nehéz a fejük". Álmatagon fészkelődtek fekhelyükön; egyesek kisfokú alkoholmámorhoz hasonlóan érezték magukat, másokon, különösen gyengébb nőkön, egész napig tartó, de nem kellemetlen bágyadtság érzete jelentkezett. Némelyeken a közérzet emelkedettsége és derüs kedélyhangulat volt észlelhető. Kellemetlen mellékhatása mindenesetre kevesebb, mint a hyosciné; a betegek nem panaszkodtak az állandó torokszárazságról, a rossz látásról, mint azt hyoscin után tették. Egyedül arteriosclerosisos betegeink tűrték rosszul a luminalt s ezek kénytelenek voltak egész nap ágyban maradni és légzési nehézségekről, szívszúrásról panaszkodtak. Ezt észlelték különben a luminallal kisérletező más intézetek is. Idősebb egyéneken tett megfigyeléseink szerint egészen kis adaggal jó eredményt kaptunk; néhány dementia senilisben szenvedő betegünknek 0·10—0·20 gr.-os tabletta teljesen elegendő volt.

Mindezek után az a tapasztalatunk, hogy a luminalban megbizható hypnoticumot és sedativumot nyertünk, mely több előnynyel és aránylag kevés hátránynyal alkalmazható. Előnye különösen az, hogy tablettái vízben könnyen szétesnek és hogy natronsója nemcsak oldatban, de könnyű oldékonysága folytán subcutan is alkalmazható. Különösen ez utóbbi körülmény szinte megbecsülhetetlen előny, mely gyakorlatilag rendkivül fontos, mert nagyon sok álmatlan elmebeteg vonakodik altatószert bevenni. (Gyakorlatilag ügyes ama csomagolás, melyben egy üvegben 2 gr. luminal-natron foglaltatik; ez 10 gr. steril destillált vízzel feltöltve, azonnal ad olyan oldatot, melynek minden cm³-e 0·20 gr. luminal-natront tartalmaz). A luminaltabletták kis adagjai (0·10—0·30) könnyebb ideges álmatlanság eseteiben igen jó szolgálatot tesznek. Mélyebb, de izgalmi tünetek nélküli álmatlanság esetén a közepes adagok (0·30—0·60 luminal, vagy 0·20—0·40 luminal-natron) tesznek jó szolgálatot. Ha az álmatlanság psychomotoros nyugtalansággal jár, akkor az említett maximalis adagokhoz kell folyamodnunk, bár egyes esetekben még ezen adagok is hatástalanok és kénytelenek vagyunk hyoscint, scopolamint, vagy ezeknek combinatióját morphinnal igénybe venni. Refracta dosi a luminal (2—3-szor naponta 0·10—0·20 gr.) igen jó sedativum. Kellemetlen mellékhatások némely esetben az általános kábultság felébredéskor, mely azonban kisebbfokú, mint más altatónál, valamint egyes injectiók után localis erythema. Súlyosabb toxikus hatást nem észleltünk.

A luminal és annak natronsója altató szereinknek hasznos bővülését jelenti; természetesen nem panacea a hypnoticumok között, a mint hogy egy szer sem lehet az.

Amerikai levél.

A XV. nemzetközi hygiene- és demographiai congressus.

New-York, 1912 október 7.

Csaknem 3000 külföldi és amerikai delegátus, diplomácziai képviselő és congressusi tag jelenlétében nyitotta meg az Egyesült Államok elnöke, *William H. Taft*, szeptember 23.-án d. e. a XV. nemzetközi hygiene- és demographiai congressust. A hygiene-congressusok legelseje ez, mely Europa területén kivül tartatott és habár igy dominált is az amerikai elem, a congressus tagjainak csaknem egy ötöde nem északamerikai volt. Legerősebben Németország volt képviselve, a mi főleg annak tulajdonítható, hogy a „Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen" ezidei tanulmányútját a congressussal kapcsolatban rendezte, kerek 245 résztvevővel. A németek után Canada, a középamerikai államok, majd Franczia ország következtek számbeli erősségben. Feltűnő kevés volt az olaszok száma, a mi értesülésem szerint annak volt tulajdonítható, hogy az olaszt nem vették fel a hivatalos angol, német és franczia mellé hivatalos nyelvnek. Minden nemzetközi hygiene-congressus eddig bizonyos mértékben fordulópontot jelentett a hely vagy ország egészségügyében, hol megtartatott. Ezért valójában egész Amerika feszült figyelemmel tekintett a washingtoni gyülés eredménye elé. Az Unio egyes államainak egymástól való függetlensége, azokon belül a városi és egyéb hatóságok korrupt vagy ignorans volta, a congressus-senatusban pedig a patent-orvosszerek gyártóinak, élelmiszerhamisítóknak és a számos orvosi vadhajtás (osteopathia, christian science stb.) hatalmas és szervezett ellenállása eddigelé útját állotta egy egységes, nemzeti egészségügyi politikának. Mély hatást keltett tehát, mikor

Taft elnök — a ki egyenesen útról jövén, európai szemnek szokatlan látványként szürke utazóruhában, fehér mellényben jelent meg a csillogó uniformisba és egyéb díszruhába öltözött államképviselők között — rámutatott a praeventiv egészségügynek általában, különösen pedig Amerika fiatal gyarmataiban, a Filippinekben és a Panama-vidéken elért bámulatos eredményeire, kifejezetten hangsúlyozva egy egészségügyi ministerium mielőbbi felállításának szükségletét. *Taft* után a congressus elnöke, az ősz *Henry P. Walcott*, bostoni tanár, majd 33 külföldi állam hivatalos képviselői szólottak.

A délután a Fehér Házban tartott általános fogadás után formalisan megalakultak az egyes sectiók, melyek üléseiket a Washington-emlék körüli parkban lévő csodás három palotában (Panamerican Union, Continental Memorial Hall és New National Museum) tartották. Sajnos, az egész congressusi hét alatt csaknem szakadatlanul zuhogó eső a sectiók ily, alkalmas közlekedési móddal nem javított, térbeli szétosztását igen alkalmatlannak bizonyította.

A sectiók gyűléseiket hétfőn délutántól péntek estig tartották, hat ízben gyűlésezett együtt 2—2 rokon sectio. Az esteket (socialis programm helyett) nyilvános fölolvasások töltötték ki; ilyent tartott *Max Rubner* (Berlin) a néptáplálkozásról, *Sir Thomas Oliver* (New Castle) a porról és füstről, *Jacques Bertillon* (Páris) a foglalkozási ágak szerinti halandóságról, *Zahn* (München) a német munkásbiztosításról. A kedvezőtlen idővel kapcsolatban a sectiókban általános érdeklődés és tömött széksorok mellett folyt a munka. Uj serumokról, antitoxinokról ugyan nem volt szó, ellenben az érdekes új felfedezések, theoriák egész özönéről.

Igy *J. F. Anderson* és *J. Goldberger* (Egyesült-Államok hygiene-laboratoriuma) bejelentették, hogy a typhus-láz (typhus exanthematicus) átvivői szerintük a pediculi capitis et vestimenti, a kanyaró csíráinak átvitele pedig nem lehámló bőrpikkelyek, hanem az orrváladék, tüsszentés útján történik. *Frederick Novy* (a michigani egyetem tanára) egy új, végtelen apró mikroorganismust talált, melynek virusa billiónyi higításban is immunizál patkányokat a mirigypestis ellen. *Daniel Warren* és *Edna Steinhardt* (newyorki Health Department) a veszettség kezelésekor az agyvirusnál sokkal hatásosabbnak találta a nyirokmirigyekből nyert virust. *C. Bass* (Tulane-egyetem, New-Orleans) a malaria-parasitáknak élő vérsejtekben való tenyésztéséről számolt be, mely alapon malaria-ellenes serum előállítása remélhető.

A poliomyelitis acuta (gyermekbénulás) tárgyalásakor *A. J. Petersson* (Stockholm) a ragály vivőjének az orrváladékot tekinti; *Rosenau* (Harvard-egyetem) az istálló-legyek csípését, *Flexner* (Rockefeller-intézet) pedig a por és levegő útján való átvitelt. Egyéb theoriákat védelmezett *Landsteiner* (Graz), *Levaditi* (Paris), *Neustadter* (New-York), *Römer* (Marburg). Tartalmas viták folytak az uncinariasis- (hook worm-disease), a typhus- és a diphtheria-fertőzésről. A typhusfertőzésre vonatkozólag *Jordan* (Chicago) teljesen elegendőnek tartja az ivóvíz állandó bakteriologiai ellenőrzését, a mivel szemben *Gaertner* (Jena) joggal hivatkozott arra, hogy európai felfogás szerint a vízforrás és a reservoir talajviszonyainak állandó egészségügyi ellenőrzése legalább is oly fontos.

Kimerítő eszmecserék folytak az egyes foglalkozási szakok veszélyességéről, melyeken résztvettek *Lucien March* (Paris), *Jacques Bertillon* (Paris), *Chaelwick* (New-York), továbbá a gyermekhalandóság okairól, a tejellenőrzésről, a ragályok terjesztéséről a közlekedés útjain, a közegészségügyi administratióról, a hygienés diaetetikáról stb.

A congressusnak a laikus közönségre és a washingtoni törvényhozókra való üdvös hatását nagyban elősegítette a congressussal kapcsolatos, egy héttel előbb megnyilt és az utána lévő héten is nyitva tartott hygienekiállítás. Ügyes modellek, villanyos jelzőkészülékekkel ellátott táblázatok szemléltették itt elevenen a modern hygiene haladását, módszereit és a legkülönfélébb demographiai statisztikákat. Különösen említésre méltók a gyermekhalandóság okaira és a mi Amerikában teljesen ujdonság volt, a sexualis hygienére és felvilágosításra vonatkozó szemléltető részletek. A kiállításnak talán egyetlen hibája az óriási terjedelme volt: résztvettek benne a legkülönfélébbb állami és egyéb egészségügyi hatóságok, intézetek, nagy részvénytársaságok. Állandóan tömérdek ember látogatta a kiállítást és hallgatta a vele kapcsolatos előadóteremben óránkint vetített képekkel kisért népszerű egészségügyi előadásokat. A washingtoni központi pályaudvaron pedig három nyugati állam vasuti kocsikban mutatta be „mozgó egészségügyi kiállitását".

A mi az amerikai szempontot illeti, a congressusnak teljes sikere volt, mert megmutatta, hogy az amerikai orvosi búvárkodás lépést tart az európaival és egyúttal demonstrálta Amerikának, mennyire szükséges ezen kutatások eredményeinek gyakorlati megvalósítása. A mi a congressus általános szervezését és lefolyását illeti, bizony sokan nem tudtak felszabadulni a Budapesten lefolyt nemzetközi orvosi congressus benyomása alól, melyet egyértelműséggel mintaszerűként emlegettek, még pedig joggal.

Magyarország hivatalos képviselője *Tangl Ferencz* ny. r. tanár és *Góger László*, a földmívelésügyi ministerium osztálytanácsosa volt. *Tangl* tanárnak úgy a megnyitó, mint a záró ülésen mondott tartalmas angol beszéde lelkes tetszést keltett. Egyébként csak a német „Studienreise"-vel jött két magyar orvos, e tudósítás irója pedig 10 assistens élén a főtitkár oldalán állott a külföldi congressisták rendelkezésére.

A congressus záró ülésén csekélyebb jelentőségű resolutiók elfogadásán kívül tudomásul vették, hogy Hágában a nemzetközi hygiene-congressusok számára állandó iroda létesíttessék, melynek költségeit a hollandus Carnegie-alapítvány fedezi. A legközelebbi hygiene-congressus idejének és helyének megállapítása az állandó nemzetközi bizottságra bizatott (elnöke *Rubner*; magyar tagja, sajnos, nincs). A San Francisco és Brazilia részéről érkezett meghivást nem fogadták el és helyettük az Oroszország részéről Szt. Pétervárra kilátásba helyezett meghivás eszméje fogadtatott rokonszenvvel.

Kovács Richárd dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Alte Meister der Medizin und Naturkunde in Facsimile-Ausgaben und Neudrucken nach Werken des 15. bis 18. Jahrhunderts. Herausgegeben von Prof. Dr. *Gustav Klein* in München. Verlag von Karl Kuhn, München.

Az orvosi tudomány története iránt lelkes érdeklődéssel eltelt müncheni nőgyógyász kezdeményezésére és szerkesztésében sorra fognak látni napvilágot, az eredeti kiadás hasonmása szerint, tudományunk legkiválóbb becsű régi emlékei. Eddigelé három ilyen munka jelent meg, melyeket röviden ismertetni kivánunk.

1. Az ***Ortolff von Bayerland*** neve alatt megjelent ***„Frauenbüchlein"***. A szülészetet és nőorvoslást tartalmazó legrégibb nyomtatványok közé tartozik. A nyomás éve nem bizonyos, de 1500 előtti időből való. Szerzője minden valószínűség szerint nem *Ortolff* s csak az élelmes kiadó használta fel reklámul.

A terhesek diaetetikája észszerű felfogásra vall. Megtaláljuk benne többek közt a ma is dívó előitéletet, hogy a terhes nő ne egyék körtét, mivel a magzat nagyon nagy lesz tőle. A bábaválasztást illetőleg olyat keressen, a ki nem beszél sokat! (Mai bábakönyveinkbe is ajánlatos volna ezt felvenni.)

A magzat fekvése. Rendellenes fekvés esetén fordítás végzendő. Az expressio leírása külső fogásokkal. A magzatburok megnyitása ujjal és ollóval.

Lepényi időszak. Óvatos kihúzás. Érdekes részlet: az olaszoknál az a szokás járja, hogy a kis kézzel rendelkező bába egy faolajba áztatott vékony kendőt illeszt köröskörül

a kezére s így nyúl be a méhüregbe a lepény leválasztására. A mely eljárásban *Klein* analogiáját látja a gummikeztyűknek és az asepsisnek.

Placentaretentio és rothadás ellen alkoholtherapia.

Gyermekágy. Érdekes felsorolása a gyermekágyi complicatióknak és betegségeknek, többek közt a következőknek: incontinentia urinae, gátrepedés, belső zúzódás, rák, méhelőesés, láz, hydrops, nephritis, egy gyermek utáni sterilitás, septikus endometritis, végbél-, hüvely- és egyéb fistulák stb.

Gyermekágyi diaetetika. Haskötő. A szoba ne legyen sötét.

Az utolsó sorok közt e pár meleghangú szó: „Darum ihr allerliebsten Frauen, nachdem als ich gebeten bin worden von Euch, etwas zu schreiben den schwangeren Frauen, bitt ich Eure Liebe, das in keinem Argen aufzunehmen, wo ich zu grob wär gewesen; denn solches hab ich nicht u n und um vermeiden können . . .“

2. ***Eucharius Rösslin: „Rosengarten“.*** Nyomatott 1513-ban. A legrégibb bábatankönyv. Szövege és képei túlnyomórészt visszanyúlnak a klasszikus kor forrásaira, a legfontosabb részletek ephesosi *Soranos*-ig (100 Kr. u.). Tőle vétetett át a lábrafordítás műfogása, mely a középkorban teljesen feledésbe ment és a magzatfeldaraboló-műtétnek adta át a teret. A magzatfekvéseket feltüntető képek is *Soranos*-ig követhetők vissza, a mi szembeötlő példája a tudomány folytatólagosságának.

A munkát később a fia fordította latinra „De partu hominis“ czím alatt.

Megjegyzendő, hogy Rösslin nem a Ross, hanem a Rose szó diminutivuma s a könyv neve is erre vezetendő vissza.

3. ***Das Buch der Chirurgia des Hieronymus Brunschwig.*** Nyomatott 1497-ben Strassburgban Johann Grüningernél. A legrégibb német nyelven nyomtatott sebészeti tankönyv. Képeinek nagy része a sebészet klinikai oktatását demonstrálja: a tanító tanítványaival a beteg ágya mellett. A mi a könyvet oly értékessé teszi, az a szerzőnek nagy olvasottsága és saját kezdeményező tehetsége. „Nincsen sebkezelés tisztaság nélkül“, mondja szerzőnk. 50 évvel *Ambroise Paré* előtt (!) a vérző ereket leköti. Fájdalmas műtétek esetén belsőleg szedendő narcoticumokat rendel. Nem hagyhatjuk említés nélkül a munkából kiáradó magas színvonalú orvosi ethikát sem.

Bennünket az orvosi tartalmon felül is érdekelni fog a könyv 54. lapja, mely Mátyás király sérülését írja le. A nyíl vasvége megakadt a király karjában és nem volt megtalálható. *Hans von Dockenburg* egy bolus, eczet, kámfor, rózsaolaj és tojássárgája keverékéből álló híg kenőcsöt applikált a sebre és aztán bekötözte azt. Ezzel megindította a leukocyták odavándorlását, genyedés állt be, a vas közeledett is csakugyan a felszínhez és *Hans von Dockenburg*-nak sikerült fogó alkalmazása nélkül kihúznia. „Da gab ihm der Kunig gross gut vund schlug in zu einem ritter und groffenn“.

A régi mesterek műveinek kiadása folyamatban van. Az érdem azonban nemcsak *Klein* tanáré, hanem a kiadó *Karl Kuhn* czégé is, mely a reproductiók kifogástalan hűségéről nagy szakértelemmel gondoskodott.

A további köteteket is ismertetni fogjuk.

Új könyvek:

T. Suzuki: Zur Morphologie der Nierensekretion unter physiologischen u. pathologischen Bedingungen. Jena, G. Fischer, 15 m. — *A. Greil:* Richtlinien des Entwicklungs- und Vererbungsproblems. Erster u. zweiter Teil. Jena, G. Fischer. 20 m. — *E. Cramer:* Abriss der Unfall- u. Invaliditätskunde des Sehapparates. Stuttgart, F. Enke. 7 m. — *E. Lexer:* Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Sechste Auflage. Stuttgart, F. Enke. 23.60 m. — *A. Hamm:* Die puerperale Wundinfektion. Berlin, J. Springer. 6 m. — *St. Leonhard:* Die Prostitution, ihre hygienische, sanitäre, sittenpolizeiliche und gesetzliche Bekämpfung. München, E. Reinhardt. 4 m. — *S. Auerbach:* Der Kopfschmerz. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — *A. Schmidt:* Klinik der Darmkrankheiten. Teil I. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 12 m. — *E. Bischoff:* Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 12 m. — *Dattner, Federn, Ferenczi, Freud* u. a.: Die Onanie. Beiträge zu einer Diskussion der Wiener psycho-analysischen Vereinigung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4 m. — *K. Goldstein:* Die Halluzination. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2 m. — *G. Klemperer:* Der jetzige Stand der Krebsforschung. Berlin, A Hirschwald. 2 m. — *H. Brünning* und *E. Schwalbe:* Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters. Band I. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 13.60 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A thyreoidea és a mellékvese activ anyagainak jelenlétét vizsgálta állatokban a születés előtt s után *Frederic Fenger.* 6—12 hetes, 4—5 hónapos marha-, disznó- s juhfoetuson s 6 hetes szopó borjún végezte a vizsgálatokat. A mirigyek előzőleg megfelelőleg előkészíttettek, mérés, felaprózás, szárítás (35—50° C) s zsírtalanítás útján. Vizsgálatai szerint mindkét mirigy már a conceptio után néhány héttel tartalmazza a hatóanyagokat. Az epinephrin a mellékvesében nagyobb s állandóbb arányban van jelen, mint a jod a pajzsmirigyben. Az epinephrin-tartalom a nőstényben valamivel nagyobb, mint a hímben, a jodtartalomra a nemnek nincsen befolyása. A tápcsatorna mirigyei a születés előtt nem activak. A disznófoetus pankreasának diastasisos hatása 150-szer kisebb, mint a kifejlődött állaté; ezzel szemben a terhes disznó pajzsmirigye csak $^1/_2$—$^1/_3$-dal tartalmaz több jodot, mint a megfelelő foetusé. Mint a máj- és veseműködés, a mellékvese- és pajzsmirigy-működés is korán kezdődik a foetusban s lehet, hogy a foetus növésében, fejlődésében szerepe van e két utóbbi mirigynek. (The Journal of biological Chemistry, 1912. július.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A rákos megbetegedések belsőleg és külsőleg alkalmazott gyógyszerekkel való gyógyításáról értekezik *A. Zeller.* Dolgozatát *Czerny* tanár látta el előszóval, a melyben ismerteti, hogy a folyó évben *Zeller* dr. Weilheimban körülbelül 40 betegen demonstrálta azokat az eredményeket, melyeket eddigi gyógymódjával elért. Körülbelül $^2/_3$-a a betegeknek a sima, egészségesnek látszó heggel legalább egyelőre gyógyultnak volt tekinthető; $^1/_3$-a az eseteknek még a gyógyulás különböző stadiumaiban volt. *Czerny* — röviden jelezve a rákos megbetegedéseknek azon határát, a mikor a *Zeller*-féle methodussal eredményeket érhetünk el — odakonkludál, hogy noha már elég jelentékeny számú módszer áll rendelkezésünkre, melylyel a rákos megbetegedések eseteiben sikeresen beavatkozhatunk, mégis a specifikus rákgyógyító szer előreláthatólag pium desiderium marad. A legjobb eredményeket azok fogják elérni, a kik a különböző eljárások valamennyijét ismerve, hosszú tapasztalataik alapján individualizálva fogják azokat alkalmazni. *Czerny*-nek ezen előszava után maga *Zeller* ismerteti azokat az okokat, a melyek őt ezen módszerek kifejlesztésére buzdították körülbelül 17 év óta. 1. Számos betegnek legyőzhetetlen ellenszenve a műtéttel szemben; 2. a meg nem operált rákos betegek kétségbeejtő helyzete vezették őt arra a gondolatra, hogy a régebbi orvosi irodalomban kutasson olyan szerek után, melyeket nevesebb orvosok a ráktherapiában alkalmaztak. *Batty* volt az első, a ki acidum silicicumnak 0·06 dosisát többször napjában poralakban ajánlotta. *Cooper, Hutchinson* és *Dupuytren* arsenkéneső-pasztával gyógyította a rákos daganatokat. A szerző 1895-ben az irodalomból nyert tapasztalatok alapján 9 esetben kisérelte meg a kovasav belső adagolását, még pedig elég szép eredménynyel. A tarkón a bőrben és a bőralatti kötőszövetben ülő daganatot egy esetben $1^1/_2$ hónap alatt gyógyított meg acidum silicicummal. A halántékon lévő kankroidot 24 hónap alatt liquor kalii silicici és natrium silicicummal aa (3-szor napjában 15 cseppet egy pohár langyos vízben) sikerült meggyógyítania. A beteg 1908-ban még recidivamentes. Az orron levő egy carcinomát 11 évi kezeléssel gyógyított meg. Az állon egy esetben, a emlőn négy esetben ért el gyógyulást, egy esetben pedig a kifekélyesedett emlőrák 3 éven keresztül nem nagyobbodott és a váladék

penetrans szaga is elmult. A szerző az acidum silicicumot olyan formában is előállította, hogy subcutan és intramuscularis befecskendezésre is alkalmassá vált, ezzel azonban nem sikerült a kezelési időt jelentékenyen megrövidítenie. A szerző ezen befecskendezéseket *Czerny* heidelbergi intézetében körülbelül 25 esetben végezte positiv eredmény nélkül. Ezen eljárásból csak azon tapasztalatot merítette, hogy úgy az injectiók, mint a silicium-praeparatumoknak huzamosabb időn át való belső adagolása a rákos megbetegedések fejlődését megakadályozza. 1909-től kezdődőleg a belső kezelésen kívül arsenkéneső-pasztát is kezdett alkalmazni. Olyan esetekben, a melyekben a rákos szétesés folytán képződő ptomainok a szervezetet megmérgeznék, arsenes kéneső-pasztát alkalmazott, a mely a necrosisos szöveteket az egészséges részek veszélyeztetése nélkül tönkreteszi, mialatt a kovasav belső adagolása az élő ráksejteket elhalásra és felszívódásra bírja, ha ptomainok még nem képződtek. A szerző mindeddig 57 esetben kisérelte meg ezen kombinált eljárást és ezek közül 44 esetben gyógyulást ért el. Az eljárás abból áll, hogy a rákos daganatot és annak környékét benzinnel tisztítja meg és azután a cinnabarsanának nevezett pasztát a daganatra és annak környékére rákeni. Nagyon kifekélyesedett rákok esetében gaze-t és vattát helyez a paszta fölé. A hatás szerint 8—14 naponként megismétli ezen procedurát. Egyidejűleg napjában háromszor kovasavas sót adagol a betegnek vízben, a mit a gyógyulás után még egy évig folytatni kell. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 34. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemők ú. n. sólázáról ir *Samelson* (Freiburg). A mióta *Schaps* 1906-ban azon észleletét közölte, hogy csecsemőkben már aránylag csekély mennyiségű konyhasóoldatnak bőr alá fecskendésével lázat idézhetünk elő, ezen tárgyról a dolgozatok egész sora jelent meg, melyek majdnem mind megerősítették *Schaps* adatait. S ha a sóláznak értelmezésében nem is értettek egyet a szerzők, mégis „a sóláz" biztos tényként szerepelt a gyermekorvosi irodalomban.

Samelson már eleve sajátságosnak és szinte megmagyarázhatatlannak tartotta, hogy *Schaps* szerint majdnem homoeopatha adag konyhasóval (5 cm³ 0·8% NaCl-oldat) olyan lázas reactiókat lehessen előidézni, a minőket typusosnak leírtak. Éppen ezért szükségesnek tartotta az e tárgygyal foglalkozó munkák szigorú birálat alá vételét és az eddigi eredmények utánavizsgálását, annál is inkább, mert a kutatókat egy — szerinte — igen fontos tényező elhanyagolása hamis következtetésekre bírta.

Ezen fontos tényező a sóoldatok előállítására használt víz, melynek minőségéről némely dolgozatban egyáltalán említés sem történt, másutt meg „steril"-ként szerepelt. Hogy azonban a víznek egyszerű főzés által való sterilezése a benne foglalt bacteriumokat megöli ugyan, az azok testében foglalt toxinokat azonban nem pusztítja el, ezt újabban a salvarsaninfusiók alkalmával tapasztalták, annyira, hogy a tévesen a salvarsannak tulajdonított sok kellemetlen mellékhatást most már az ilyen nem gondosan előkészített oldat rovására irják. (*Wechselmann* és mások.)

Samelson a sóoldatok előállítására a leggondosabban destillált vizet használva, arra az eredményre jutott, hogy csecsemőkben konyhasóoldatnak bőr alá fecskendésével „sólázat" előidézni nem lehet. Az ilyenkor jelentkezni szokott láz okát nem a sóban, hanem a nem eléggé gondosan előkészített víz bacteriotoxikus hatásában kell keresnünk. A bacteriumtoxinoknak kiküszöbölésével a lázas reactio is kimarad. Gyakorlati következése ennek az, hogy gyógyczélokra csakis oly konyhasóoldatot használhatunk, mely ily szempontból nem esik kifogás alá, éppen ezért a csecsemőosztályokon destillatiós készülék beszerzését szükségesnek tartja. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1912, 3. szám.)

Vas J. dr.

Venereás betegségek.

A salvarsan nyomán keletkező epilepsiás állapotokról érdekes és tanulságos discussio folyt le nemrégiben a berlini dermatologiai egyesület ülésén, 1912 június 11.-én, *Fr. Lesser* előadása kapcsán. A discussio nagy részben *Pinkus*-nak előadására is kiterjedt, a ki a salvarsan-kezelés kapcsán jelentkező agyvelőizgalmi tünetekről és encephalitisről számolt be. *Pinkus* lényegileg a súlyos agytüneteket syphilises reactióra vezeti vissza s azt hiszi, hogy azok megfelelnek a *Herxheimer*-féle reactiónak. *Fr. Lesser* ezzel szemben egészen más nézetet hirdetett előadásában. Ő 18 olyan esetről számolt be, a melyben a salvarsan-injectio következtében görcsök között súlyos eszméletlenség és coma állott be. A 18 eset közül 16 gyors halállal végződött. Az epilepsiás eseteket két csoportba osztotta: az elsőben (12 eset) a rohamok az injectio után való 3.—5. napon támadtak, a másikban (6 eset) csak a 9. héten túl. Véleménye szerint ezek a súlyos agybeli szövődmények intoxicatiós jelenségek és elsősorban az alkalmazott salvarsanra vezethetők vissza. A discussióban résztvevők nézeteit a következőkben ismertetjük.

E. Lesser: Nem fogadható el *Pinkus* azon nézete, hogy a súlyos agyvelőcomplicatiókat *Herxheimer*-féle reactiónak minősítsük. A legfontosabb érv ellene az, hogy a bőrön mutatkozó *Herxheimer*-reactio sokkal gyorsabban, már néhány óra multán jelentkezik, az agy-tünetek ellenben csak napok mulva fejlődnek ki. *E. Lesser* teljesen osztja *Fr. Lesser* fölfogását s ugyancsak intoxicatiót vesz föl. Az agyvelő izgalmi tünetei és az epilepsiás rohamok nem tekinthetők neurorecidiváknak. *E. Lesser* szerint ezek az utóbbiak lueses tünetek ugyan, melyek régebben is előfordultak, de bizonyos, hogy most, a salvarsan-kezelés idejében, jóval gyakoribbak. De egészen más megítélés alá esnek a *Fr. Lesser* és *Pinkus*-féle súlyos agyvelőtünetek, ezek azelőtt úgyszólván ismeretlenek voltak s *E. Lesser* a maga részéről kijelenti, hogy azelőtt sohasem láttott ilyen eseteket. Tehát mégis csak a salvarsant kell azoknak aetiologiájában okolni. Mindazonáltal kár volna a salvarsan-kezelés eredményeit túlsötéten tekinteni, mert a haszna igen nagy s a súlyos esélyek szerencsére igen ritkák.

O. Rosenthal teljesen *Fr.* és *E. Lesser* álláspontján van. Tagadja, hogy a salvarsan-kezelés kapcsán keletkezett súlyos szövődmények *Ehrlich* és *Wechselmann* értelmében a spirochaeták endotoxinjaival volnának magyarázhatók, hanem inkább azt hiszi, hogy a baj a salvarsan mérgező hatásának az eredménye. *Rosenthal Oppenheim*-nek azon kijelentésére is hivatkozik, hogy egyáltalában kétséges, hogy *Ehrlich* kiváló fölfedezése csökkenteni fogja-e a syphilis okozta idegbajokat, illetőleg befolyással lesz-e azokra. Hivatkozik továbbá arra is, hogy több oldalról tett tapasztalás szerint a tabesre és paralysisre roboráló szempontból a kénesőnek még erősebb a jó hatása, mint a salvarsannak.

Isaac véleménye szerint nem valószínű, hogy az intravenás infusiók nyomán támadt súlyos, lázzal kapcsolatos heves tünetek az ú. n. „vízhibától" erednek. Nagyon melegen ajánlja, hogy főként a syphilis másodlagos szakában csak kisebb salvarsan-adagokat alkalmazzanak, mert a halállal végződő esetek is rendszerint 0·4 gr.-on felüli adagot kaptak. Teljesen elveti ennek alapján a *Duhot, Gennerich* és *Schreiber* sokszoros és igen magas adagjait.

Baum Fr. Lesser epilepsiás eseteit nem tartja egységeseknek és fölveszi, hogy vannak köztük olyanok is, a melyekre ráillik a *Herxheimer*-féle reactio fölvétele. Véleménye szerint a kéneső és a salvarsan hatása között csak fokozati különbség van. Súlyos tünetek a kéneső nyomán is jelentkezhetnek reactióképpen, de úgy véli, hogy a kénesős eseteket eddig nem jól észlelték (?).

M. Friedländer azt hiszi, hogy a salvarsan nyomán keletkezett epilepsiás rohamok a syphilis eredménye s nem a salvarsan-injectiók következménye. Ezt egy esetéből következteti. Ebben a fölszólaló lueses tünetek miatt 6 intramuscularis (0·1 gr.) salvarsan-injectiót alkalmazott, a mi után

súlyos epilepsiás rohamokat kapott a beteg. Erre további 6 salvarsan-injectiót adott a betegnek, mire a rohamok teljesen megszűntek. A szóló *Fr. Lesser* kimutatásával igyekszik bizonyítani, hogy a halálesetek mindig csak nagyobb intravenás injectiók nyomán kerültek észlelés alá.

Roscher-nek is volt egy salvarsan utáni epilepsiás esete. 21 éves fiatal ember primaer affectiója ellenében kapta a 0·5 gr.-os salvarsan-infusiót. $4^1/_2$ nappal reá hirtelen epileptiform görcsök fogták el a beteget, a mihez utóbb comás állapot csatlakozott. A kórkép oly súlyosnak látszott, hogy exitustól kellett tartani. A lényeges javulás csak a hetedik napon állott be.

Blaschko szerint *Herxheimer*-féle reactio csak ott keletkezhet, a hol lueses gyuladás állott fönn, mert a reactio a gyuladás exacerbálását jelenti. Mivelhogy pedig *Pinkus* kiemeli, hogy az agybeli haemorrhagiák helyén gyuladás nem volt jelen, nem állhat az, hogy ezek az agyvelőbeli laesiók a *Herxheimer*-féle reactiónak felelnek meg.

Tomasczewski arra hívja föl a figyelmet, hogy az intravenás és intramuscularis salvarsan-injectiók nyomán olykor ú. n. késői exanthemák észlelhetők. Véleménye szerint nem lehetetlen, hogy a halállal végződő súlyos agyvelőbeli zavarok is voltaképpen nem mások, mint analogonjai ezeknek az exanthemáknak, vagyis késői agyvelőbeli reactiók.

Bruhns tapasztalása szerint a salvarsan után való collapsus nem más, mint intoxicatiós jelenség, mely idiosynkrasia folytán áll be. A collapsus olykor már az infusio közben állhat be, a mint azt egy esetében legújabban 0·15 gr. neosalvarsan nyomán látta.

Pielicke nemcsak az epileptiform rohamokat, hanem a többi ismert és súlyos tünetet is mind a salvarsan mérgező hatásának tulajdonítja. Azt hiszi, ha valamelyik gyár, nem pedig *Ehrlich* hozta volna először forgalomba a salvarsant, akkor nem magyarázták volna oly hosszasan a kellemetlen és súlyos természetű szövődményeket holmi *Herxheimer*-féle reactióval és az ú. n. „vízhibával". A sebészek már régóta alkalmazzák sokszorosan a konyhasós infusiókat s mégsem kaptak oly tömeges számban az injectio nyomán lázas és intoxicatiós tüneteket. Szerinte a „neurorecidivák" is az arsennek idegmérgező hatásától származnak.

Adler egyik esetét ismerteti, a melyben a betegnek egy salvarsan-infusio nyomán a nervus vestibularisa és nervus cochlearisa betegedett meg. Ehhez utóbb meningitises tünetek csatlakoztak. A beteg később újabb salvarsan-injectiót kapott, a mire a súlyos tünetek visszafejlődtek. *Adler* tapasztalása szerint a syphilis a salvarsan-kezelés folytán olykor sokkal viharosabb és súlyosabb természetű lefolyást mutat, mint egyébként. Másfelől azonban néha föltűnő és gyors a salvarsannak jótékony hatása.

W. Friedländer több komplikált syphilis-esetét ismerteti.

Fr. Lesser zárószavában fölemlíti, hogy az acut epilepsiás eseteinek száma újabban már megduplázódott. Azt hiszi, hogy sokkal több az epilepsiás eset, mint a hogy gondolják. Mivelhogy a végrehajtott salvarsan-injectiók egy nagy számában az eljárásról csak a beteg és az orvosa tud, nyilvánvaló, hogy a néhány nappal vagy még később keletkező epilepsiás roham lényegében sokszor fölfedezetlen marad. Még inkább áll ez arra az esetre, ha a beteg meghal. Számos érvvel támogatja azt a nézetét, hogy a salvarsan-injectiókat szűkebb körre kell szorítani s csak megfelelő indicatio alapján alkalmazni. (Dermat. Zeitschrift, 1912, 8. f.) *Guszman.*

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

A zabkúra használatának javalatai diabetesben. *Lauritzen* (Kopenhagen) tapasztalásai szerint a zabkúra 1. a gyermekek czukorbajára többnyire kedvezően hat. Különösen azon esetekben, a melyekben a baj közepesen súlyos. A czukorkiválasztás ezekben megszűnik és a tolerantia fokozódik. Szükséges azonban a zabkúrát havonként ismételni. Súlyos esetekben is kedvező hatású ez az étrend kivált az acidosisra, a mely éppen a gyermekkorban többnyire nagyfokú szokott lenni. 2. Felnőtteken azon esetekben javasolt ez a kúra, a melyekben a czukorbaj már közel közepesen súlyos s a melyekben az acetonuria fokából arra lehet következtetni, hogy a baj előrehaladó. 3. Ajánlatos továbbá azon közepes súlyosságú esetekben, a melyekben a czukorkiválasztás a megfelelő étrend ellenére időnként mégis jelentkezik és azon súlyos esetekben, a melyekben a czukorkiürítés a fehérjetartalmú táplálék jelentősebb megszorítása ellenére sem szűnik meg; úgymint azon súlyos esetekben is, a melyekben a beteg a szigorú étrendet rosszul tűri és az acidosis fokozódik. 4. Kezdődő coma diabeticum esetén a zabkúra úgyszólván biztos eredménynyel jár, kivált azon közepesen súlyos esetekben, a melyekben a comát túlerőltetés vagy hevenyés megbetegedés váltotta ki. Utóbbi esetekben azonban csak kevés vajat szabad adni s nem tanácsos a beteget zabbal túltömni. Ez esetben a szerző nem szokta a zabkúrát — mint különben — egy-két napos főzelékdiaetával bevezetni, hanem előbb fél vagy egész napon át csak levest, bort vagy cognacot, nagyobb mennyiségű natrium hydrocarbonicumot és kámforbefecskendezéseket ad s egyúttal a bél kiürítéséről is gondoskodik. Azon súlyos esetekben, a melyekben a beteg erősen megfogyott s már kevéssé ellentálló, nem várható, hogy a zabkúra a comát megszüntesse.

Fontos, hogy a kúrához amerikai zabdara használtassék. Ennek az íze is jobb, mint a zabliszté. A zabot csak levesnek vagy kásának készítve alkalmazza. A kását 50 gr. darából 50 gr. vajjal készítteti. A zablevesbe, hogy ízesebb legyen, czitromlevet is tesz s a vajat csak akkor keverteti a levesbe, ha már az asztalra kerül. Ezen módokon felnőttnek naponként összesen 200—250 gr. amerikai zabdara, 200—300 gr. vaj, 10 gr. só s még 2—6 tojás, 3 kis csésze fekete kávé, 2 dl. bor és czitromlé (a leveshez) adható. Gyermeknek elég napjában 100—200 gr. zabdara, 100—250 gr. vaj, 6 gr. só, 2—4 tojás, tea, kávé, kevés vörös bor és víz. Megjegyzendő, hogy a szerző csak alaposan kimosott vajat alkalmaz s hogy a beteget a zabkúra előtt fehérjékben szűkölködő étrenden tartja. Tehát előbb 1—2 főzeléknapot rendel, erre következik a 2—3 napos zabkúra s ezt újból két főzelékes nap követi, a melyeket aztán ismét szigorú diaeta vált fel. Felnőttnek e mellett naponként 30—50 gr. natrium bicarbonicumot is adat. Esetei, a melyeket közöl, ezen kúra kedvező hatásáról tesznek tanubizonyságot. (Zeitschrift für phys. und diät. Therapie, 1912, 4. füzet.) *Lenkei* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az amovin, a melylyel *Rudinger* idősült székrekedés eseteiben nagyon jó eredményt ért el, tulajdonképpen nem más, mint tiszta cellulose. Használatával tehát fel nem szívódó, maradék-anyagokban bővebbé teszszük a táplálékot. Elérjük tehát azt, a mit bizonyos diaetával szoktunk elérni, a mely diaetát azonban sok ember vagy nem tűr, vagy körülményei miatt nem használhat. A rendes adag evőkanálnyi reggel éhomra és este a vacsora után; marmeladedal vagy gyümölcspürével könnyen bevehető. Makacsabb esetekben napi 3—4 evőkanálnyira lehet fokozni az adagot. A szerző néhány esetében 2 havi amovin-kúra után hónapokon át normalis maradt a székürítés. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1912, 42. szám.)

Végbél-fissura egy makacs esetében *Fath* két hét alatt gyógyulást ért el bismuthum subnitricum helyi alkalmazásával. Reggel és este használta ezt a szert por alakjában. (Ref. La semaine médicale, 1912, 40. szám.)

Galandféreg elhajtására *Mendelsohn* is nagyon ajánlja a *filmaront.* 12 esete közül csak 1-ben nem volt eredmény. 3 esete szoptató nőre vonatkozik; a csecsemők csak a kúra napján nem szoptak. Gyermekeknek 5·0—7·5, felnőtteknek 10 gramm filmaront adott; makacs esetekben azonban 15 gramm is adható. A filmaron könnyen vehető be, a mi főleg a gyermekgyakorlatban fontos. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 32. szám.)

Az erystypticum, melyet a Hoffmann-La Roche-gyár hozott nemrégiben forgalomba, nem más, mint a secacornin összeköttetése hydrastis-kivonattal és hydrastininnel. Sötétbarna folyadék, a mely 10 és 20 grammot tartalmazó kis palaczkokban kerül forgalomba. *Nagel* tanár klinikáján Berlinben nagyon jó eredménynyel használták ezt a szert mindazon gynaekologiai esetekben, a melyekben vérzéscsillapítás volt a feladat. Rendes adagja 20 csepp naponként 3—4-szer czukros vízben. Az erystypticum jóval olcsóbb, mint a hydrastis-kivonat. (Medizinische Klinik, 1912, 40. szám.)

Gyomorfekély eseteiben *Robin* a következő összetételű port használtatja: Rp. Magnesiae hydr. 1·25; Natrii bicarbon. 1·0; Cretae, Bismuthi subnitrici aa 0·6; Pulv. belladonnae 0·02. Délelőtt 10 és délután 4 órakor veendő be egy ilyen por. Erősebb fájdalmasság esetén 0·01 codeinum phosphoricum adható még hozzá. (Ref. Medizinische Klinik, 1912, 40. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 41. szám. *Alexander Béla:* Hibák és tévedések. *Hollós József:* A napkúra hatása a tüdőtuberculosisra.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 42. szám. *Báron Sándor* és *Bársony Tivadar:* A duodenalis ulcus és egyéb duodenalis folyamatok Röntgen-diagnostikájáról. „Gyermekorvos" melléklet, 3. szám. *Fischer Aladár:* Invaginatio-esetek. *Groszmann Ferencz:* Serummal kezelt gyermekkori tetanus-esetek.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Grósz Emil* dr. budapesti egyetemi tanár a szász királyi Albrecht-rend I. osztályú középkeresztjét, *Fialka Gusztáv* dr. pedig ugyanezen rend I. osztályú lovagkeresztjét kapta.

Kinevezés. *Csulak Sámuel* dr.-t a szepsiszentgyörgyi kórházhoz főorvossá, *Weisz Ármin* dr.-t a hódmezővásárhelyi közkórházhoz alorvossá, *Szabados Sándor* dr.-t ugyanoda segédorvossá, *Kovács Zsigmond* dr.-t a nagyváradi közkórházhoz, *Ungert Gyula* dr.-t és *Rieger Árpád* dr.-t pedig a győri közkórházhoz segédorvossá kinevezték.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztattak: A II. sz. sebklinikához: *Bársony Tivadar* dr. és *Simony Gyula* dr. díjas műtőnövendéknek; a III. sz. belklinikához: *Vas Béla, Lazarovits Lajos, Berkovits Antal, Hollaender Leo* dr.-ok gyakornoknak; az I. sz. nőklinikához: *Örfy Lajos* dr. gyakornoknak; az I. sz. anatomiai intézethez: *Báron Gyula, Kis Ödön Pál* díjas gyakornoknak, *Rejtő Sándor* dr., *Gyenes Ernő* gyakornoknak; a törvényszéki orvostani intézethez: *Kisfaludy Pál Etel* gyakornoknak; az I. sz. kórbonczolástani intézethez: *Entz Béla* dr. adjunktusnak; a II. sz. kórbonczolástani intézethez: *Czirer László* II. tanársegédnek, *Bátori Albert* díjas gyakornoknak; a bakteriologiai intézethez: *Reich Ödön* gyakornoknak; a sebészeti műtéttani intézethez: *Lobmayer Géza* dr. tanársegédnek. — Az orvoskari tanártestület a *Kovács Sebestyén Endre*-féle utaztató ösztöndíjat *Kakuk János* dr.-nak itélte oda.

Hőgyes Endre emlékezete. A „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" ez évi 6., 7. és 8. száma egész terjedelmében közli *Sugár K. Márton* dr. fordításában *Hőgyes Endré*-nek az „Associált szemmozgás idegmechanismusá"-ról szóló, a labyrinthogen nystagmust tárgyaló, úttörő értekezéseit hosszabb, méltó előszóval, több mint 10 nyomtatott ívre terjedőleg. Az „Orvosi Hetilap"-ban *Sugár K. Márton* dr. ismételten méltatta *Hőgyes Endre* nagy érdemeit a labyrinthus-kutatás terén, ugyancsak németül előzőleg az „Archiv für Ohrenheilkunde" nevű folyóiratban is. *A magyar tudományos akadémia Sugár* dr. e fáradozását, melylyel *Hőgyes Endre* nagy jelentőségének elismerését a külföldön is kivívta, nagyobb pénzbeli segélyben részesítette. *Sugár K. Márton* dr. most *Hőgyes Ferencz*-nek, a megboldogult testvéröcscsének támogatásával *Hőgyes Endré*-nek összes, eddigelé a német orvosi irodalomban még nem közölt, fülgyógyászati vonatkozású dolgozatait is le fogja fordítani németre.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján szeptemberben 115 szülés folyt le (61 először szülő, 54 többször szülő); a született magzatok száma 119 volt, még pedig élő 102, halott 9, maczerált 8; érett 87, kora 26, éretlen 6; fiú 66, leány 50, kérdéses nem 3; törvényes 46, törvénytelen 73; a gyermekágyban 2 nő halt meg, mindkettő eclampsiában. A nőbeteg-osztályon 53 beteget ápoltak, halálozás nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 133 esetben vették igénybe; a műtétek száma 84 volt.

Meghalt *Tarnai Simon* dr. nyugalmazott cs. és kir. törzsorvos október 13.-án, 74 éves korában. — *Sárosy Dezső* dr. 26 éves korában e hó 13.-án, Kassán. — *Hegyesy Béni* dr. tiszteletbeli megyei főorvos 55 éves korában október 11.-én Máramarosszigeten. — *Stein Lázár* dr. Marosvásárhelyt október 15.-én. — *Keimer* dr., a düsseldorfi orvosi akadémián az oto-rhino-laryngologia előadója, október 1.-én, 73 éves korában.

Kopits Jenő dr. egyetemi magántanár orthopaediai intézetét (Budapest, VII., Nyár-utcza 22) belügyministeri engedélylyel betegfelvételre is berendezte.

Megjelent. *Az Erzsébet királyné sanatorium.* Ismerteti *Tauszk Ferencz* dr. egyetemi magántanár, a Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének I. titkára. A szépen kiállított, nagyszámú rajzzal díszített, mintegy 100 lapra terjedő füzet, mely e mintaintézményünk részletes leirását és eddigi működését adja, abból az alkalomból látott napvilágot, hogy az új szárny is elkészült s így most teljesen készen áll Európának ezen nemcsak egyik legnagyobb, hanem legmodernebb, legszebb és legszerencsésebb fekvésű sanatoriuma.

Személyi hirek külföldről. A czernowitzi egyetemen *Fr. Netolitzky* dr. magántanárt a gyógyszertan rendkívüli tanárává nevezték ki. — Rostockban *Wolters* dr.-t, a bőrkórtan rendkívüli tanárát, rendes tanárrá léptették elő. — A prágai német egyetem belorvostani tanszéke, mely *Pribram* tanár halálával üresedett meg, úgy látszik, nem igen kapós; mind a három kandidált: *Schottmüller* (Hamburg), *Kovács* (Bécs) és *Pfeiffer* (Grácz) visszautasította a meghivást. — *E. Prohászka* dr., a prágai cseh egyetemen a socialis orvostan magántanára, rendkívüli tanári czimet kapott.

A pióczák használata ma már úgyszólván teljesen feledésbe ment, pedig 1850-ben a párisi kórházak még 80.000 fr.-t adtak ki pióczákra. A második császárság utolsó éveiben még 12 pióczа-nagykereskedő volt Párisban; ezek mindegyike havonként mintegy 300.000—400.000 pióczát adott el gyógyszerészeknek, ezrét 250 fr.-ért. Most csak egy pióczakereskedő van Párisban, a ki 65 fr.-t kap ezer pióczáért. Amerikában azonban még mindig elég nagy keletje van a pióczáknak.

A hidegebb évszak beálltával mint tápanyag majdnem nélkülözhetetlen a gyermekorvosi gyakorlatban a **Zoltán-féle csukamájolaj.** Két évtized óta igen érdemes helyet biztosított magának kiváló minősége és könnyű emészthetősége folytán.

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

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

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**

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

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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

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.**

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium. Ujonnan átalakitva. Prospectus.**

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (75. nagygyűlés 1912 október 14.-én.) 783. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 785. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(75. nagygyűlés 1912 október 14.-én.)

Dollinger Gyula elnök a következő beszéddel nyitja meg a nagygyűlést:

Tisztelt Orvosegylet!

Egyesületünk ma ünnepeli alapításának 75. évfordulóját s ezt az alkalmat, úgy mint nagynevű elődeim, e díszes méltóságban arra használom fel, hogy rendünket érdeklő egynéhány intézményről szóljak.

Egy esztendeje, hogy az *Orvosok Menedékházának* szükségességéről értekeztem e helyen, mire igazgatótanácsunk elnöklésem alatt *Kétly Károly, Blaskovics László, Flesch Nándor* és *Temesváry Rezső* kartársakból álló bizottságot küldött ki az indítvány tanulmányozására. Eredménye az, hogy az Országos Orvosszövetség elnökét és főtitkárát sikerült az eszmének megnyernünk és most kilátás van reá, hogy a Szövetség, a mely nyugalomdíjintézménye révén e czélra is felhasználható jelentékeny tőkével rendelkezik, kapcsolatban a nyugalomdíjintézménynyel, továbbá az orvosok tanulógyermekeinek fővárosi internátusával és még egynéhány orvostársadalmi intézménynyel a saját vezetése alatt a menedékházat is szervezi és mihelyt az építési viszonyok kedvezőek lesznek, megépíti az orvosok házát, a mely hivatva lesz mindezen intézményeknek kényelmes hajlékul szolgálni.

Ez az eszme tehát termő talajra talált és remélhetőleg ki is fog csírázni.

* * *

Testet ölt lassanként az *Embertan Múzeuma* is, a melynek szükségességét ugyancsak a mult évi elnöki beszédemben hangoztattam. Nem szerepel ugyan egyelőre mint önálló intézmény, a hogy azt akkor kontempláltuk, de a csemete már megvan és a Társadalomtudományi Múzeum kitünő melegágyában van elhelyezve, a hol az intézet igazgatója által szeretetteljes gondozásban részesül, sőt augusztus hó végével a magyar orvosok és természetvizsgálók ez idei vándorgyűlése alkalmával Veszprém városa közönségének nagy merészen már be is mutatkozott, a hol igen rokonszenvesen fogadták.

A ki tanuja volt annak a nagy érdeklődésnek, a melylyel a város kicsinye-nagyja ezeket a tanulságos készítményeket és nagyon értelmes magyarázó szöveggel ellátott, világosan beszélő ábrákat szemlélte, az tisztában van az ilyen népszerűsítő embertani múzeum nagy jelentőségével.

Az a lelkes hirlapi czikk, a melyben a napokban *Liebermann Leó* tagtársunk ilyen embertani és közegészségügyi múzeumoknak több vidéki városban való felállítását ajánlotta, biztosítéka annak, hogy ez az ügy most a legjobb kezekben van.

Hogyha azután ezeket a múzeumokat mindenhol, az illető földmíves-, bánya- vagy iparos-város localis közegészségi hiányaihoz és igényeihez alkalmazva szervezik, akkor ezek a gyüjtemények országszerte az embertani és közegészségügyi ismereteknek legeredményesebb apostolai lesznek.

Itt Budapesten arról kellene még gondoskodni, hogy ennek a múzeumnak a látogatása kötelezővé tétessék az összes iskolákra és belevétessék az évi tanítási tervekbe, mert ezentúl ez lesz a legjobb módja, hogy az egészségtan középiskolai tanárai az embertani és közegészségtani ismereteket szemléleti úton oltsák belé a fogékony ifjúságba.

* * *

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése augusztus hó végével Veszprémben a szokott keretben folyt le.

Tagadhatatlan, hogy ez a mi intézményünk hivatást töl be azzal, hogy orvosainkat és természetvizsgálóinkat megismerteti vidéki városainknak és azok környékének geographiai fekvésével, lakosságával, társadalmi viszonyaival, humanitarius és tudományos intézményeivel és hogy viszont a város lakosságának fogékony részét közelebb hozza természettudományi felfogásunkhoz; az is tény, hogy számos város és megye monographiája és azonkívül az egyéb tudományos dolgozatoknak egy seriese neki köszönheti megjelenését, hogy nálunk nemzeti hivatást is teljesít és hogy 72 esztendős kora tiszteletet parancsol; de mindezen okok csak annál nyomósabban szólanak a mellett, hogy ezt a mi régi intézményünket most már korunk szellemének megfelelőleg tovább fejleszszük.

Az elmult 72 esztendő alatt az életviszonyok hazánkban is teljesen megváltoztak.

A régi időkben ezek a vándorgyűlések jók voltak arra, hogy a vidéki orvos is halljon hébe-korba egynéhány tudományos előadást és arra is alkalmas volt, hogy összeülve, sivár rendi életük bajait egymásnak elpanaszolják. Azután hazamentek és minden maradt a régi mederben.

Ma az egyik czélt a továbbképző tanfolyamok, a másikát az orvosszövetség sokkal czéltudatosabban, intenzivebben, eredményesebben szolgálják és orvosaink ezen intézményeink élénken lüktető munkaüteméhez teljesen alkalmazkodtak.

A vidéki élet enyhangúsága és a vidéki gyakorlattal járó physikai munka orvosainkat sem a ruganyosságuktól, sem lelkes tudásvágyuktól nem fosztja meg. Az, a ki naphosszat jár rázós szekéren, kátyus utakon a mindennapi praxis után, a Szövetségnek kétsoros felszólítására az éjjeli vonattal az ország legtávolabbi megyéjéből felutazik, itt az ülésen egész nap harczol rendi érdekeiért, azután a következő éjjeli vonattal ismét rohan vissza, hogy betegeinél az egynapi mulasztást helyrehozza. A továbbképző tanfolyamra két hétre jön fel, vagy pedig a tanfolyam révén egy hónapra beiratkozik valamelyik klinikára, s ő, a ki otthon az egészség gondozásának legelső tekintélye, itt a fiatal assistens előtt szerényen beismeri, hogy mi mindenféle hiányai vannak tudásának, a melyeket valamennyire ki szeretne pótolni.

És a továbbképző most már úgyszólván folytonosa működik. Egyik tanfolyamot rendezi a másik után, a klinikák és kórházak nagy beteganyagát hozzáférhetővé tette a gyakorló orvosok számára is és nem szorítkozik a fővárosra, hanem ki-kirándul a vidékre és mindenhol tudományszomjas kollegákra talál. Ennél emészthetőbben előkészíteni, kényelmesebbenfeltálalni és olcsóbban kimérni már nem lehet a tudományt. Az asztal úgyszólván mindig terítve van, mindenki hivatalos hozzá és a legtöbb esetben ráadásul a fogyasztónak még az útiköltséget is megtérítik.

Nagyban fellendült a mi egyesületi életünk együttes üléseiben meg a szakosztályaiban, és itt Budapesten a közkórházi orvostársulat tanulságos betegbemutatásaival is vonzza magához a gyakorló orvosokat. A kolozsvári Múzeum-egyesület orvosi szakosztálya is élénkebb életre kapott, nem is szólva több vidéki orvostársulatról. Mindezen egyesületek heti ülései lehetővé teszik, hogy minden tudományos búvárkodás, mihelyt eredményre vezetett, azonnal szóbelileg közöltessék és szóbeli megvitatás tárgyává tétessék, ha pedig ezt nem igényli, akkor rövidesen helyet talál elég számú orvosi folyóiratainkban.

Mindezekhez járulnak még a magyar orvosi szakcongressusok, a sebészeti, a szemészeti, az ideg- és elmegyógyászati, a balneologiai és legeslegújabban az orr-, gége- és fülgyógyászati.

Ime eléggé kifejlődtek minálunk is, gyorsan élő korunk igényeinek megfelelőleg, a tudományos ismeretterjesztés különböző mediumai. Ilyen körülmények között kinek lehet hozzá türelme, hogy valamelyik dolgozatával a vándorgyűlést várja be, a mely majd csak egy vagy két esztendő mulva lesz meg. És ha ez okból lassanként elmaradnak az előadók, a kik újat mondhatnának, mi lesz az, a mi oda majd hallgatóságot fog vonzani? Ezen kell most elmélkednünk, mert a vázolt viszonyok hatása alatt a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének orvosi szakosztálya iránt az érdeklődés, fájdalom, már nagyon megcsappant.

A vándorgyűlés legtöbb látogatójának természetszerűleg azon országrész orvosai közül kellene kikerülnie, a hol az a sátrát egynéhány napra felüti, mert hiszen nagyrészt miattuk megyünk oda; a tapasztalás azt azonban mutatja, hogy kivéve az ülés székhelyének orvosait, az ottani vidékről csak elvétve egynéhány kartárs jelenik meg. A jövőben tehát ezek számára kell majd a vándorgyűlést vonzóvá tenni és azonkívül egyáltalán a gyakorló orvosokra, nehogy a szakosztályok hallgatósága a jövőben is majdnem csupa előadóból álljon, a kik várják, mikor kerül rájuk a sor.

A szükséges reform részleteire nem terjeszkedem ki, sem nem firtatom azt a kérdést, vajjon a természettudományi szakosztály mennyire van megelégedve a jelenlegi működésével, ezek mint belső ügyek a vándorgyűlés igazgatótanácsa elé tartoznak, a mely e kérdéseket bizonyára a legczélszerűbben meg is fogja oldani; de a legutóbbi vándorgyűlések orvosi szakosztályaiban tett ezen tapasztalatokra reáutalni és az orvosok óhajainak kifejezést adni a mi társulatunkat illeti meg, mert ő halad jelenleg az orvosi tudományos mozgalmak élén s így nemcsak jogunk, de kötelességünk is összes orvosi intézményeink tudományos működését szemmel tartani. Ezek közül jelenleg a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésén van a sor, hogy okos reformokkal korunk szellemének megfelelőleg rendezkedjék be.

* * *

Az új egyetemeket megalapító törvény királyi szentesítést nyert és most már serényen hozzá kell látnunk, hogy az ige testet öltsön. Eltekintve az egyéb, ismeretes sürgető körülményektől, nagyon fontosnak tartom az orvosi fakultások mielőbbi megnyitását a hallgatóság decentralisatiója végett. A mint e helyen egyízben már megemlítettem, egyetemünk orvosi fakultásán a hallgatóság száma az utolsó 10 esztendő alatt állandóan emelkedik. Az 1901—2. tanévben 663 hallgatónk volt, 5 esztendő alatt számuk megduplázódott, ujabb 5 év mulva, vagyis a mult esztendőben számuk 2495 volt, az idén pedig 800 elsőéves mellett az orvostanhallgatók száma 2800, vagyis a tíz év előtti számnak több mint a négyszerese.

Jut ebből egy-egy anatomiai tanszékre körülbelül 400 hallgató, míg a bonczolástani gyakorlatokra egy-egy tanszéknél körülbelül 700 első- és másodéves iratkozott be. Az egy élettani tanszékhez beiratkozott 600-nál több és egy-egy klinikára jut 300—500 hallgató.

Hogy ez a tömegtanítás jó általános eredménynyel nem járhat, nem kell magyaráznom. De végre is a tömeg itt van, azt be kell fogadnunk, mert a numerus clausus nem felel meg korunk szellemének, és azért addig is, a míg az új két vidéki orvosi fakultás működését megkezdheti s ennek a nagy tömegnek egy részét átveszi, a meglevő két fakultást kell elégszámú tanerő, tananyag és taneszköz beállításával abba a helyzetbe hoznunk, hogy a fokozott igényeknek megfelelhessenek, mert különben elkerülhetetlen, hogy a budapesti orvosi fakultás túlzsúfoltsága ezen évfolyamok egynéhány ezer orvosának hiányos kiképzésében fog megnyilvánulni. Nem valószínű, hogy a hallgatók számának ezen rohamos emelkedése még sokáig fog tartani, de egyideig még állandóan több hallgatóra számíthatunk, mint a mennyi ezen rohamos emelkedés előtt volt. A hallgatóság ezen nagy megszaporodása az utóbbi évek közgazdasági fellendülésén kívül még a községi és körorvosi fizetések rendezésének a következménye, továbbá a sürgős állami rendezés alatt álló községi és körorvosi nyugalomdíjintézménynek, a mely a hivatalosan alkalmazott orvosokat az állami hozzájárulás révén az állami tisztviselőkkel egy sorba állítja és a mely intézmény hihetőleg az állami tisztviselők új nyugdíjtörvényével egyidejűleg fog már a legközelebbi jövőben életbe lépni. A községi és körorvosok állásainak ezen financialis megalapozása, mint ezentúl már állandóan megmaradó tényező, az orvosi pályát a fiatalságra nézve kívánatossá teszi és a vidéket lassankint el fogja látni a kellő számú gyakorló orvossal. Ebből azonban népünkre igazi haszon csak akkor fog háramolni, hogyha az egyetemeinkről kikerülő orvosok a tudomány mai színvonalán álló gyakorlati tanításban részesülnek. Bár el kell ismernünk, hogy az állam két egyetemének felszerelésére az utolsó években igen nagy összegeket költött, a hallgatók ezen váratlanul tömeges megszaporodása mégis szükségessé teszi, hogy addig is, a míg a két új orvosi fakultás működését megkezdi, a jelenleg működők abba a helyzetbe hozassanak, hogy gyakorlati orvosképző feladatuknak jobban felelhessenek meg, mint a mennyire az a hallgatóság jelenlegi óriási száma és az ilyen nagy számhoz nem mért berendezése mellett lehetséges.

* * *

És végül még egy kegyeletes kötelességünkre hívom fel a tisztelt egyesület figyelmét. Ez az, hogy mindeddig még nem festettük meg annak a rég elhunyt tagunknak az arczképét, a kit genialitása magasra emelt fel összes tagjaink fölé, a kinek lángesze messze megelőzte kortársait és a ki kezdeményezője lett egy búvárkodási iránynak, a melynek kézzelfogható eredményei azóta az emberiség millióit tartották meg az életnek.

Ki sem kellene mondanom a nevét, mert hiszen mindenki úgy is tudja, hogy az csakis *Semmelweiss* lehet.

Síremlékét a kerepesi temetőben, emlékszobrát az Erzsébet-tér fái alatt az egész világ adakozása emelte, itt pedig, ebben a mi díszes termünkben arczképének csak az üres helye van meg. A mi kötelességünk, hogy azt most egy jeles művészszel megfestessük és meg vagyok győződve, hogy a gyüjtésből, a melyet e végből meg fogunk indítani, senki sem fogja magát kivonni. Nem kérünk nagy összegeket, az egyesektől csak keveset kérünk, de súlyt fektetünk rá, hogy az az arczkép ott kivétel nélkül valamennyink közös kegyeletének legyen a kifejezése.

És mivel ez a kép ezen teremnek mindenkor a központját fogja alkotni, mivel arra fog bennünket emlékeztetni, hogy volt egyszer egy magyar orvos, a kinek lángesze világra szóló felfedezésével egy olyan mozgalomnak lett a kezdeményezője, a mely az emberiségre áldást hozott, indítványomra igazgatótanácsunk elhatározta, hogy ezt a termet ezentúl nevéről Semmelweiss-teremnek nevezzük, és biztos reménylem, hogy határozatunkat az egyesület összes tagjai helyeselni fogják.

Figyelmeztessen ez a fényes név ott a bejáróink felett mindenkit, a ki e küszöböt átlépi, hogy e teremben *Semmelweiss* szelleme honol és emelje önbizalmunkat az a tudat, hogy ez a név olyan káprázatosan ragyogó fénykévét vet be egyesületünk történetébe, a milyennel a nagy nemzeteknek is csak kevés egyesülete dicsekedhet.

Ezután *Blaskovits László* egyesületi főtitkár kihirdeti az egyesületi pályadíjak nyerteseinek névjegyzékét.

A *Balassa-díj* nyertese *Rohrer László* dr. állatorvosi főiskolai tanár,

a *Senger-féle díjé Preisich Kornél* dr. és *Furka Sándor* dr.

az *Orvosi Hetilap-díj* nyertese *Picker Rezső* dr.

és a *Józsefvárosi Orvostársaság Bókay János*-pályadíjának nyertese *Erdélyi Jenő* dr. (Győr).

Ezután ismét az elnök, Dollinger Gyula tanár veszi át a szót:

Tisztelt Orvosegylet!

A Balassa-esték ünneplő nyugvópontok egyesületünk életében.

Az egész esztendő alatt nagy szerényen foly itt a munka, de egyszer évenkint szabályaink értelmében hódolunk a személyi cultusnak, szemlét tartunk tudósaink felett, hogy megállapítsuk, kinek mi része van munkánkban, a legérdemesebbet felkérjük, hogy tudományos búvárkodásának egyik fejezetéről nekünk előadást tartson, meghajtsuk előtte zászlónkat és azután újra a dologhoz látunk, hogy tudományunk előbbreviteléből kivegyük a magunk részét.

Igazgatótanácsunk az idén *Jendrassik Ernő* tagtársunkat szemelte ki erre a megtiszteltetésre. Tisztelt kartársunk készznek nyilatkozott reá, hogy megtartja az idei Balassa-előadást s azért kérem őt, hogy a mai estére kilátásba helyezett előadását „A gondolkodásról“ legyen szíves megtartani.

Jendrássik tanár ezután megtartja előadását.

Utána *Dollinger* tanár szólal fel és a következő beszédet mondja:

Tisztelt Egyesület!

Mielőtt *Jendrássik* tisztelt kartársunknak az imént elhangzott tanulságos előadását megköszönöm, konstatálom, hogy a *Jendrássik* név egyesületünk történetével régóta szorosan összeforrt, mert immár egy félszázad óta hangzik e falak között.

Mi idősebbek valamennyien tanítványai voltunk ünnepeltünk édes apjának, *Jendrássik Jenő*-nek és az ő tanításai alakították ki gondolkozásunkat az emberi szervezet működéséről.

Ismertük nemes, puritán jellemét, páratlan kötelességtudását, zárkózottságát és azt a szigorú tekintetét, a melylyel az embereket magától távol tartotta; de a kit az élet útjai a közvetlen közelébe hoztak és a ki betekintett kedélyvilágába, az gyönyörűséggel látta meg ott azt a tömérdek lelki kincset, a mely benne fel volt halmozva.

Búvárszellemét leginkább az idegélettan rejtélyei vonzották és az e téren végzett kutatásainak kimerítő előadásával tanítványainak az exact buvárkodás útjait mutatta meg.

Ezzel a szellembeli örökséggel indult el tudományos pályáján *Jendrássik Ernő*. Ezen épült fel jelleme és egyénisége. Tudományunk különböző fejezeteire kiterjedő búvárkodása mellett ő is leginkább az idegélettan és kórtan terén tett felfedezéseivel szerzett magának hírnevet és tette nevét tiszteltté itthon és a külföld tudósai előtt egyaránt.

Számos themát ő hozott szőnyegre. Kutatásainak tárgyaiul különös előszeretettel éppen a legnehezebbeket és a legelvontabbakat választotta. Hónapokat, éveket töltött egyetlen egy téves nézet megdöntésére vagy pedig egy új eszme megalapozására irányuló kisérletekkel és észlelésekkel, és ha egyszer egy themát vizsgálódásai körébe vont, akkor nem nyugodott mindaddig, a míg azt praecis kisérletei, éles látása, szigorú inductiv következtetései és szerencsés inventiója minden homálytól meg nem tisztították.

Ezen folytonosan szigorú búvárkodás, klinikájának pedáns vezetése és tanítási kötelességeinek pontos teljesítése mellett még állandóan egy lyrai költeményen is dolgozik. Ez az ő kertje, a mely ott fenn a vén Gellért déli lejtőjén lakóházát körülveszi. Tág kilátás nyílik onnan a magasból egy új városrész rohamosan növekedő életére, a kanyargó Dunára, a nagy rónaságra és a hegyvidék erdőfedte bérczeire.

És ugyancsak ilyen fenséges magas nézőpontból és ilyen tág szellemi látókörrel ítéli meg orvostudományunk állását és haladását, mert ismeretei nem szorítkoznak a szorosan vett szaktudományokra, hanem érdeklődése átöleli az orvostudomány összes ágait, a természettudományokat, a társadalmiakat, a szépirodalom, a szépművészetek és a zene kiváló kincseit és a mindezeket összefoglaló philosophiát.

Csoda-e, hogy ez a gazdag elme irányítólag hatott orvostudományunk fejlődésére, hogy iskolát alapított, melynek tagjai rajongva veszik körül mesterüket és hogy azok, a kik ritka benső értékét megismerték, őt soha el nem hagyják.

Ezekben mutattam be önöknek tisztelt tagtársunkat, *Jendrássik Ernőt*, a kit sokan önök közül idáig bizonyára nem ismertek és a kinek egyesületünk határozatából örömmel adom át a mi legnagyobb kitüntetésünket, a Balassa-érmet.

Fogadja tisztelt kollegánk hálás köszönetünket az okulásért, a melyet tudományunk az ön kiterjedt búvárkodó munkálkodásából merített és az élvezetes estért, a melyet nekünk a mai előadásával szerzett, azzal a kivánsággal, hogy az évek folyamán még sok becses munkával gazdagítsa orvosi tudományunkat.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A serumtherapia jelen állásáról a gyakorlatban tartott előadást *Rolly* a német orvosok és természetvizsgálók imént lefolyt münsteri vándorgyűlésén. Mindenekelőtt azon nézetének ad kifejezést, hogy az irodalomban található adatokat nagyon meg kell bírálni, mert subjectiv momentumok nagyon is szerepelnek bennük. Ezenkívül különbséget kell tenni a specifikus hatás és a normalis serum által is kifejtett hatás között, a mennyiben a normalis serum befecskendezése is fokozott csontvelőműködést idéz elő és az illető szervezet resistentiáját fokozza. Az előadó azután sorra veszi a különböző gyógyító serumokat. A mi a diphtheria serumtherapiáját illeti: hatásosságának megállapíthatása czéljából járvány alkalmával az esetek $^1/_3$-át diphtheria-ellenes serummal és $^1/_3$-át normalis serummal kellene kezelni, $^1/_3$-ában pedig teljesen mellőzni kellene minden serumot; a postdiphtheriás hűdések ellen az előadó szerint nem hat a serum; prophylaxisos oltásra a birkaserumot ajánlja, mert ez esetben a később esetleg szükségessé váló lóserummal végzett gyógyító oltás után nem jelentkezik az úgynevezett serumbetegség. Tetanus eseteiben talán legjobb 100 antitoxin-egységnek intralumbalis injectiója és egyúttal intramuscularis befecskendezés a seb környékén (esetleg endoneuralis injectio); azon esetekben, a melyekben az incubatio ideje 14 napnál több, a prognosis serum nélkül is kedvező, míg a 7 naposnál rövidebb incubatiójú esetekben a serum sem használ; serummal kezelt 12 tetanusos betege közül 9 meghalt, a 3 meggyógyultnak betegsége pedig bizonyára kedvezően folyt volna le serum nélkül is. Polyvalens streptococcus-serumot 21 esetben használt, nagy hasznát azonban nem látta. Kérdésesnek tartja a *Moser*-, valamint a *Mayer-Rupper*-féle scarlatina-serum hatását is; egyébként felemlíti, hogy scarlatina eseteiben 20 cm³ normalis lóserum befecskendezése után is másnap leszáll a hőmérsék. A pneumonia ellen ajánlott *Römer*-, valamint *Neufeld-Haendel*-féle polyvalens serumoknak nincs kifejezett gyógyító hatásuk, akár a bőr alá, akár pedig intravenásan fecskendezzük be őket. A forgalomban levő meningococcus-serumok a bőr alul hatástalanok, intravenásan azonban van némi hatásuk. A dysenteria-serumok úgy látszik kedvező hatásúak. A typhus- és tuberculosis-ellenes serumok nem érnek sokat. A lépfene-serumról még bebizonyítandó, hogy nagyon súlyos általános fertőzések ellen is hatékony-e.

A tussis convulsiva kezeléséről hydrochininum hydrochloricum befecskendezésével értekezett *Lenzmann* a német orvosok és természetvizsgálók legutolsó vándorgyűlésén. A physiologiai konyhasóoldattal készített 10%-os oldatból kisebb gyermekeknek 0·5—1·0, nagyobbaknak 2·0 cm³-t fecskendez be intravenásan, vagy ha ez nem sikerül, intramuscularisan. Négy napon át naponként ad egy befecskendezést, azután másodnaponként. Ezen kezelés mellett a betegség átlag csak 10 napig tart.

A **vér czukortartalmának meghatározásáról** értekezett *Reicher* és *Stein* a német orvosok és természetvizsgálók idei vándorgyűlésén. Mindenekelőtt demonstrálták a Molisch-Udránszky-reactión alapuló eljárásukat, a melynek nagy előnye, hogy csak néhány köbcentiméter vért igényel és hogy nagyon egyszerű. (Az eljárás a Biochemische Zeitschrift 37. kötetében van részletesen leírva.) A továbbiakban az eljárással elért eredményeket ismertetik. Szigorú antidiabeteses kúrával czukormentes vizeletűvé tett egyének vérében a czukortartalom a rendesnél nagyobb lehet; az ilyen ese-

tekben egyrészt a prognosis kedvezőtlenebb, másrészt a szigorú antidiabeteses kúra folytatása is szükséges. Vannak esetek, a melyekben a vizeletben sohasem volt czukor kimutatható, a vér czukortartalma azonban fokozott; így észleltek a szerzők furunculosis-, ischias-, sőt kifejezett gangraena-eseteket, a melyekben csak az ilyen hyperglykaemia felfedezése és az ennek alapján megindított szénhydratmentes diaeta vezetett gyógyulásra Végül azt is tanulmányozták a szerzők, vajjon bizonyos ivókúrák csak suggestiv módon hatnak-e (mint a hogyan sokan állítják), vagy pedig csakugyan van befolyásuk a diabetesre. Azt találták, hogy a mergentheimi Károly-forrás használatára egyforma szénhydratbevitel mellett a legtöbb esetben felére, sőt harmadára csökken a vér czukortartalma.

A pofanyálkahártya festékessége Addison-kór nélkül czímen ismertetett *Dufour* egy esetet a párisi „Société médicale des hopitaux“ április 19.-én tartott ülésén. Az eset 70 éves férfira vonatkozik, a kin a jelzett festékesség már évek óta nagyon kifejezetten megvan az Addison-kór minden egyéb tünete nélkül. A bemutatáshoz hozzászólt *Josué*, felemlítve, hogy egy hasonló esetében a bonczoláskor mégis kifejezett gümőkóros elváltozásokat találtak a mellékvesében, tehát Addison-kórral állottak szemben.

Aneurysma a. femoralis esetét ismertette *Lexer* a jenai orvosegylet július 25.-én tartott ülésén. Az aneurysmás verőérrészletet eltávolítva, 18 cm. hosszú gyüjtőérdarabot varrott a helyébe. Teljes gyógyulás következett be, az implantált gyüjtőérdarabon jelenleg kifejezetten érezhető a pulzálás s az arteriák a lábon is erősen pulzálnak. Hogy ez utóbbiak pulzálása nem collateralisok útján jő létre, azt az bizonyítja, hogy az implantált rész összeszorítására megszűnik az arteriák pulzálása a lábon.

PÁLYÁZATOK.

7623/1912 fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága pályázatot hirdet a következő **kezelőorvosi állásokra**:

a) A székesfőváros területén:

1. II. kerületben (Oszlop-utcza, Kapás-utcza, Linzi-lépcső, Bécsi-kapu, Lovar-út, Körmöczi-utcza, Csaba-utcza, Városmajor-utcza és Vizivárosi vám közötti területen) évi 2000 korona díjazással.

2. A külső VI. kerületben a Fáy-út, Búrvasúti vágány, a Palotai-úti munkáslakástelep és a Palotai-út közötti területen) évi 4000 korona díjazással.

3. A VII. kerületben (a Garai-tér, Cserhát-utcza, Murányi-utcza közötti területen) évi 2400 korona díjazással.

b) A vidéken:

4. Csepel községben (Csepel-újteleppel), évi 2000 korona díjazással.

5. Gyömrő községben évi 4000 korona díjazással, mely összegben a fuvarátalány is bennfoglaltatik.

6. Páty községben évi 800 korona díjazással.

A pályázati kérvények, melyek oklevélmásolattal és az eddigi orvosi szolgálatot feltüntető bizonyítványmásolatokkal szerelendők fel, **1912 november hó 12.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VII, Damjanich-utcza 36) czímezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon d. e. 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be. A megválasztott orvos tartozik a mindenkor érvényben lévő szolgálati, fegyelmi- és illetményszabályzatot, valamint az orvosi ügyrendet magára nézve kötelezőnek elismerni s a számára kijelölt helyen lakni.

Az állások az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül foglalandók el.

Budapest, 1912 október 14.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

23675/1912. kig.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtók felhivatnak hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Baja város tanácsához czímezve, legkésőbb **folyó évi október hó 28. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az állás f. évi november hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1912 október 13.

Polgármester helyett:
Erdélyi Gyula, főjegyző.

Körorvos kerestetik azonnal Etéd székhelylyel Javadalmazása összesen 3300 korona és privátpraxis. Ötszobás úrilakás, két hold kert. Tiszta székely magyarok, gazdag 12 község. Bővebbet: *Márkus Elek* gyógyszerész, Etéd.

6921/1912. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál áthelyezés folytán megüresedett s a f. évi október havi rendes közgyűlésen választás útján betöltendő két külterületi **kerületi tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyikével évi 2000 korona törzsfizetés, 800 korona napidíj és fuvarátalány, 4 szoba, előszoba s mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin és két hold föld használata, valamint magángyakorlatra való jogosultsággal van egybekötve.

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

A megválasztandó külterületi ker. orvosok tartoznak a szegény betegeket díjtalanul gyógykezelni, míg a fizetőképes betegektől a 132/1891. számú közgyűlési határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni jogosultak, nevezetesen: a beteg lakásán tett látogatásért nappal 2 koronát, éjjel 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésnél pedig nappal 80 fillért, éjjel 1 korona 60 fillért Hét éven alóli gyermekek kezeléséért a fenti díjak fele jár. Ezenkívül a trachomások kezeléséért évi 500 korona helyeztetik a belügyministerium részéről megtérítendőként kilátásba.

Megjegyeztetik, hogy a kerületi tiszti orvosok részére szervezetileg megállapított 200) korona évi fizetés az államtól a városok részére juttatott, illetve juttatandó segélyből az állami IX. fizetési osztály javadalmazásának megfelelő összegre, vagyis 2600 koronára kiegészittetik, hogy továbbá ezen kerületi orvosok székhelye nem a városban, hanem a város belterületétől több kilométer távolságban levő tanyákon szétszórtan élő tanyai lakosság közt van.

Az állás f. évi november hó 1.-én elfoglalandó.

Felhívom ennek folytán mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. által előírt tiszti orvosi minősítettségüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz f. **évi október hó 25. napjának délutáni 1 órájáig** nyujtsák be. Ezen határidő után elkésve érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1912. évi október hó 14.-én.

Dr. Lázár György, polgármester.

A kassai alap. közhórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés. Ezenkívül a zárszámadásilag kimutatott megtakarításból három év óta 15% drágasági pótlékban részesült, mely járulék a jövőben sincs kinzárva.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket alulirott igazgatósághoz **folyó évi október hó 24.-éig** beküldeni szíveskedjenek.

Az állás f. évi november hó 1.-én, esetleg előbb is elfoglalandó.

A segédorvos megválasztása két évi tartamra szól, melynek leteltével újra megválasztható és miután az új városi kórház épitése folyamatban van és a jelenlegi kórháznak a város tulajdonába való átvétele csak rövid idő kérdése, ennélfogva nincs kizárva az, hogy az új kórházba is át fog vétetni.

Kassa, 1912 október hó 10.

A kassai alap. közkórház igazgatósága.

1722/1912.

Az üresedésben levő Hajdubagos és Sáránd községekből álló hajdubagosi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi november hó 8.-áig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

a) Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 18. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék.

b) Hajdubagos községben természetbeni lakás, mely áll 5 szoba, külön konyha, kamara, pincze és egyéb mellékhelyiségekből, az udvar és kert területe 910 □-öl.

c) Hajdubagos község részéről évi 400 korona személyi pótlék, a halottkémlésért esetenkint 80 fillér, a húsvizsgálati teendők végzéséért a szabályrendeletileg megállapított díjak, mi évenkint kitesz 200—250 koronát.

A volt körorvos kézigyógytár-tartási joggal birt, mit a megválasztandó körorvos is megkaphat.

A körorvos Sáránd községet hetenként kétszer tartozik meglátogatni a község által kiállítandó fuvaron.

A választás napját a pályázati határidő lejárta után fogom kitűzni.

Derecske, 1912 október 9.

Balásházy, főszolgabíró

56. évfolyam. **43. szám.** *Budapest, 1912 október 27.*

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.

Schaffer Károly: Közlemény a kir. magy. tud.-egy. agyszövettani intézetéből. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egyet. ny. rk. tanár.) Áttekintése azon módszereknek, a melyekkel az idegrendszer szerkezeti felderítése történt. 787. lap.

Dollinger Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tudom.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., ny. r. egyet. tanár, udv. tanácsos.) Sebészeti esetek. 791. lap.

Ujj Sára: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egy. gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A dermatitis exfoliativa neonatorum két érdekesebb esete. 793. lap.

Pach Henrik: A frankfurti iparegészségügyi továbbképző tanfolyam. 794. lap.

Deutsch Ernő: Kassowitz-ünnepély. 796. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. C. Adam*; Ophthalmoskopische Diagnostik an der Hand typischer Augenhintergrundsbilder. — *Lapszemle. Belorvostan. R. Ehrmann*: A hasi szervek és daganatok kopogtatása. — *Szülészet és nőorvostan. Fromme*: Amenorrhoea eseteiben sikerrel alkalmazott pituitrinkezelés. — *Gyermekorvostan. Fröhlich*: Infantilis scorbutról végzett kisérletes vizsgálatok. — *Börkórtan. Axmann*: A hideg alkalmazása a psoriasis kezelésében. — *Venereás betegségek. E. Saalfeld*: Jodostarinnal végzett kisérletek. — *Húgyszervi betegségek. Lecène* és *Hovelaque*: Exstrophiás húgyhólyag nyálkahártyáján carcinoma. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Dierbach*: Görvélykór. — *Sabbatani*: A bőr fertőtlenítése joddal. — *Lau*: Ovaraden és ovaradentriferrin. 797—799. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 799. lap.

Vegyes hirek. 799. lap.

Tudományos társulatok. 801—802. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem agyszövettani intézetéből. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Áttekintése azon módszereknek, a melyekkel az idegrendszer szerkezeti felderítése történt.

Az agykutatás állása a külföldön és hazánkban.

Megnyitó előadás, tartotta *Schaffer Károly* dr., egyet. ny. rk. tanár.

Előadásaimnak czélja Önökkel az emberi szervezet legbonyolultabb szervének morphologiáját, *az idegrendszer anatomiáját* megismertetni; a tárgynak nagy arányai, bonyolultsága, részletekben való bővelkedése ezt a vállalkozást egy külön collegium keretén belül eléggé megokolják.

Az idegrendszer anatomiája már régtől fogva a természetbúvárok és orvosok figyelmének góczpontjában állott, főleg azért, mert már az ókorban akadtak némelyek, mint *Alkmaeon* és *Platon*, a kik az agyvelőben a középponti szervet és az ú. n. lelki működések székhelyét látták. Igaz ugyan, hogy ez az újabb physiologiás és pathologiás vizsgálatok által véglegesen beigazolt felfogás úgy az ó-, mint a középkorban majdnem egészen eltűnt és igen kalandos, részben felette naiv nézeteknek volt kénytelen a teret átengedni; csak jelzem, hogy *Aristoteles*, a ki ugyan legelőször mutatott rá az idegek és inak közti különbségre, a szívben vélte az öntudat székhelyét; *Descartes* az agyvelőnek egy az emberben fölötte csökevényes, maradványos függelékét, a glandula pinealist, végül *Soemmering* az agyvelő kamaráit jelölte ki a lélek székhelyéül. De az igazság már útban volt *Descartes* és *Soemmering* speculativ nézeteiben, mert úgy a középkor nagy franczia philosophusa, valamint az újkor küszöbének nagy anatomusa az *agyvelő* valamely pontján kereste az emberi test legmagasabb rendű, ú. n. lelki működéseinek színhelyét.

A XIX. század derekán *Griesinger*, a nagy német elmeorvos utalt élesen a nagy agyvelőre, mint oly szervre, mely a szellemi műveletek instrumentuma és *Meynert*, a legmélyebben szántó, lángelméjű bécsi psychiater a nagy agyvelőnek két féltekéjét jelölte ki az ú. n. lélek műhelyéül és az elmekórtant *„Klinik des Vorderhirns"* forradalmi elnevezéssel látta el. Ha mindehhez hozzáveszszük a *Fritsch* és *Hitzig* felejthetetlen munkásságával meginduló kisérletes agyphysiologiának rendkívüli eredményeit, akkor felette érthető a mult század derekán megindult és *Stilling Bernát*, a nagy casseli orvos által vezetett mozgalom, melynek czélja volt az eladdig csak felszínesen ismert, benső szerkezetében azonban teljesen ismeretlen középponti idegrendszer szöveti felderítése. Egy még teljesen ugaron heverő területre verték be a tudományos kutatás csákányait a már említett *Stilling*-en kívül oly búvárok, mint *Heinrich Müller*, a nagy *Helmholtz*, *Gerlach*, a bécsi *Ludwig Türck*, a franczia *Waller*, a jeles müncheni psychiater *Gudden*, a felejthetetlen emlékű *Carl Weigert*, a nagy biologus *Paul Ehrlich*, két latin nemzetiségű kimagasló búvár: az olasz *Camillo Golgi* és a spanyol *Ramón y Cajal*, az összehasonlító agyanatomia mestere *Ludwig Edinger*, az éles dialectikájú és megfigyelésű heidelbergi psychiater *Franz Nissl*, a kiváló lipcsei anatomus *Wilhelm His* és a magyar anatomus *Mihálkovics Géza*, az oly ellentétesen megitélt, de tagadhatatlanul eredeti gondolkozású lipcsei psychiater *Paul Flechsig* s végül két magyar úttörő búvár: *Lenhossék Mihály* és *Apáthy István*. E ragyogó tudományos gárda minden tagjához az idegrendszer anatomiájának egy-egy kutatási iránya fűződik és szabadjon már most ezen a mult század derekától napjainkig lefolyt, sikereiben páratlan, munkássága tekintetében hihetetlenül termékeny tudományos evolutiónak egyes etappejaira utalnom s így csak vázlatos fogalmat adnom arról, mint világítottak be az egyes búvárok a középponti idegrendszer minden elrejtett zugába és tették világossá azt az objectumot, a melyről *Fantoni* hirhedt szállóigéje a következőket mondta: *„Obscura textura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae!"*

Az idegrendszer anatomiai kutatásában két főszakaszt, az idősebb makroskopos és a fiatalabb mikroskopos periodust kell megkülönböztetnünk.

A makroskopos periodus az idegrendszernek szabad szemmel látható alakiságait összegezte; az ezen irányú ismereti megállapítások *Galenus*-ra vezethetők vissza, a ki Kr. u. 131-től 201-ig élt s a ki kimutatta, hogy az agy- és gerinczvelőből érző és mozgató idegek származnak és 7 agyidegpárt állapított meg. Úgy látszik, hogy *Galenus* emberi agyvelőt nem bonczolt, hanem anatomiai vizsgálatait állati, jelesen majomagyvelőn ejtette meg és eredményeit egyszerűen átvitte az emberi agyvelőre. Állítólag a chalkedoni *Herophilos* Kr. e. a 300. évben bontott fel először emberi agyvelőt; tőle származik az agyhártyák, a sinusok, az agyalapi erek, a plexus chorioidei és az agykamarák helyes leírása. Valamivel később *Erasistratos*, mint első, mozgató és érző idegek közt tett különbséget és az agyvelőben négy egymással összefüggő üreget különböztetett meg; ugyanő utalt az agytekervények fontosságára és ezeknek az emberi agyvelőben mutatkozó nagy számánál fogva az embert a legértelmesebb lénynek mondta. Érdekes, hody ezen nagyjelentőségű tétel a XIX. századig teljesen feledésbe merült, a mikor is valósággal újonnan kellett felfedezni. *Erasistratos* az agyvelőt az érzéki észrevevések középpontjának és a testmozgások kiindulása pontjának tekintette, szintúgy az intelligentia és a lélek székhelyének. Szerinte a pneuma — az élet szelleme — a szívben jő létre, és felszállva, az agyvelőben a lélek szellemévé alakul át; a lélek székhelyének a kisagyvelőt tartotta. Érdekes jelenség, hogy *Erasistratos* számos fontos megállapítása mellett egy sajátos, furcsa tételt hangoztat, a mely szerint a test finomabb physiologiás viszonyai az orvosra nézve értéktelen tudás lenne; követői, a tudományt elhanyagolva, valójában csak gyógyművészek voltak. Ezzel szemben *Galenus* (Kr. u. 130—201) éppen az agyphysiologiában volt úttörő: az agyvelő kisérletes sértése alapján kimutatta, hogy az öntudat székhelye itt van; az agyvelőre gyakorolt nyomás öntudatlanságot eredményez; az agyvelő a légzéssel egyidejűleg mozog; a lélek székhelye az agyvelő állománya. Egyenesen klasszikusnak mondhatók *Galenos* kisérletes gerinczvelőátmetszései.

Galenus-tól fogva a XVI. századig az agyanatomia semmiképpen sem haladt; *Vesalius*-szal indul meg egy újabb lendület. Ez a nagy németalföldi anatomus (1514—1564-ig) legelőször mondta ki azt az eladdig semmibe sem vett tételt, hogy az emberre nézve az első studium maga az ember és élesen itélte el az állati anatomia adatainak az emberre való kritikátlan átvitelét. Ezentúl az agyvelő morphologiáját egyre jobban tanulmányozták. *Varolio* 1573-ban az emberi agyvelő alapját helyesen írja le és mint igen nevezetes eredménye munkásságának tekintendő az a megállapítása, hogy az agykamarákban nincsen pneuma, hanem folyadék. A plexusokat secernáló szerveknek tekintette s így az agyvelőnek mirigyes működést tulajdonított. Az agyvelő tekervényeinek jelentőségét nem fogta fel, mert csupán arravalóknak nézte őket, hogy az erek jobban hatolhassanak be s így a kedvezőbb táplálkozás előmozdítására valónak fogta fel őket. Nevezetes és korához mérten igen haladott nézetet táplált a lélekről és annak székhelyéről. A lélek szerinte testetlen és szervetlen lény, a melynek azonban a külvilág észrevevéséhez egy anyagi közvetítőre van szüksége, a mely a különböző érzéki benyomásokat felvevén, azokat testetlen jelképekké alakítja át s ily módon a lélekkel közli. *Varolio* a léleknek az agykamarákban való székelését észszerűtlen felfogásnak minősítette, s ilyképpen sokkal haladottabb álláspontón volt mint *Soemmering*, a XIX. század elejének nagy anatomusa, a ki ezt a retrograd nézetet vallotta.

A XVIII. században az agyvelő morphologiájával behatóan kezdtek foglalkozni, a mely irányú vizsgálódások főleg akkor váltak sikeressé, a mikor *Gennari* 1782-ben a fagyasztást, *Vicq d'Azyr* 1786-ban a borszeszt és salétromsavat használta fel praeparáló, illetve konzerváló módszerül. Utóbbi eljárások kiválóan alkalmasnak bizonyultak az agyvelő úgynevezett rostozati szétbontására, a melynek segélyével sikerült az alkoholban keményített agyvelőnek legfontosabb, sőt egyes bonyolult rostkötegeit is láthatóvá tenni. Egyes anatomusok, mint *Gall* és *Spurzheim*, *Burdach*, *Reil*, *Arnold*, *Foville* kezében ez a lerostozási módszer jeles eredményeket adott s főleg az agyvelő úgynevezett társitási pályáinak izolálására és felismerésére vezetett. Még a XIX. század 70-es és 80-as éveiben is oly vezető agybúvár, mint *Meynert* bécsi psychiater, lelkesen ajánlotta a rostnyalábok szerinti szétkülönítését az agyvelőnek, a melyet ő a metszetek útján történő reconstructiónak is fölébe helyezett.

A konzerváló és keményítő folyadékok, valamint a pincettával végzett óvatos és szakavatott szétrostozása az agyvelőnek megteremtette ennek makroskopos anatomiáját, a melyet *Vicq d'Azyr*-nak, *Soemmering*-nek, *Reichert*-nek köszönhetünk elsősorban, a kik leleteiket páratlanul szép és művészies rézmetszetű táblákban örökítették meg. Vizsgálataik oly szorgosak voltak, hogy a XIX. század végén *Retzius Gusztáv*, a hirneves svéd anatomus, a kinek ezidőben egy új és kitünő konzerváló anyag, a *formalin* állott rendelkezésére, már csupán a legfinomabb, szabad szemmel még látható részleteket illeszthette még az agyanatomia klasszikusainak leírásához. Mindent összegezve, mondhatjuk, hogy az agyvelő szabad szemmel látható alakiságai manapság teljesen ismeretesek s így érthető, hogy a tudós világ figyelme az utolsó 30 év alatt kizárólag az agyvelő finomabb és legfinomabb szerkezete felé irányult.

Lássuk ezek után az agyanatomia *mikroskopos periodusát*, a mely korszak természetszerűleg egybeesik mindazon tudományos eszközök és módszerek feltalálásával és előrehaladó tökéletesedésével, a melyek a finomabb szerkezet feltárására alkalmasak, a milyenek a *mikroskop*, a *mikrotom* és a *festő-eljárások*.

A központi idegrendszer finom szerkezetébe való bepillantást három alapvető ténynek felfedezése tette lehetővé; az *első* az idegrostoknak *Ehrenberg* által 1833-ban történt felismerése, a *második* az ideg-, illetve dúczsejteknek 1838-ban *Remak* által végzett pontosabb leirása, végül a *harmadik* az 1842-ben tett ama felfedezése *Helmholtz*-nak, hogy az idegsejt és idegrost egymással összefügg. Utóbbi tény alapvető, mert általa ment köztudatba az idegközpontnak vezető összeköttetése a körzettel. A jelzett három felfedezés a központi idegrendszer szerkezeti megismerésének alappilléreit alkotja, a melyekből fejlődött ki minden későbbi vizsgálódás és a melyeken a mai szerfelett bonyolult agyhistologia nyugszik.

Minthogy a központi idegrendszer mikroskopiájának fejlődése és minden haladása az egyes, bevezetőleg említett úttörő búvárok által kitalált módszerekhez fűződik, azért is az agyhistologia evolutiójának feltárásában leghelyesebb az időbeli sorrend betartásával e módszerek megjelölése és rövid ismertetése leend.

Mibenlétében igen egyszerű, tudományos hordereje tekintetében még napjainkra is kiható jelentőséggel bir a *Stilling* által 1842-ben kitalált *sorozatos felmetszése* a központi idegrendszernek. Eleinte fagyasztás útján keménynyé tett gerinczvelőből élesre fent beretvával lehető finom metszeteket állított elő a nagynevű kasseli orvos, a ki lupe alatt szemlélve ezeket, az ily módon szeme elé táruló szerkezeti kép által oly mélységesen volt meghatva, hogy *Archimedes* heurekája ötlött eszébe első készítménye láttára, mert rögtön felismerte, hogy e módszerrel meglelte az idegrendszer szerkezetének feltárásához illő kulcsot. *Stilling* azonban nem elégedett meg az egyes metszeteknek magukban való vizsgálódásával, hanem az egymásra következő metszeteket hiánytalan sorozatba összefoglalva, a gerinczvelő épületébe igyekezett ily módon bepillantást nyerni. E módszer, tökéletesülve később a mikrotom és a megfelelő festőeljárások által, a központi idegrendszer rostrendszereinek feltárását tette lehetővé s így érthető, ha ez okon *Stilling*-ben a mai agyszerkezeti ismeretek megalapozóját, a központi idegrendszer topographiája atyamesterét tiszteljük.

Stilling módszere sokkal szélesebb arányokra tett szert,

midőn 1858-ban *Gerlach* a metszetek festésére a *kármint* ajánlotta, a melylyel az idegsejtek és tengelyfonalak voltak szépen feltüntethetők. Ez az eljárás majd egy negyedszázadon át volt a szinte egyedül uralkodó, a midőn 1882-ben *Carl Weigert*, minden idők legkiválóbb szövettechnikusa, felfedezte az idegrostok velős burkának haematoxylinnal való elkülönült festését. Mi sem jellemzi jobban e festőmódszer rendkívüli jelentőségét, mint hogy általa vált lehetővé a rostrendszerek s így a központi idegrendszer pályák szerinti felkutatása s ily módon a tényeknek oly sokasága lett kiderítve, hogy joggal szólnak az idegrendszer histologiájának egy *Weigert* előtti és egy *Weigert*-es időszakáról.

De *Weigert*-nek felette elegáns festőmódjával csakis rostnyalábokat sikerült kimutatni, míg e nyalábok eredése és végződése tekintetében szabatos felvilágosítást nem adott. Utóbbi tekintetben rendkívüli jelentőségűnek két módszer mutatkozott. Az egyik *Paul Ehrlich*, a salvarsan éles elméjű feltalálójának geniejéből pattant ki és ez a *methylenkékkel megejtett vitalis injectio*, a midőn az élő állat verőereibe methylenkékoldatot fecskendezve, az állatot leöljük és most egyes szerveit, jelesen a központi idegrendszert fagyasztó mikrotommal felszeleteljük. Ily metszetekben a tengelyfonalak és idegsejtek kékre színezettek és pompásan látható nem csupán a tengelyfonálnak a dúczsejtből való eredése, hanem a tengelyfonál legfinomabb legvégső elágazódása is. A központi idegrendszer legfinomabb szerkezetét valójában az *Ehrlich*-féle vitalbefecskendezés tárta fel s a mily nagybecsűek eredményei, olyannyira fájlalandó fogyatkozása, hogy a festésadta remek képek hamarosan, már néhány óra mulva elhalványulnak, a mely hiányon a pikrinsavval történt rögzítés csak némileg tudott segíteni. Hátránya továbbá a módszernek, hogy csakis állaton ejthető meg.

Mindeme hiányokon a *Golgi* ezüstöző módszere, a melyet később *R. y Cajal* módosított, segített. A salétromsavas ezüsttel végzett impraegnatio alapján pompás képek nyerhetők: e vegyszer lecsapódik a dúczsejtekre, az ezekből eredő tengelyfonalakra végesvégig a legfinomabb végfelbomlásokig, miközben a többi szöveti rész világossárga színt vesz fel s így a *Golgi-Cajal*-féle készítményeken az idegszerkezetek valósággal tussal megrajzolt alakzatok gyanánt tűnnek fel. *Golgi* nagybecsű módszerét, mely eredetileg sublimatos impraegnatio volt, már 1873-ban irta le, de ismeretessé csak 1886-ban vált és főleg *R. y Cajal* spanyol anatomusnak főleg embryonalis és fiatal idegrendszeren történt alkalmazása által oly szabatos eredményekre vezetett, hogy az idegrendszer legfinomabb szerkezeti kérdései e módszer által megoldást találtak. E becses módszer segélyével *Cajal* egymagában a szerkezeti adatoknak valósággal légióját fedezte fel és bámulatos termékenységével e morphologiai genie, követve oly fényes nevű búvárok, mint *Koelliker, Lenhossék Mihaly, van Gehuchten* és mások által, véglegesen tisztázta a központi idegrendszer legfinomabb ú. n. mikrotopographiáját, a melynek alapvető tétele — mire különben *His*-nek fejlődéstani vizsgálatai is utaltak —, hogy az idegrost alapjában a dúczsejtnek hosszabb-rövidebb kinövése, a mely végződése pontján egy szabad végfelbomlásban, a fagalyszerű végfácskában jelenik meg. E szerkezeti megállapítás azt fejezi ki, hogy minden idegsejt a belőle eredő tengelyfonállal, illetve ennek végfácskájával együtt egy független anatomiai egységet vagy egyedet alkot, a melyre *Waldeyer a neuron*-elnevezést hozta forgalomba. *A központi idegrendszer szerkezeti egysége tehát a neuron*, a mely tétel valósággal csúcspontja az idegrendszer finomabb szerkezetének felismerésére irányult tudományos kutatásoknak.

De a pihenést nem ismerő emberi elme e határkőnél nem állott meg, mert még a *Golgi-Cajal*-féle dicsőségteljes aerában feltűnt az ezüstös impraegnatiónak az a fogyatkozása, hogy ez rácsapódás, incrustatio révén láthatóvá teszi ugyan a neuron körvonalait, de ugyanezen okból elfedi, láthatatlanná teszi úgy a dúczsejt, valamint a tengelyfonál legfinomabb belső szerkezetét. Utóbbinak demonstrálására ismét más methodusok voltak szükségesek, melyek részben *Apáthy István* kolozsvári histologus, részben *Franz Nissl* heidelbergi psychiater nevéhez fűződnek.

Nissl a basikus anilinfestékekkel (methylenkék, toluidinkék, magentaveres stb.) előzetes alkoholkeményítés után nyert metszeteken az idegsejtek testében egy sajátos, sejttypusok szerint változó szemcsés szerkezetet tudott kimutatni; e *Nissl*-féle szemecsek az anilinfestékeket mohón szíván magukba, a sejttestet egy úgynevezett achromatikus és egy chromatikus részre — utóbbiak *Nissl* szemecskéi — bontják. Látni fogjuk, hogy ez a szemcsés szerkezet felette érzékeny, mert a legkülönbözőbb káros behatásokra, minő a különböző eredésű láz, a mérgezések, hamarosan felbomlik, de egyúttal ugyanígy reagál, ha az idegsejt a belőle eredő tengelyfonáltól akár kóros folyamat, akár kisérleti, mesterséges átmetszés által elkülönül.

Apáthy az anilinfestékek által szabadon hagyott ú. n. achromatikus állomány szerkezetét tárta fel az ő aranyozó módszerével gerincztelen állatokon, kimutatván, hogy az fonalas, fibrillumos természetű és ezzel megalkotta a neurofibrillumok, mint az idegingerület vezetésére szolgáló készülék fogalmát, a melyet *Schultze Miksa* nagy német histologus inkább csak sejtett, de nem mutatott ki szabatosan. *Apáthy* után *Ramón y Cajal*, majd *Donaggio*, de különösen a berlini idegorvos *Bielschowsky Miksa* által lettek igen használható és főleg gerinczes és emberi anyagon is jól alkalmazható impraegnatiós, illetve festőeljárások a neurofibrillumok kimutatására kitalálva; *Bethe* szeszélyes s csakis az ő kezében sikeres neurofibrillum-festését e helyen szintén jelzem.

Ezek szerint már most nem csupán az idegrendszer alkotó elemét, a neuront mutatta ki az ezüstös impraegnatio, hanem ennek egyes részei, minők az idegsejt és az ebből eredő idegrost finom szerkezete is ismeretessé váltak előttünk a *Nissl*-, az *Apáthy*- és a *Weigert*-féle festések által, mert az elsővel az idegsejt chromatikus részének, a másodikkal az achromatikus részének, illetve az ezzel homolog tengelyfonálnak szerkezetét, végül a harmadikkal a tengelyfonalat burkoló velőshüvelyt sikerült láthatóvá tenni. Ha mindehhez hozzáteszem, nogy ugyancsak *Weigert*-nek köszönhetjük a fajlagos idegelemeket helyhez rögzítő állománynak, a *neurogliának* elective festését is: elmondhatjuk, hogy a modern histotechnika az idegrendszer minden histologiai tényezőjét elective módon tudja feltüntetni s így nem állítunk sokat, ha azt mondjuk, hogy a *Fantoni*-féle obscura texturából a modern vizsgálódások révén clara textura lett.

De a szövettani problemák e nagy, valójában óriási haladások daczára sem tüntek el az agyanatomiai kutatás mezejéről. Tekintve azt a tényt, hogy bizonyos idegsejtek tengelyfonala igen hosszú — csak példaképpen említem, hogy az elülső központi tekervény óriási pyramis-sejtjeinek tengelyfonalai lenyúlnak a gerinczvelő nyaki, illetve ágyéki szelvényébe —, belátható, hogy ily, de még lényegesen rövidebb tengelyfonalak hosszanti lefutását az egyszerű mikroskopi megfigyeléssel követni nem lehet. Látnivaló e példából, hogy a központi idegrendszerben az úgynevezett *rostlefutás* nevezetes problema, a mely megteremtette a maga módszerét is. Hangsúlyozom, hogy e kérdésben az ép viszonyok közti kutatás cserben hagy bennünket, mert a *Stilling*-féle sorozatos reconstructio néha csak sejteni engedi, de semmiképpen sem bizonyítja az egyes, egymásra következő metszetek rosttöredékeinek egymáshoz való tartozását. Ebben a kérdésben az idegrendszernek pathologiai anatomiája és kisérletes roncsolásra bekövetkező elváltozásai adták meg a világos feleletet. 1852-ben a párisi *Waller* kimutatta azt a törvényt, hogy valamely környéki mozgató ideg átmetszésére mindenkor az eredő idegsejttől elválasztott ú. n. környéki csonk szövethalált szenved el, degenerál. Röviddel előtte, 1850-ben a bécsi pathologus *Ludwig Türck* agyvelő-vérzés eseteiben kimutatta, hogy egy szabályszerűen beálló elfajulás végigterjed azon a pályán, melynek épségétől az ember rendes mozgékonysága függ, és ez a pyramis-pálya. Ilyenkor experimentum naturae módjára az agyvérzés roncsolja az agyvelő bizonyos pontján a piramis-pályát s azt egy középponti, az

eredő idegsejttel egybefüggő ép csonkra és egy az eredő idegsejttől eltépett környéki degenerált csonkra bontja szét. Ez utóbbit degenerált mivolta élesen különíti el az ép környezettől s így lefutását, kiterjedését kényelmesen lehet tanulmányozni. A környéki csonk eme degeneratióját röviddel a roncsolás után a velős hüvelynek széttagolódása és zsiros elfajulása jellegzi és mivel a zsírosan elfajult velőt az osmiumsav feketíti (a mit tudvalevően a normalis velővel nem tesz), azért a másodlagosan elfajult és osmiummal kezelt pyramispálya fekete színével élesen rajzolódik ki az ép idegszövet közepette és így a rostlefutás viszonyai ez alapon kényelmesen tanulmányozhatók. Fényes eredményeket szolgáltatott e másodlagos elfajulás az állati idegrendszer terén, a hol tervszerűen végzett helyi roncsolásokra a bekövetkező pályaelfajulásokat az olasz *Marchi Algheri* által ajánlott osmio-bichromatos keverék pompásan tette láthatóvá, élénken ütvén el a barnás-sárgás normalis szövettől szénfekete szinével a degenerált pálya.

Egy másik pathologiás módszer a *Gudden*-féle *atrophiás módszer,* melynek lényege, hogy a fiatal állat idegrendszerén végzett roncsolásokra a kapcsolatos középpontok nagyfokú megkisebbedése, sorvadása áll elő, pl. a látóideg átmetszésére a corpus geniculatum laterale zsugorodása. E módszer lényege az, hogy a fiatal állaton a másodlagos elfajulás rohamosabban folyik le és kifejezett sorvadásra vezet ; alapjában véve *Gudden* módszere a *Waller*-féle degeneratiónak egy variansa.

A másodlagos elfajulás főképpen a velőállomány szétesése és visszafejlődése révén ad felvilágosításokat ú. n. idegpályákról. E pathologiai módszernek ellenkezője az ép velőállomány kiképződése által nyujtott kép, a melynek lényege, hogy foetalis idegrendszerben az egyes pályák bizonyos időbeli sorrendben velősödnek s így a *Weigert*-féle velőfestési módszerrel mint többé-kevésbé önálló nyalábrendszerek válnak láthatóvá. *Flechsig*-é az érdem, hogy ezen velőfejlődést, a myelogenesist vizsgálati célokra tervszerűen felhasználta s mint majd később látni fogjuk, ennek eredményeit egy nagy conceptiójú felfogásra, a nagyagyvelőkéregnek ú. n. associatiós, gondolkodó és érzékelő területekre való szétbontására használta fel.

Egy érdekes kisérleti módszerre *Nissl* hívta fel a figyelmet; ez abban áll, hogy idegszálak vagy pályák roncsolására, pl. a n. facialis kitépésére mindazon idegsejtek, a melyek a facialisrostok eredő sejtjei, sajátságosan megpuffadnak és chromatikus szemecsekben megszegényednek. Ezt az állapotot nevezi *Nissl* az *elsődleges izgatás* állapotának (primäre Reizung). Ilyképpen jól tanulmányozható a különböző centrumoknak topographiája, mert a kóros dúczsejtek pontosan jelölik meg a vizsgált központot.

Végül egy vizsgálati módszerről kell még megemlékeznem, a mely eszközül felhasználja *Stilling* sorozatos, *Flechsig* velőfejlődési, *Waller-Marchi* másodlagos elfajulási módszerét legfőképpen *Weigert* velőfestési eljárásával és mindezeket alkalmazza a gerinczesek központi idegrendszerén, kezdve a legalsó fokon lévő állatpéldánytól fel az emberig. Ez az *összehasonlító agyanatomiai kutatás*, a melyet mintegy 30 éve a legtervszerűbben és gazdag eredménynyel *Ludwig Edinger*, a frankfurti idegorvos használt fel.

Feltárván az eddigiekben a középponti idegrendszer anatomiájának fejlődését a kezdettől a mai napig, befejezésül egy vizsgálódási irányról kell még szólnom, a mely kiegészítője és magyarázója az agyvelő durva morphologiájának, és ez a *fejlődéstan*. Bárha már *Tiedemann* és *Reichert* behatóan foglalkozott e tárgygyal, mégis egy magyar anatomusnak *Mihálkovics Géza*-nak nevé hez és munkásságához fűződik a középponti idegrendszer fejlődéstanának rendszeres feldolgozása; röviddel utána *His* gazdagította és tökéletesítette ez irányú ismereteinket. A fejlődéstan adta meg a kulcsát az idegrendszer észszerű morphologiai felfogásának és különösen mélyebb betekintést ebben az irányban ismét a pathologiai viszonyok engedtek meg. *H. Vogt* utalt nagy nyomatékkal az agyvelő fejlődési rendellenességeinek tudományos jelentőségére, mert kimutathatta azt az érdekes körülményt, hogy a rendellenes fejlődés alkalmával meghatározott pályarendszerek mintegy kiesvén a fejlődés menetéből, ezek hiánya, mint a foetalis pathologia productumai, szerkezeti felvilágosításokat tudnak adni.

Áttekintve az agyhistologia haladásán, a melyet az utolsó 30 év alatt tett, észre kell vennünk, hogy az a természettudományoknak nagy fejlődésében arányosan résztvett. Manapság a központi idegrendszer oly országhoz hasonlítható, a melynek legpontosabb térképe és geologiai szerkezete előttünk fekszik, hiszen a másodlagos elfajulás adta eredmények az agyvelő szövevényes rostszerkezetét tárták fel, míg a minutiosus szöveti festőtechnika az egyes elemek legfinomabb szerkezetét tette ismeretessé. És mindezek daczára a munka még felette távol áll a befejezéstől, olyannyira távol, hogy mérvadó tudósok szükségét látták a megoldásra várakozó rengeteg kérdések *rendszeres* feldolgozása czéljából külön intézetek, úgynevezett *agyanatomiai intézetek* felállításának, a melyek vezérelve a helyes munkafelosztás és a concentrált munka. Ily intézetek a különböző országok tudományos akadémiáinak erkölcsi fenhatósága alatt állva, az *interakademiai agykutatás* irányzatának szolgálatában működnek. Az agykutatás olyképpen szerveztetett, hogy a tudományos akadémiák kiküldötteiből, illetve nagyobb agyanatomiai intézetek képviselőiből egy úgynevezet *középponti bizottság agykutatás számára*, az úgynevezett *Brain-Comission* létesült, viszont e bizottság úgynevezett *specialis bizottságokat* állapított meg, a melyek a következők: 1. *leiró-anatomiai*, 2. *összehasonlító-anatomiai*, 3. *histologiai-anatomiai*, 4. *fejlődéstani*, 5. *physiologiai*, 6. *pathologiai-anatomiai* és *physiologiai*, végül 7. *klinikai bizottság*. A középponti bizottság eddig a következő agykutatási intézeteket ismerte el interakadémiai intézetnek: 1. a madridi neurologiai intézetet, igazgatója *Ramón y Cajal*, 2. a leipzigi neurologiai intézetet, igazgatója *Flechsig*, 3. a wieni neurologiai intézetet, igazgatója *Obersteiner*, 4. a zürichi agyanatomiai intézetet, igazgatója *Monakow*, 5. a philadelphiai Wistar-intézet neurologiai osztályát, igazgatója *Donaldson*, 6. a Majna melletti frankfurti neurologiai intézetet, igazgatója *Edinger*, 7. a st.-petersburgi psychoneurologiai intézetet, igazgatója *Bechterew*, 8. az amsterdami „Centralinstituut voor Hersenonderzoek", igazgatója *Aries Kappers*. A Brain-Commission (Br. C) élén egy az associált tudományos akadémiák egyikének valamely tagja mint elnök áll, a ki három évenként a bizottságot egy rendes ülésre összehívja (a legutolsó 1912-ben a Majna melletti Frankfurtban volt), a melyen folyó ügyek lelnek elintézést. A Br. C. segédszerveként a specialis bizottságok működnek, a melyek a Br. C-nak esetleges javaslatokat tesznek, az egyes agyanatomiai intézetekkel közvetlenül tárgyalnak. Az egyes intézetek kötelezvék munkaanyagukat, készítményeiket úgy egymásnak, valamint reájuk szoruló tudósoknak rendelkezésére bocsájtani.

Látnivaló ezekből, hogy a *külföldön* az agyanatomiai kutatás teljes erővel működik. Önként merül fel a kérdés, vajjon ilyirányú munkásság *hazánkban* folyik-e? Válaszképpen szabadjon a magyar neurologia történelmi vázlatát dióhéjban adnom.

Kétségtelen és elvitázhatlan, hogy *Laufenauer Károly*, az 1901-ben élete derekán elhunyt orvosegyetemi tanár, a hírneves *Meynert* és a mélytudású *Westphal* tanítványa, nekem nyolcz éven át főnököm volt az első Magyarországon, a ki modern histologiai fegyverzettel munkálkodott az agybonczolás és szövettan terén. De a történelmi valósághoz híven nyomatékkal jegyzem meg, hogy néhai *Lenhossék József*, az anatomia tanára, a kire hálával és kegyelettel gondolok vissza mint mesteremre az anatomiai érzékelés és rajzolás terén, volt az agyhistologiának úttörője nálunk oly értelemben, hogy a gerinczvelőből és agytörzsből szabad kézzel készült, idejéhez képest igen szép metszetsorozatot állított elő, a melyet egy specialis collegiumához a központi idegrendszer finomabb szerkezetéről használt fel ; a gerinczvelő formatio reticularisának leirása tőle származik. Jól emlékezem, hogy orvostanhallgató koromban mily áhitattal néztem ezeket a metszeteket, a melyek jelentőségét azonban a roha-

mosan fejlődő szövettechnika háttérbe szorította. *Laufenauer* már mikrotommal, karminfestéssel és aranyozással dolgozott és mint psychiater normalis anatomiai kérdéseken kivül pathologiai anatomiai problemákkal is foglalkozott. 1882-ben először hirdetett laboratoriumi gyakorlatokat a központi idegrendszerből, a melyek a Rókus-kórháznak egy 4 quadratméteres, egy ablakos udvari szobácskájában folytak le. De már ebben az időben egy új nagy tehetség szárnybontása, *Lenhossék Mihály* első tudományos fellépése tünt fel, a ki azután hatalmas arányú munkásságával, a mely ugyan túlnyomóan a külföldön folyt le (1889—1900), a szakkörök osztatlan nagy elismerését vívta ki magának. *Lenhossék Mihály* kutatásai az idegrendszer finom szerkezetére vonatkoznak és csúcspontjukat „*Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen 1895*“ czimű összefoglaló munkájában érték el. Ugyanezen időben egy másik nagy és eredeti tehetség, *Apáthy István* kolozsvári tanár jelent meg a tudomány terén és bár a neurofibrillumokra vonatkozó értékes és úttörő kutatásaival eleinte visszhangra nem igen talált, de miután oly búvárok, mint *Bethe* és *Nissl*, felismerték azok jelentőségét, hamarosan nagy elismerésre tett szert. *Lenhossék* és *Apáthy* fényes neveihez még két elitmunkás nevét, *Pertik Ottó*-ét és *Önodi Adolf*-ét kell fűznöm, előbbi a myelinről szóló mintaszerűen szép dolgozatával, utóbbi a sympathicus fejlődéstanára vonatkozó becses vizsgálataival a magyar ideghistologusok munkájának értékét gyarapította. Elhalt nagy anatomusunknak, *Mihalkovics Gézának* az agyvelő fejlődéstana körül szerzett nagy érdemeit már fentebb kiemeltem.

Lenhossék és *Apáthy* kizárólag a normalhistologia terén fejtett ki örökbecsű munkásságot.

De nem maradt hátra hazánk a pathologiai anatomia terén sem. Itt ismét *Laufenauer* volt a kezdeményező, majd tőle függetlenül *Jendrassik Ernő* útjelző munkássága a tabes kórszövettanában vonta magára a tudományos világ figyelmét. Végül *Laufenauer* iskolája (*Moravcsik, Schaffer, Sarbó, Pándy*) fejtett ki a külföld előtt is jól ismert intenziv munkásságot, a melyhez csatlakozik a *Jendrassik* tanítványainak (*Kollarits, Herzog, Csiky*) értékes működése. A nálunk megindult idegkórszövettani munkásság megemlítése alkalmával nem hagyhatom szó nélkül *Scheuthauer Gusztáv*-nak, a kórbonczolás és szövettan egyetemi tanárának a központi idegrendszer ép és kóros szövettana iránt tanusított különleges érdeklődését, a melynél fogva ő egyrészről kórszövettani előadásaiban minden évben bőséges fejezetet szentelt e szakmának, másrészről intézetében segédszemélyzete is foglalkozott e tárgygyal. Utóbbi iránynak szép gyümölcsei *Preisz Hugó*-nak az atrophia muscularisra és a syringomyeliára vonatkozó becses dolgozatai. Határterületen mozgott egy időben *Grósz Emil* igen értékes munkássága, a ki mint szemész a látóidegnek tabeses elváltozásaival foglalkozott. A tökéletesség kedvéért, bárha histologiailag nem dolgoztak, de nevezetes klinikai, illetve kisérletes physiologiai kutatásaik révén e helyen is felemlítendők: klinikai nestorunk *Korányi Frigyes*, az idegkórtannak első egyetemi magántanára, *Kétly Károly*, az idegkórtannak kiváló mívelője, *Korányi Sándor*, a ki tudományos pályája kezdetén a kisérletes agyphysiologia terén jeleskedett munkásságával. Talán nem ér a szerénytelenség szemrehányása, ha a szegényházi kórházban vezetésem alatt volt agyszövettani laboratorium munkásságát is jelezni bátorkodom, megemlítvén munkatársaimat: *Sarbó, Bálint, Frey, Epstein* kartársakat.

Elfogultság nélkül állapítható meg, hogy a magyar neurologia működése e tudományág talaján maradandó barázdákat szántott és jelentőségét kiegészíteni hivatva lehet a legújabban felállított *egyetemi agyszövettani intézet*, melynek feladata leend a külföldi agyanatomiai intézetek mintájára magyar részről hozzájárulni a külföldi agykutatás adta kiváló eredményekhez. Ily munkásságra annál is *inkább* kötelezve van, mert a Br. C.-nak ez évi, a Majna melletti Frankfurtban tartott rendes ülésén *Obersteiner* által bejelentetvén, mint interakademiai agykutatási intézet el lőn ismerve. Mint ezen intézetnek vezetője érzem a reám nehezedő nagy terhet, a melynek viseléséhez erőt úgy a bel-, mint a külföldnek szives buzdítása ad. Feladatom kettős: Egyrészről az évről-évre mindjobban megnyilvánuló érdeklődést az agyanatomia mint specialis collegium iránt kell kielégítenem és e tekintetben nagy hallgatóságom, a mily örvendetes, oly terhes, és csakis elegendő segéderőknek és segédeszközöknek rendelkezésemre bocsájtása alapján fogok a tanitási kötelezettségeknek lelkiismeretesen megfelelhetni. Másrészről tudományos feladatok hárulnak reám; ez irányban az eddig is művelt normalis és pathologiai-histologiai egyesített kutatást fogom folytatni. Bárha akadna, a mint ezt a szomszédos Bécsnek agyanatomiai intézetében látjuk, elég érdeklődő munkás, a ki velem vállvetve buzgólkodna az agyhistologia mezején.

Tisztelt hallgatóság! Igyekeztem Önöknek fogalmat adni a modern agyanatomia jelentőségéről és mai képéről. Nincs kétség, hogy e tárgyban nagy horderejű, magas színvonalú kérdések rejlenek, melyek megoldása tisztán tudományos szempontból igen fontos. Az agyanatomiának *önczélú* mivelése tehát szükséges; igaz ugyan, hogy ezen irányban a feléje forduló érdeklődőknek száma korlátoltabb, mert ezek csupán a hivatásos agyanatomusok és neurologusok köréből kerülnek ki. De figyelmeztetnem kell Önöket arra a tényre, hogy az agyanatomiának *orvosgyakorlati* jelentősége is van, mert számos érintkezési pontja van az agy-gerinczvelő-sebészettel, a szemészettel, a fülészettel, a gégészettel és persze legelső sorban a szorosan vett idegkórtanra nézve bir nagy fontossággal. Az agyanatomia tehát — egy franczia jeligével élve — nem egyedül „l'art pour l'art“, vagyis nem csupán önczélú tudomány, hanem bizonyos gyakorlati kihatással van a gyógytudományra, a therapiára is s igy remélem, hogy hallgatóságom érdeklődése már e kettős okból is feléje fog terelődni.

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. r. tanár, udvari tanácsos.)

Sebészeti esetek.

Irta: *Dollinger Béla* dr., tanársegéd.

1. Más egyén sérvtömlőjének (homoeoplastikus) szabad átültetése a reszekált merev kéztőizületbe.

A transplantatiós műtéteknek újabb nagy haladása és sok esetben sikeres eredménye számtalan idevonatkozó kisérletre adott alkalmat. E transplantatiós eljárások eredményei legjobbak az úgynevezett *autoplastikus transplantatióknál*, midőn az egyén valamely saját szövetét ültetjük át tulajdon szervezetébe. Ritkábban sikerülnek és sok esetben komplikáltabb technikát követelnek azon eljárások, a melyeknél más egyénről ültetünk át más egyénre, azaz úgynevezett *homoeoplastikus transplantatiót* végzünk.

Az állati szövetek átültetése emberre (*heteroplastikus transplantatio)* sikerül a legritkábban.

E. Lexer, Krauss, Marchand, Henle, Davis, Stich, Kocher és még számosan e téren a legkülönbözőbb emberi és állati szövetekkel kisérleteztek. E szövetek közül az emberi savóshártya transplantatiójával foglalkoztam. *A sérvtömlő savós hártyáját homoeoplastikus úton azon czélból transplantállam más egyén reszekált izületi végei közé, hogy az izület helyén újra mozgékonyságot létesítsek.*

E mozgékonyság elérése ilyen esetekben a csont- és izületsebészet régi törekvése. E czélból a legkülönbözőbb szöveteket iktattuk a reszekált izületi végek közé, igy például az izület szomszédságából az izületbe fordított nyeles izom-, fascia- és zsírlebenyeket. Egy időben staniol-lemezeket alkalmaztak interpositumként. Ujabban egyesek fascia- és porcztransplantatiókkal kisérleteztek több-kevesebb eredménynyel. Mindezen eljárások czélja az volt, hogy egyrészt a reszekált izületvégek között interpositumot téve, azok egyesülését és csontos összenövését meggátolja, másrészt, hogy a reszekált izület mozgékonyságát elősegítse.

Lexer és *Deutschländer* izületi resectiók után próbálták meg a savós hártya homoeoplastikus transplantatióját és e czélra a sérvtömlőt és a hydrokele savós hártyáját használták fel. *Lexer* kisérletei ez irányban nem vezettek eredményre. *Deutschländer*-nek azonban sikerült egy esetben térdizületi resectio után sérvtömlő transplantatiójával jó eredményt elérni.

Az I. számú sebészeti klinikán két esetben kisérlettem meg a sérvtömlő homoeoplastikus szabad átültetését izületi resectiók után. Az eredmény mindkét esetben jó volt. Az első esetemben 18 éves nő tuberculosus kéztőizületét reszekáltam és egy ugyanakkor operált másik beteg sérvtömlőjét transplantáltam a lefürészelt izületi végbe. A destructio a kéztőizületben oly nagy volt, hogy a sérvtömlőt direct a reszekált radiusvégre húztam fel sapka módjára. Daczára annak, hogy a műtéti seb fonálgenyedéssel gyógyult, az eredmény jó volt.

A második esetben 15 éves nyomdásztanonczon végeztem homoeoplastikus transplantatiót. E fiún 3 évvel ezelőtt gümős folyamat jelentkezett a kéztőcsontokban. A kéztőizületben teljes szalagos merevség volt. A beteget mult év szeptember 20.-án operáltam meg chloroformnarcosisban. A kéztőizületet a szokásos *Kocher*-féle metszéssel nyitottam meg. A kéztőcsontok elpusztultak, úgyszintén a II. és III. kézközépcsont basisai is, az ezek helyén visszamaradt hegeket és csonttörmelékeket eltávolítottam, szóval szabálytalan kéztőizületi resectiót végeztem. A radius és az ulna ízfelszíne nem volt elpusztulva, de az izületi porczréteg heges kötőszövetté alakult át (a merevséget ez okozta). Nehogy a műtét után újabb merevség keletkezzék, szükségesnek tartottam megfelelő interpositumról gondoskodni és ezért egy ugyanakkor operált 30 éves beteg sérvtömlőjét annak eltávolítása után mintegy melegében, közvetlenül betegről betegre átvive, a reszekált izület helyére transplantáltam. A sérvtömlőt teljes egészében mintegy sapka módjára húztam a radius és az ulna distalis végére és apró csomós varratokkal az izületet körülvevő periostealis szövethez erősítettem. Ezután a sebet a szokott módon egyesítettem és a kezet gipszsínbe helyeztem. A seb per primam gyógyult. 5 héttel a műtét után a gipszsínt eltávolítottam és az izület mozgatását megkezdtem. A műtét óta jelenleg már több hónap mult el. A beteg a kezét jól használja, jól ír és szépen rajzol vele. A kéz flexiója teljes, az extensio kissé nehezebben sikerül, az abductio és adductio korlátolt. A gyógymechanikai kezelést folytatjuk.

Mindezekből azt látjuk, hogy: 1. A homoeoplastikus savós hártya-transplantatiók kellő technika mellett eredményesek. 2. E transplantatiók alkalmasak arra, hogy izületi resectiók után az izület helyén újra mozgékonyságot létesítsenek.

E transplantatiós műtétek technikáját illetőleg a következő három dologra ügyeltem. Mindenekelőtt szigorú asepsisre törekedtem. Első esetemben daczára ennek fonálgenyedés keletkezett, de a sérvtömlő mégis megmaradt. Mélyebb genyedéseknél azonban a sérvtömlő okvetlenül kiürül. Fontos a pontos vérzéscsillapítás. A kiömlő vér ugyanis a transplantálandó sérvtömlőt folyton felemeli és ilyenkor nem tudjuk azt a megfelelő helyre illeszteni. A tömlő későbbi megtapadása ily esetekben nagy nehézségekbe ütközik. Végül még egyszer hangsúlyozom, hogy a sérvtömlőt mintegy melegében vittem át egyénről egyénre. Azt hiszem, hogy ez utóbbi a jó eredménynek nagyon fontos kelléke.

2. Veleszületett kétoldali merev könyökizület és gacsos kéz.

A veleszületett izületi merevségek ritkák és rendszerint veleszületett izületi ficzamodások kisérő tünetei.

Az általam észlelt esetben egy csecsemő veleszületett kétoldali merev könyökizületéről lesz szó, a mihez ezenkívül veleszületett gacsos kéz társult.

Az irodalom gondos áttanulmányozásakor kitűnt, hogy hasonló esetet eddig nem irtak le.

Betegem 6 hónapos fiúcsecsemő, egészséges szülőktől származott és normalis szüléssel jött a világra.

Az első vizsgálat alkalmával kiderült, hogy mindkét könyökizület nyujtott helyzetben megmerevedett. A jobboldali könyökizület 160 fokig volt behajlítható. A baloldali könyökizület nyujtott helyzetben teljesen megmerevedett. Ezenkívül mindkét kéz kifejezett gacsos állásban volt. A könyökizület és az egész felső végtag Röntgen-felvétele teljesen normalis viszonyokat tüntetett fel, leszámítva a kezek valgus-állását.

Tehát itt emelem ki, hogy izületi ficzamodás nem volt jelen.

E veleszületett könyökizületi merevség és valgiditás másodlagos veleszületett deformitás, melynek oka bizonyos méhbeli helyszűke a magzati életben. E kórkép aetiologiáját tekintve, azonos eredetű a veleszületett csípőizületi ficzamodással és a veleszületett dongalábbal.

A beteget jelenleg másfél hónap óta kezelem. A könyökizületeket naponta mobilizálom, azaz passiv gyakorlatokat végzek velük. Hasonlóképpen mobilizálom a valgusos kezeket is. A kezeket ezenkívül egy általam kigondolt gipszsínben rögzitem. A gipszsín a kézhez teljesen hozzáillik, két szélén oldalt egy-egy nyíláson keskeny flanell-csíkot húzok át, mely az ujjak háti felszínére terjed és azok II. perczén vízszintesen áthaladva, a kezet normalis helyzetben fixálja. E gyógykezeléssel rövid idő alatt jó eredményt értem el. *Jelenleg a jobb könyökizület 90 fokig, a bal 110 fokig hajlítható be. A kezek valgiditása sokkal kevésbé kifejezett.*

Remélem, hogy ezen eljárással egy pár hónap alatt teljes eredményt érek el.

Az esetet a „*Magyar Sebésztársaság*“ ez idei nagygyűlésén mutattam be.

3. A tüdőbe áttört, gümős csigolyagyuladásból származó hideg tályog.

A gümős csigolyagyuladás hideg tályogjai nagyon ritkán törnek át a tüdőbe. Az irodalomban *Chandelux* (1874), *Hoffmann* (1893) és *Messner* (1893) közölt hasonló eseteket.

A hideg tályogok rendszerint engednek a nehézkedés törvényének és az izomrések, valamint az ideget és az ereket környező lágyszövetek mentén mélyebb helyekre sülyednek. Igy keletkeznek a csigolyagyuladások eseteiben typusosan megjelenő congestionalis tályogok, melyek sokszor igen hosszú utakat tehetnek meg, mint például azon psoastályogok, melyek a térdalji árokba sülyednek. Máskor magas háti spondylitis eseteiben a lábszárra lesülyedt genyedésekkel találkozunk.

A tályogok azonban nem sülyednek le mindig a nehézkedés törvényének megfelelőleg és néha, bár ritkán, az elsődleges gócz felett jelennek meg. Ez esetekben a nyomás alá kerülő geny, a gyengébb ellenállás irányában haladva, felfelé nyomul. Ide tartoznak azon esetek, midőn a gerinczoszlop alsó részéből kiinduló tályogok felfelé nyomulnak és a légcsőbe, a nyelőcsőbe, a szabad mellüregbe, vagy a mint a jelen esetben, a tüdőbe perforálódnak.

Az általam észlelt beteg 38 éves mezőőr, kit folyó év márczius 4.-én vettünk fel az I. számú sebészeti klinikára. A beteg előadta, hogy 3 év előtt, 1909-ben erős fájdalmak jelentkeztek hátában. E fájdalmak főleg járáskor és mozgáskor mutatkoznak és azóta állandóan fennállanak. 1911 márciusában jobb ágyéki táján tojásnyi daganat keletkezett. 4 hónappal később egy ugyanilyen daganat keletkezett a bal lumbalis tájon is. A beteg a tályogok keletkezése után naponta 1—2 liter folyékony sárgás genyet hányt. Orvosa a tályogokat megnyitotta és a genyet kibocsátotta. A genyhányás ezután azonnal megszűnt. A feltárás helyén sipolyok képződtek, melyek azóta állandóan szivárognak.

A beteg megvizsgálásakor azt látjuk, hogy a lesoványodott férfi gerinczoszlopa, különösen annak ágyéki része merev. A XII. hátcsigolya kifejezett gibbust alkot. E gibbus, valamint a gibbus környéke ütögetésre és nyomásra érzékeny. A lumbalis tájon mindkét oldalon egy-egy sipolynyílás van. A sipolynyílásokból kevés törmelékes geny ürül. Eleinte arra gondoltunk, hogy a beteg által említett genyhányást tüdő-

beli folyamat okozza, de a tüdő belgyógyászati és Röntgen-vizsgálata a tüdőt és a mellüreget normalisnak diagnoskálta.

A tüdő átfúródásának kórjelzését a következő tények bizonyították be végleg: A felvétel napján az ágyéki sipolyokat, therapiás czélból, jodoform-glycerin-emulsióval fecskendeztük át. A beteg e befecskendezés után erős köhögési roham kiséretében a jodoform-glycerint kiköpte. Tehát a tüdő és a tályog között összefüggés van. Ekkor pontosabb vizsgálat czéljából indigocarmint fecskendeztünk a sipolynyilásokba. *A befecskendezés után, erős köhögési roham kiséretében, a festék a köpetben megjelent.* Ezáltal tehát bebizonyult, hogy a tüdőt a tályog perforálta.

Itt jegyzem meg, hogy a tüdőből lefelé a tályog sipolyjáratai felé váladék nem ürült.

Az áttörés pontos helyét és a tályog útját nem ismerjük. Bismuthbefecskendezéses Röntgen-kisérleteink nem sikerültek, a beteg a bismuthot azonnal kiköhögte. A tályog a ligamentum longitudinale áttörése után direct a tüdőbe tört át a nélkül, hogy a szabad mellüregbe hatolt volna. A perforált hely és a tályog között ugyanis a tályog előrenyomulásával párhuzamosan és egyidőben összenövések keletkeztek.

Az esetből tehát az a tanulság, *hogy a gerinczoszlop alsó részében székelő gümőkóros folyamat tályogja, eltérve a rendes süllyedéses alaktól, felfelé is nyomulhat és a tüdőt perforálhatja.*

A gyógykezelés abból áll, hogy a sipolyokat lapispálczikával edzzük és a betegre *Dollinger*-féle spondylitisfűzőt alkalmazunk.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A dermatitis exfoliativa neonatorum két érdekesebb esete.

Irta: *Ujj Sára* dr., klinikai gyakornok.

Az „Oesterreichisches Jahrbuch für Pädiatrik" 1870.-i kötetében *Ritter v. Rittershain*[1] a csecsemőknek egy sajátságos és addig még nem ismert bőrbetegségére, a *dermatitis exfoliativa neonatorumra* hívta fel a figyelmet. Ezen kórt ő 1868-ban járványszerűen észlelte a prágai lelenczházban s a kórkép leírását a következőkben adja: A legtöbb esetben hámlás előzi meg, mely gyakran egybeesik a physiologiai hámlás idejével; a bőr száraz, halvány és bágyadtan fénylő. Maga a dermatitis az arcz alsó felének kisfokú vörösségével s a felső ajak duzzadtságával veszi kezdetét. Ezen tünetek után rövid idővel, de lehet, hogy már egyidejűleg is, a törzsön élénk pirosság keletkezik, mely rendkívül gyorsan terjed az egész testre. Az epidermis megvastagodik, nagy, lapos, alig észrevehető hólyagokban felemelődik, majd később az epidermis nagy darabokban lehúzható vagy magától is leválik s a sötétpiros irha teljesen lemeztelenítve, szabadon fekszik, úgy hogy a testfelület égési sebekhez lesz hasonlóvá. A száj körül vaskos pörkképződés és rhagas-ok keletkeznek. Maga a betegség hőemelkedéssel nem jár. A folyamat megállapodásakor az újonnan képződött epidermis erős korpaszerű hámlást mutat, a mi eltart 7—10 napig. Ez idő alatt a köztakaró — hacsak a gyermek más közbejött betegségben el nem pusztul — rendes szinét és külsejét csaknem visszanyeri. Rendkívül gyakran jelentkezik azonban még ezután is furunculosis, gangraena, igen gyakoriak továbbá a szövődmények a táplálkozási csatorna és a tüdő részéről. A kórkép kórjóslata szerinte igen rossz, a mennyiben az eseteknek körülbelül fele végződik halálosan. A kórkép lényegét illetőleg pyaemiás megbetegedésnek tartja. Az első szórványos eseteket a Wiener Findelanstalt-ban észlelt s az 1864—65.-i évkönyvben leírt pemphigus exfoliativus-szal gondolta azonosnak, azonban a további esetek alapján ezen nézetét megváltoztatta. Pemphigus eseteiben erősen felemelkedő, csaknem köralakú hólyagok képződnek s az egyes hólyagokat körülvevő keskeny hyperaemiás udvaron kívül a bőr egyébként ép, sem vörösséget, sem duzzadtságot nem mutat, a mi pedig a dermatitis exfoliativa *sarkalatos* tünete. Az összetartozóság ellen szól az is, hogy oly esetekben, a melyekben a dermatitist pemphigus előzi meg, nincs átmenet a két alak között, hanem a pemphigus mellett teljesen különállóan fejlődik ki a dermatitis exfoliativa kórképe. *Ritter* a betegséget az erysipelashoz való hasonlósága miatt először „*dermatitis erysipelatosa*"-nak nevezte el, habár az erysipelastól élesen elkülöníthető. A kórképet ő maga elég gyakran látta. A prágai lelenczházban 1868-ban 27 esetet észlelt, míg 1868-tól 1878-ig összesen 297 esetet gyüjtött össze; de többször találkozott vele magángyakorlatában is.

A dermatitis exfoliativa exquisit első csecsemőkori megbetegedés. A jelentkezés idejére nézve *Ritter* tapasztalatai alapján azt mondja, hogy az esetek kisebb száma jelentkezik az élet első hetének második felében, míg a többségben a 8.—26. nap között látható. Ezen időn túl már mind ritkábban fordul elő s kivételképpen említ egy esetet, melyben a megbetegedett gyermek 7 hónapos volt.

Ritter óta a kórképet sokan észlelték s az kiterjedt irodalmi közlések tárgya volt. Az egyes szerzők különbözőképpen ítélték meg ezen eddig ismeretlen betegséget és sokáig volt hosszas vita tárgya a kórkép s a kórkép lényege. A vita különösen a körül forgott, hogy a dermatitis exfoliativa azonos-e a pemphigus neonatorummal, illetve nem annak súlyosabb alakja-e, másfelől meg, hogy tisztán localis-e és nem alkati okok játszanak-e szerepet a folyamat létrejöttében. A legtöbben a mellett foglaltak állást, hogy a pemphigus neonatorummal azonos vagy legalább is nagyon közel áll hozzá. *Bohn*[2] szerint a pemphigus neonatorum különleges és halálosan végződött esetei idetartoznának. *Bohn* különben felveszi, hogy csak localis megbetegedés és constitutionalis alap-oka nincs. *Kaposi* nem ismerte el a *Ritter* által nyilvánított septicaemiás alapot s a kórfolyamatot egyszerűen a physiologiai hámlás fokozottabb mértékű megjelenésének tartotta Ujabb szerzők úgy vélik, hogy ezen dermatitis nem egyéb, mint a pemphigus neonatorum igen súlyos alakja s támogatják véleményüket azzal, hogy mindkét esetben epidermolysis van jelen, hogy egyes esetekben a látszólag jóindulatú pemphigus dermatitis exfoliativává alakult, s hogy végül egy esetben ezen súlyos dermatitisben szenvedő gyermek testvérén pemphigushólyagok jelentkeztek *(Knöpfelmacher, Leiner)*. Egyesek próbáltak a megbetegedett bőrterületről bacteriumokat tenyészteni, de nem sikerült a bőrön különben is található mikrobákon kívül egyebet kimutatni.

Összegezve az észleleteket és vizsgálatokat, kétségtelennek látszik, hogy a dermatitis exfoliativa neonatorum nem általános megbetegedés tünete, hanem csupán helybeli betegség. Minden bizonyosság szerint mikroorganismust kell a kór okozójául tekintenünk. Eldöntetlennek kell azonban egyelőre még tekintenünk a kérdést, hogy milyen kapcsolat áll fenn a pemphigus neonatorum és ezen baj közt. Figyelembe véve sok különböző mozzanatot, különösen pedig egyes fontosabb klinikai sajátosságokat, a két kórkép különállósága több mint valószínűnek látszik. E mellett szól mindenekelőtt a két megbetegedés klinikai képének jellegzetesen különböző volta, továbbá hogy a pemphigus neonatorum rendkívül ragályos, míg a *Ritter*-féle megbetegedésnek ragályozó képességét a legtöbb szerző tagadja.

A betegség előfordulásának gyakorisága felől igen eltérők a vélemények. Míg némelyek rendkívül ritka megbetegedésnek tartják, addig *Ritter* gyakrabban előforduló kórképnek mondja. *Finkelstein*[3] is 23 esetben látta. A gyermek korára nézve, *Ritter*-rel megegyezően, a legtöbben, köztük *Bohn*,

[1] Oesterreichisches Jahrbuch für Pädiatrik. Jahrgang 1870, I. Band.

[2] *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag 1. 1887.

[3] *Finkelstein:* Lehrbuch d. Säuglingskrankh. II.

Brandweiner,[4] *Galewszky*[5], *Moro*[6], általában az élet első vagy második hetének végén észlelték a betegség kezdetét. *Comby*[7] eseteiben a gyermek kora pár hét és pár hónap között váltakozott; a legfiatalabb gyermek 18 napos volt s betegsége már öt napja tartott. Hangoztatja, hogy jelentkezhetik a harmadik hónapban, sőt még azon túl is. *Finkelstein* eseteiben az első jelenségek 11-szer a 4.—5., 7-szer a 6.—8. és egyszer-egyszer a 12.—15. napon és a 3., 4., 5. hét folyamán mutatkoztak. A kórjóslat *Finkelstein* tapasztalatai szerint is rossz; eseteinek körülbelül 65%-a végződött halálosan.

A budapesti egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos „Stefánia" gyermekkórházban az 1900.—1911. évben, tehát *11 év alatt 34 esetet* észleltünk. Az utóbbi időben két oly eset állott észlelésünk alatt, mely több körülmény miatt érdemel figyelmet. Ezen két észlelésünk röviden a következő:

J. I., született 1910 szeptember 5.-én, bemutattatott a kórház rendelésén szeptember 8.-án, tehát *négy napos* korában, *kifejezett* dermatitis exfoliativa neonatorum kórképével, mely az anamnesis szerint *állítólag már születésekor* vette kezdetét. A gyermek szeptember 25.-én, tehát *huszonegy napos korában* halt meg a dermatitis fokról-fokra erősebb kifejlődése mellett.

Második esetünk *az elsőnek testvére*, J. A., született 1911 november 28.-án, felvétetett a kórházba november 29.-én. Állítólag a szülésznő *már a szülés után közvetlen látta*, hogy a gyermek bőre nem a megszokott képet mutatja, hanem veres, száraz, helyenként repedezett volt s nagy darabokban vált le az alapról. Negyedik gyermek, időre született, az első két gyermeknek semmiféle bőrbaja sem volt, azonban az előtte való, vagyis a harmadik gyermek (lásd föntebb) ehhez hasonló betegségben halt meg.

Felvételkor az elég jól fejlett és táplált újszülött súlya 3000 gr., hossza 49 cm., fejkörfogata 34 cm. A kültakaró a testnek egész felületén *élénk piros, száraz, fénylő, pergamentszerű, erősen feszül, különösen az arczon s az ízületek felett, a bőralatti kötőszövet infiltrált.* Az arczon, a nyakon, az inguinalis hajlatban a megvastagodott felhám *nagy lemezekben válik le s szabadon látszik a nedves vörös irha.* A feszülő bőr s a szemhéjak infiltráltsága következtében mindkét szemen a szemhéjak *teljes eversiója* van jelen. A fülkagylók durványosan fejlettek, az orrnyílások környéke infiltrált, a száj állandóan nyitott, körülötte *mély rhagas-ok*, az ajkak duzzadtak. A mellkasi, hasi szervekben rendellenesség nem mutatható ki. A köldökcsonk rendben. A táplálékfelvétel minimalis, mert meg van nehezítve a nagyfokú rhagas-képződés miatt. A meconium rendesen távozik. Azon rövid idő alatt, mely alatt a gyermeket észleljük, a bőrfolyamat intenzitásában még növekszik, a testsúly fogy, a hőmérsék 37°—38·5° között ingadozik, a gyermek mindinkább gyengül és minden komplikáló bél- vagy tüdő-megbetegedés vagy másodlagos fertőző folyamat nélkül a 4. napon kimerülési tünetek közt meghal.

Nem szenved kétséget, hogy mindkét újszülöttön a *Ritter*-féle *dermatitis exfoliativa* kórképe volt jelen. A kórkép mindkét esetben oly typusos volt, hogy a kórjelzést illetőleg nehézséget nem okozhatott. Figyelemreméltó mindkét esetben azonban, hogy a kórkép *a szó szoros értelmében vett újszülött-korban* jelentkezett, a milyet az irodalomban alig találhatunk. Szinte azt a benyomást kelti a kóros elváltozás, hogy az már az intrauterin életben vette kezdetét s a gyermek már magával hozta a világra a bajt eléggé előrehaladott stadiumban. Igaz ugyan, hogy magunk nem láttuk azonnal a szülés után a gyermeket, csak a hozzátartozók bemondására támaszkodhatunk, azonban láttuk a második esetben a gyermeket születése után körülbelül 24 óra mulva *s ekkor már a dermatitis oly előrehaladott stadiumban volt, hogy feltehetjük, hogy a baj nem fejlődhetett ki pár óra leforgása alatt.* Nem érdektelen azonban az eset még akkor sem, ha a dermatitis azon 24 óra leforgása alatt fejlődött ki rapide, melyet a gyermek már extrauterin élt.

A másik érdekes körülmény, hogy a dermatitis *testvéreken* jelentkezett, *teljesen hasonló korai kezdettel.* Hogy ez szerfelett ritka lehet, mutatja, hogy az irodalomban ily észleletről eddig *senki* sem tett említést

[4] Die Hautkrankheiten des Kindesalters. 1911.
[5] *Pfaundler und Schlossmann:* Handb. d. Kinderheilkunde, II. Band, 2. Hälfte, 1911.
[6] *E. Feer:* Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1911.
[7] *Grancher-Comby:* Maladies de l'enfance. V. 1905.

A frankfurti iparegészségügyi továbbképző tanfolyam.

(1912 szeptember 23—október 5.)

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

Közismeretes, hogy a munkásvédelem szolgálatában álló iparfelügyelők, a betegsegélyező pénztári tisztviselők és az üzemvezetők egészségügyi előképzése felette hiányos s hogy az orvosok közül is igen sokan az úgynevezett *iparegészségügyet* még csak úgy hírből ismerik. Ezért közszükségletet elégített ki a frankfurti „Institut für Gewerbehygiene", a midőn 1911-ben az első „iparegészségügyi továbbképző kurzust" rendezte s felbuzdulva annak sikerétől, ezidén is szeptember 23.-ától október 5.-éig ilyen tanfolyamra hívta meg az érdeklődőket. És mi sem bizonyítja jobban, hogy ilyfajta kurzusra szükség van, mint az a körülmény, hogy míg tavaly csak 61 és csaknem kizárólag németbirodalmi hallgató jelentkezett, addig ezidén már 100-nál több egyén iratkozott be, és hogy, a mi még fontosabb, a hallgatók sorában ez alkalommal már osztrákok, belgák, hollandiak és svájcziak is voltak szép számmal. Magyarország részéről csak e sorok írója, mint az Országos Munkásbetegsegélyző-Péntár kiküldöttje vett részt a tanfolyamon. Kiemelendőnek tartom még azt, hogy a hallgatók fele iparfelügyelő, negyven százaléka hatósági vagy gyári orvos, tíz százaléka gyárvezető, munkás volt.

A tanfolyamot elsősorban a hirdetett előadások szerencsésen megválasztott, érdekkeltő anyaga tette vonzóvá mindazokra nézve, a kik Frankfurtba jöttek. De az előadók kiváló és közismert személyisége is nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a hallgatók száma oly örvendetesen megnőtt s hogy az érdeklődés a tanfolyam végén is ugyanakkora volt, mint a kezdetén. Pedig 12 napon, naponta 5 órán át magas színvonalú előadásokat oly tárgyakról hallgatni, a melyek — hiába tagadnók — javarészben kevésbé ismertek előttünk, nem könnyű és nem csekély feladat. Annál nagyobb az előadók érdeme, hogy mindvégig élvezetdús és formában is szép előadásaikkal a hallgatóság figyelmét le tudták kötni és állandóan ébren tudták tartani.

Az előadások sorát és tárgyát a túloldali összeállítás adja vissza.

Az egyes fontosabb előadások tartalmát röviden a következőkben ismertetjük:

„Iparegészségügyi törekvések és iparüzem" című előadásában *Hartmann* titkos kormánytanácsos (Berlinből) sorjába veszi azokat az okokat, a melyek az ipari üzemmel járó egészségellenes veszedelmeket az utóbbi időben lassan kiküszöbölték. A legnagyobb fontosságot tulajdonítja a napjainkban mindenhol érezhető *munkáshiánynak*, a mely arra kényszeríti a gyárosokat, hogy a drága és hiányzó emberi erőt gépekkel pótolják. Mivel pedig a gépberendezés mindig tágas és világos helyiségeket követel, egyben a munkahelyiségek légköbtartalma is oly örvendetes mértékben emelkedik, hogy az azokban dolgozó emberek is kevésbé vannak kitéve azoknak az egészségügyi ártalmaknak, a melyeket a rossz levegőnek rovására kell írnunk. A gépeknek folyton terjedő használata magával hozza azt is, hogy az oly egészségellenes és veszélyes míveletek, a melyeket annakelőtte emberek voltak kénytelenek végezni, most csaknem kizáróan mechanikai úton végeztetnek s így ismét jóval csökkent azon embereknek a száma, a kiket a foglalkozás egészségükben veszélyeztet. A gyakorlatból vett példákkal illusztrálja, hogy mennyire javultak az egészségügyi viszonyok a gáz-, festék-, fémgyárak-

Óra	Szeptember 23	Szeptember 24	Szeptember 25	Szeptember 26	Szeptember 27	Szeptember 28
9—10	Iparegészségügyi törekvések és iparüzem	A telepengedélyezésre kötelezett üzemekről	A balesetelhárítás elvei és eredményei	Iparegészségügyi kisérlettan I.	A szem ipari megbetegedései	A járadékok megállapításának gyakorlata I.
10—11	Sérülések I.	Sérülések II.	Traumás agy- és idegbántalmak	Iparegészségügyi kisérlettan II.	Iparegészségügyi kisérlettan III.	A járadékok megállapításának gyakorlata II.
11—12	Trauma és belső betegségek I.	Trauma és belső betegségek II.	Az ipari üzemek szomszédságának védelme	Füst és por	Iparegészségügyi kisérlettan IV.	Ártalmas gyári gázok II.
2—3	A városi kórház megtekintése	Ó-Frankfurt és egészségügyi berendezéseinek bemutatása (Kirándulás)	—	—	Ártalmas gyári gázok I.	—
3—4	A városi hygieneintézet bemutatása		Az iparegészségügyi intézet megtekintése	Az állatkert bemutatása	Radiologiai diagnostika	Az Ehrlich-féle intézet bemutatása
4—5			Ó-Frankfurt vetített képekben			

Óra	Szeptember 30	Október 1	Október 2	Október 3	Október 4	Október 5
9—10	Ipari bőrbetegségek I.	Ipari ólommérgezés I.	Ipari ólommérgezés II.	Ipari ólommérgezés III.	Anilinmérgezés I.	—
10—11	Ipari bőrbetegségek II.	Az orr, torok és garat ipari megbetegedései	A biologiai intézet bemutatása	Korcsoport és morbiditás az iparban	Anilinmérgezés II.	—
11—12	A fül ipari megbetegedései	Ipari fémmérgek	A biologiai intézet bemutatása	Korcsoport és morbiditás az iparban	A gyári orvos feladatköre	—
3—4	Lépfene	Frankfurt csatornázása és szemétégető telepének bemutatása (Kirándulás)	A „Griesheim-Elektron“ vegyi gyár munkásjóléti intézményeinek bemutatása	Az ipari sérültek színlelése I.	A „Höchsti“ festékgyárak üzemének bemutatása	—
4 - 5	Az ipari szennyvizek levezetése és tisztítása			Az ipari sérültek színlelése II.		—

ban; hogy a munkaidő is tetemesen alábbszállt a modern üzemekben és hogy a munkás feladatköre napjainkban inkább a gép működésének ellenőrzésére és irányítására szorítkozik. Tagadhatatlan, hogy a gépeket azért használják, mert ezek legjobban pótolják az emberi erőt: azonban kétséget nem szenvedhet az sem, hogy a munkásvédelemre már az egyetemeken és műegyetemeken kioktatott mérnökök és vegyészek, a kik most a gyárakban mind nagyobb számban nyernek alkalmazást, nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy a mai ipartelepek egészségügyi berendezése mind jobban javul. Nagy befolyást kell még az iparfelügyelőknek és a gyári orvosoknak tulajdonítani, mert ők hivatalból kötelesek a telepengedélyeseknél arra ügyelni, hogy az üzem a hygienés követelményeknek lehetőleg megfeleljen.

Wolff frankfurti tanárnak a *„Sérülésekről“* tartott előadásában vezérfonál gyanánt az az elv vonul végig, hogy minden orvosnak, valahányszor valamely sérülés kerül kezelésébe, arra kell törekedni, hogy a lehető legjobb *functionalis* eredményt biztosítsa betegének. Ezt pedig csak úgy érheti el, ha a modern asepsis, illetve antisepsis gyakorlatában teljesen járatos s mindent mellőz, a mi a sérült szerv vagy testrész zavartalan restitutióját gátolhatná. Ily szempontból ismerteti az első segélynyujtást, a modern sebkezelést, az égés-sebek és a törések ellátását. Melegen ajánlja a *Liermann*-féle kézfertőtlenítést *alkohollal és boluspastával*, a mely glycerinből, azoderminből és bolusból áll. Említi, hogy legújabban az égéssebek kezelésében az *anaesthesinkenőcs* és *scharlachroth*-tal jó eredményeket értek el és hogy bonyolult törések repositiójakor az aethylchlorürrel való *altatás* igen előnyösnek bizonyult.

Az ipari üzemek szomszédságának védelme című előadásában *Roth* tanár (Potsdam) vázolja azokat az egészségügyi és gazdasági károkat, a melyek a nagymérvű füst-, korom- és porképződésből az ipari telepek szomszédságára hárulnak. Kimutatja, hogy a mai oktalan fűtési rendszer mellett a ködképződés városaink felett állandósul és az embereket, a növényvilágot egyaránt károsítja. Mindezen károk megelőzésére ajánlja, hogy tökéletesen megszerkesztett kazánberendezéseket és alaposan kiképzett fűtőket kell alkalmazni; hogy a kőszén helyett kokszot, anthracitot, illetve gázt használjanak az ipari telepeken; hogy a füstöt vagy a magasba, vagy sűrítés útján vízmedenczékbe kell elvezetni. Ugy *Roth*, mint *Neisser*, a ki szintén a füst okozta károsodásokról értekezett, nyomatékosan állást foglalt *Ascher* ama közismert tétele ellen, hogy a fokozott füstképződés az okozója annak az emelkedő halandóságnak, a mely a *heveny* légzőbántalmak körében, különösen oly helyeken, a hol sok az ipar-telep, legújabban észlelhető.

A telepengedélyezésre kötelezett ipari üzemekről értekezett *Mannsfeld* kormánytanácsos. Fejtegetéseiben vázolja a porosz gyakorlatot, mely szerint nem kevesebb mint 69 neme az ipari üzemeknek csak telepengedélyezés után nyitható meg. Ennél még fontosabb az, hogy 32-féle üzemnél az illetékes *körorvos* véleménye is előzetesen meghallgatandó, illetve az a telepengedélyezési tárgyalásokhoz a körorvos is meghivandó. A telepek, a melyek létesítésekor vagy bővítésekor, illetőleg átalakításakor a körorvos is meghallgatandó, a következők:

1. Gyepmesteri telepek
2. Celluloidgyártás
3. Cellulosegyárak
4. Vegyi gyárak
5. Bélkikészítő-telepek
6. Degrasgyárak
7. Műtrágya- és poudrettegyárak
8. Kenczefőzők
9. Gázgyárak
10. Bőrcserzőtelepek
11. Üveggyárak
12. Káligyárak
13. Csontfehérítők
14. Csontfőzők
15. Csontszárítók
16. Műgyapotgyárak
17. Enyvfőzők
18. Fémtelepek
19. Fémöntők
20. Koromgyárak
21. Hajógyárak
22. Vágóhidak
23. Gyorsfehérítő-telepek
24. Szappanfőzők
25. Keményítőgyárak
26. Kátránygyárak
27. Szalmapapir-gyárak
28. Faggyuolvasztók
29. Keményítőszörpgyárak
30. Kátránytisztító-telepek
31. Állati bőrszárítók
32. Csukamájfőzők.

A veszedelmek, károk és hátrányok a melyek valamely ipar-telep révén a benne alkalmazottakra, illetve a szomszédságban tartózkodókra hárulhatnak, a következők: 1. nagy lárma és zaj; 2. rossz szag; 3. ártalmas gőzök és gázok; 4. füst és korom; 5. porképződés; 6. a szomszédos területek, talajviz és folyóviz beszennyezése és fertőzése; 7. közlekedési akadály; 8. tűzveszély; 9. robbanás veszélye; 10. betegségterjesztés. Mint betegségterjesztő egyelőre két ipartelep jön tekintetbe, a *műgyapotgyárak* és az *állati bőrszárítók*.

Egyike a legtartalmasabb előadásoknak az volt, a melyet *Lehmann*, a világhírű würzburgi tanár *„Iparegészségügyi kisérlettan“* czimén négy órán át tartott. Ennek a fontos előadásnak rövid tartalma a következő: Valamely anyagról csak akkor állíthatjuk, hogy iparegészségügyi szempontból mérges, hogy gyári méreg (Fabriksgift), ha az ember egészségét vagy testi épségét oly körülmények és viszonyok között, a mint azok rendesen a gyári, illetve ipari üzemben uralkodnak, veszélyezteti vagy károsítja. Fontos, hogy a gyártulajdonosok és az üzemvezetők mindazoknak az anyagoknak toxikologiáját alaposan ismerjék, a melyeket üzemükben feldolgoznak vagy előállítanak, nehogy különben a büntetőtörvénynyel gyakori összeütközésbe kerüljenek és azokért a károkért, a melyeket esetleg emberéletben okoztak, vagyonukkal és szabadságukkal feleljenek. Nincs a világon olyan anyag, a mely túlságos nagy adagokban fogyasztva, az állati szervezetnek valamely módon meg ne ártana. Azon anyag, a mely az állati szervezet nedveiben (viz, savak, alkaliák) nem oldódik, minden valószinűség szerint nem mérges; ellenben azok az anyagok, a melyek a szervezet nedveivel vegyileg könnyen összekötődnek, vagy 37° C mellett oldhatók, *bizonyára* mérgesek. Ha valamely anyag bőralatti alkalmazásakor súlyosabb következmények nem állanak be, akkor az az állati szervezetre *valószínüleg* nem mérgező. Az, hogy valamely anyag iparméreg-e vagy nem, vajjon heveny vagy idősült mérgezésekre vezethet-e s hogy mely utakon hatol be a szervezetbe, csak gondos és többszöri állatkisérletek kapcsán állapítható meg. *Lehmann* tanár, ki évtizedek óta foglalkozik ipari mérgekkel, a következő általános tudnivalókat mondta el: A legalkalmasabb kisérleti állat a macska, mert nagyon érzékeny és igen könnyen utóbetegségeket is kap. A kutya és a házi nyúl sokkal érzéketlenebb s szívósabb. Ha valaki csak kutyákkal vagy házi nyulakkal kisérletezik, akkor oly adagokat is veszélytelennek fog találni, a melyek valójában már nem azok. Ezért ajánlatos macskákkal kisérletezni s a házi nyulat, illetve kutyát ellenőrző kisérletekhez (Kontrolltiere) használni. Minthogy az ipari mérgek a tüdőn, a bőrön és a gyomron át hatolhatnak az állati szervezetbe, a kisérleteknek is mindhárom irányban kell mozogniok. Folyékony testeknél, ha azoknak a bőrön át való permeabilitását kutatjuk, nem kell a kisérleti állat szőrméjét eltávolitani (beretválni), ellenben szilárd testeknél, melyeket finom por alakjában kell a bőrbe dörzsölni, szükséges, hogy előbb megberetváltassuk a kisérleti állatokat. Önként értetődik, hogy a beretválást nagy gonddal és körültekintéssel kell végezni, nehogy az állat bőre megsérüljön. Mert nyilvánvaló, hogy a legkisebb seben át könnyebben és gyorsabban hatolhat be a vizsgálandó anyag. Már pedig az ily módon kapott eredmény hamis volna. Ha azt kutatjuk, vajjon valamely ipari méreg az emésztő szerveken át, és miképp hat az állati szervezetbe, akkor *etetési* kisérleteket kell végeztetni. Legczélszerűbb a kisérleti anyagot, ha oldható, oldott alakban, ha nem oldható, finom por alakjában nyers húshoz vegyitve, a macskáknak vagy kutyáknak adni. A házi nyulaknak répaszeletekkel vegyitve adjuk a kisérleti anyagot. Az etetési kisérlet alkalmával kapott eredmények csak akkor lesznek megbízhatók, ha a kisérletező mindig személyesen szerez meggyőződést arról, hogy az állatok csakugyan megették-e a nekik adott kisérleti anyagot és ha hosszabb időn át folytatjuk az etetést. Utóbbit azért, mert hiszen a gyári üzemben is csak idült lefolyású mérgezésekre számíthatunk.

De az ipari mérgek nemcsak az említett utakon kerülhetnek az állati szervezetbe. *Lehmann* szerint az úgynevezett *„Tröpfchenintoxication“*-nal is kell számolnunk. Bizonyos testek (chromsavas kali, kénhydrogen), ha felmelegíttetnek, apró csöppek alakjában a levegőbe szállnak s ott széthullva fejtik ki mérgeő hatásukat. *Lehmann* házinyulakkal kisérletezett s sikerült neki több havi kisérletezés után orrnyálkahártyájukon jellegzetes chromfekélyeket létesiteni. *Lehmann* szerint az accumulatorgyárakban is bizonyos munkahelyiségekben kénhydrogen-cseppek szállnak fel ilymódon a levegőbe s annyira fertőzik azt, hogy az emberek ott sokáig nem tartózkodhatnak.

Az állatkisérletek alkalmával mindenképpen kerüljük a műszerekkel (Apparate) való dolgozást. *Lehmann* mindig a szabadon mozgó állatot figyeli meg. A kisérletben elsősorban az *ingertünetekre* (Reizsymptome) kell ügyelni, tehát a hatást, a melyet a vizsgált anyag a bőrre, a nyálkahártyákra, a légző-, az emésztő-, a húgyszervekre, az agyra és az idegekre gyakorol. A kisérleti állat magatartásában (*lelkivilágában*) beállott változásokról csak akkor van jogunk nyilatkozni, ha az állatot a kisérletet megelőző időben jól ismertük és alaposan megfigyeltük. Az élő állaton gondosan végzett többszöri kisérletezés kiegészitendő a bonczolással, illetve a vegyi és mikroskopi elemzéssel.

Lehmann előadásában egész sorát mutatta be annak a rendszernek, mely szerint kisérletezett és a legtöbb ipari méreg toxicitását megállapította. Kiemelendőnek tartjuk, hogy *Lehmann* szerint, ha a pornak absorbeálását vizsgáljuk, akkor nem a tüdőben, hanem az emésztőszervekben (bél) találjuk az inhalált por csaknem 50—80%-át. Ebből következik, hogy azon üzemekben, a hol nagy a porképződés, a szájápolásra, a székletétel szabályozására (esetleg keserüvizek) ügyelni kell. De nagy gondot kell fordítani a felső légutak tisztitására is, nevezetesen az orr nyálkahártyájára, a mely szintén hihetetlen sok port köt le.

(Folytatása következik.)

Kassowitz-ünnepély.

Wien, 1912 október 20.

„Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden, es ist nicht genug zu wollen, man muss auch thun.“ *Goethe.*[1]

Oly férfi ünneplésének voltunk szem- és fültanui, kire *Goethe* mottóként felhasznált szavai minden tekintetben illenek: nagy elméleti tudását s búvárlatait mindig a gyakorlat szolgálatába tudta állitani s volt erélye a tett mezején is hatalmas eredmények kivívására. *Kassowitz* tanár 70. születésnapját a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ és az „Erstes öffentliches Kinderkrankeninstitut“ orvosai e kiváló szellem méltó ünneplésére használták fel.

Pirquet, az egyesület elnöke, az új gyermekklinika termében tartott diszülésen *Kassowitz* szellemét, eredetiségét és energiáját dicsőitette s mint a wieni orvosi iskola egyik „Altmeister“-ét ünnepelte. *Weichselbaum* tanár, rector magnificus az egyetem, *Meyer* udvari tanácsos az orvosi fakultás, *Helly* dr. az egészségügyi tanács nevében üdvözölte az ünnepeltet. Az üdvözlések két kimagasló momentuma *Bókay János* tanár klasszikus latin nyelvű és *Hochsinger* tanár magasröptű szónoklata volt. *Bókay*[2] felszólalása ez:

„Magister Clarissime!

Cum collegae Austriaci professorem *Kassowitz* quindecimum lustrum ineuntem celebrant, nobis, paediatris Hungaricis, summo honori est eundem Magistrum nostrum una celebrare posse.

[1] E sorok irója a fehér asztalnál tartott beszédét ez idézettel vezette be.

[2] *Bókay János* tanár egy tiztagu küldöttség élén a magyar születésü agg tudósnak egy remek kivitelü ezüst emléklapot nyujtott át. A küldöttség tagjai voltak: *Deutsch Ernő, Flesch Ármin, Genersich Gusztáv, Grósz Gyula, Heim Pál, Horváth Mihály, John M. Károly, Loránt Leó, Pollitzer Alfréd, Preisich Kornél.*

Tu, Magister optime, demonstrasti nobis, quomodo pueris, quos aegritudo et paupertas miseros reddiderunt, opera et corde simul mederi deberemus. Faxit Deus, ut nobis exemplo, pueris aegris emolumento longam adhuc seriem annorum vigens peragas et fructu operis tui philantropici longe fruaris".

Hochsinger ünnepi beszédét *Goethe* szavaival vezeté be:

„Ich hab' Dich auserlesen,
Vor vielen in dem Weltwirrwesen,
Dass Du sollst haben klare Sinnen,
Nichts ungeschicklich' magst beginnen!
Wenn and're durcheinander rennen,
Sollst Du's mit treuem Blick erkennen."

Kassowitz mindezen követelményeknek megfelelt, őt valóban megilleti azon epitheton ornans, melylyel egy kartárs illette: „*Kassowitz* ist das warnende Gewissen der Kinderheilkunde."

Hochsinger fejtegetéseit szellemesen folytatva, *Kassowitz* tudományos működését méltatja: a syphilis átöröklésének kérdése, a rubeola elkülönítése a morbillitól, a varicella kórképének megállapítása, a rachitis és a vele kapcsolatos ideges állapotok kór- és gyógytanának mesteri feldolgozása, a fogzással járó betegségek tévtanának lerontása, a kretinoid növési folyamatok pathologiájának és therapiájának feldolgozása, a szeszélvezet ellen folytatott tudományos küzdelme, *Pirquet* modern tanainak méltatása („Metabolismus und Immunität" című munkájában) s mint egy emberéletre kiterjedő tudományos munkáskodásának gyümölcsei az „Allgemeine Biologie" és a „Vorlesungen über Kinderheilkunde". Utóbbi két művére találóan alkalmazza *Hochsinger Goethe* szavait:

„Er fühlt, dass er eine kleine Welt
In seinem Gehirne brütend hält,
Dass die fängt an, zu wirken und zu leben,
Dass er sie gerne möchte von sich geben."

Az ünnepelt egyéniségét *Grillparzer* szavaival jellemzi, hogy *Kassowitz* sohasem törekedett „durch äusseren Schein den inneren Wert zu fälschen". Puritán volt mindig gondolkodásában, cselekedeteiben s életmódjában!

Az „Erstes öffentliches Kinder-Krankeninstitut" virágzását *Kassowitz*-nak köszönheti, úgy hogy *Hochsinger* őt mint az intézmény „vezércsillagát és diadalmas hősét" ünnepli.

Tanári működése befejezésének emlékéül *Kassowitz* barátai s tanítványai egy „Festschrift"-tel lepték meg,[3] melynek megitélésében *Hochsinger* kéri az ünnepeltet, hogy tekintsen el a bevezető szavaiban említett sententiától; „erkennen, wenn etwa einzelne darin durcheinander rennen!"

Ezek után *Kassowitz* „Tatsachen und Theorien in ihrer Bedeutung für die Naturwissenschaft und Medizin" czímen előadást tartott, melylyel fényes bizonyítékát adta annak, hogy elméje a 70 esztendő daczára változatlan erélylyel működik.

Az előadás a „Wiener klinische Wochenschrift", 1912, 43. számában jelent meg. Alapgondolata *Goethe* mondásában rejlik: „Ein Jahrhundert, das sich blos auf die Analyse verlegt und sich vor der Synthese gleichsam fürchtet, ist nicht auf dem rechten Wege; denn nur beide zusammen, wie Ein- und Ausatmen, machen das Leben der Wissenschaft"; majd ugyancsak *Goethe* szavaival élve kijelenti, „selbst eine schlechte Theorie sei noch besser als keine" s fejtegetéseit ezzel végzi: „Hüten wir uns vor den zu rasch und ohne gründliche Verifikation populär gewordenen Theorien". Helyes megfigyelésből származó elmélet gyanánt *Jenner* himlőoltását, helyes megfigyelésből eredő téves következtetésként a fogzással egyidőben jelentkező görcsös állapotok közti összefüggés feltételezését jelzi s végül kiemeli, hogy új megfigyelésen helyes elmélet épülhet fel, a melyből eredő deductiók azonban tévesek, például *Mayer* mechanikai melegaequivalensének a tápszerek értékére történő alkalmazását említve fel. Az előadás oly eredeti s szellemes, hogy tanulmányozását mindenkinek melegen ajánlhatom.

Kassowitz ünneplése a fehér asztalnál folytatódott. Az elhangzott felszólalások közül felemlítem: *Neurath*-ét *Kassowitz*-ra, *Hochsinger*-ét *Bókay János*-ra s tanítványaira, *Bókay János*-ét a magyar és osztrák gyermekorvosok közt fennálló jó viszonyra; *Finger* az orvosi kamarák, *Eisner* a „Kinderkranken-Institut" nevében, *Glasz* mint *Kassowitz* patiense ékes rigmusokban, *Foges* dalban dicsőítette a jubilánst; *Deutsch Ernő Kassowitz* tanítványait, elsősorban pedig *Hochsinger*-t s *Neurath*-ot, mint az ünnepély rendezőit éltette. *Kassowitz* a felszólalásokat magasröptű beszédben köszönte meg, melyben az orvostudomány fejlődését szellemtől sziporkázó szavakkal vázolta.

Ez ünnepélyből kifolyólag a német és orosz gyermekorvosok társulata *Kassowitz*-ot dísztagjává választotta.

Emelkedett hangulatban s azon kívánsággal, hogy hazánk e kiváló fia még sokáig működhessék a tudomány s a szenvedő emberiség érdekében, hagytuk el Wient.

Deutsch Ernő.

[3] Hazánkat *Bókay János* tanár képviseli.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ophthalmoskopische Diagnostik an der Hand typischer Augenhintergrundsbilder. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Allgemein-Medizin wichtigen Fälle für Aerzte und Studierende. Von Privatdozent Dr. *C. Adam*, Assistent an der königl. Univ.- Augenklinik, Berlin. Mit 86 mehrfarbigen Abbildungen auf 48 Tafeln und 18 Textabbildungen. (Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1912.)

A dolog természetében rejlik, hogy a szemészi tankönyvek nem hozhatják egy és ugyanazon szemfenéki megbetegedésnek gyakran igen sokféle és változatos alakú szemtükri képét és hogy viszont a szemtükrészeti atlaszok nem helyezhetnek kiváló súlyt rendszeres didaktikai fejtegetésekre. *Adam* a tankönyv és az atlas rendeltetését szerencsésen összeegyezteti, midőn a szemészet keretéből a szemtükörrel diagnoskálható megbetegedéseket kiragadja és rendszeres útmutatásokkal szolgál arra nézve, hogy milyen külsejű és jellegű változások alapján állapíthatjuk meg a helyes diagnosist és ezzel együtt nem ritkán a baj aetiologiáját és pathogenesisét, és ezeket a változásokat mind sikerült színes képekben mutatja be.

Szemtükri diagnosisokról lévén szó, mindenekelőtt a szemtükrözés technikai részével foglalkozik; elmondja, hogy tükrözzünk fennálló, hogyan fordított képben, hogy határozzuk meg a szemfenék niveaukülönbségeit stb. A pupilla tágítását illetőleg szemtükrözés czéljából azt vallja: inkább exact diagnosist mesterségesen tágított pupillánál, mint helytelent vagy hiányosat szűk pupillánál.

A szemfenék szemtükri képének megértése a bonczolástani viszonyok ismeretét tételezi fel, melyeket a szerző kellő szabatossággal ad elő. Ezt a rendes szemháttérnek és physiologiai változatainak leirása és képei követik (chagrinált, táblázott, albinosis szemfenék stb.).

A szerző ezután következő fejtegetéseit, melyek a conus és a staphyloma posticum szemtükri képeit előzik meg és magyarázzák, nem tehetjük magunkévá, noha a szerző ténynek állítja oda, hogy a conus *a szerzett* vagy az úgynevezett *iskolai közellátóságnak*, a staphyloma posticum meg *a világrahozott myopiának* jele. Eltekintve attól, hogy a közellátóság nem világrahozott, hanem csak a közellátóságra való, kétségtelenül anatomiai dispositio, nincs elegendő jogos alap, hogy így osztályozzuk a myopiát. Hogy a myopia iskoláztatás közben jelentkezett és 6—7 dioptriánál nem lett magasabb, nem lehet elegendő ok arra, hogy azt szerzettnek, iskolai közellátóságnak minősítsük, az analphabetának hasonló fokú myopiáját meg világrahozottnak csupán azért, mert az illető

nem járt iskolába. Az kétségtelen, hogy van jó- és rossz-természetű közellátóság; az előbbi bizonyos idő mulva megállapodik, a nélkül hogy magasabb fokot érne el és a nélkül, hogy súlyosabb természetű változásokat idézett volna elő; az utóbbi folyton nő és igen súlyos változásokat teremt. Miért is volna éppen a közellátóság az egyedüli a rendestől eltérő állapot-difformitás, mely egy és ugyanazon aetiologia alapján hol súlyosabb, hol kevésbé súlyos alakban nyilvánul.

Ezután következik a papilla megbetegedéseinek tárgyalása a megfelelő szemtükri képek kiséretében (neuritis, atrophia, glaukomás kivájulás, stb.)

A következő rész az ideghártya vérereinek megbefegedéseit tárgyalja, majd az ideghártya anatomiáját és kóros változásait és azok szemtükri képeit mutatja be.

A III. rész az érhártyára vonatkozó anatomiai megjegyzések után a chorioidea megbetegedéseivel foglalkozik és ezeknek szemtükri képeit mutatja be.

Adam munkája szép és érdemes munka; a szemfenéki képek túlnyomó nagy többsége teljesen sikerültnek mondható és annyira jellegzetes, hogy a diagnosis helyes voltához a kétség árnyéka sem fér. A munka *Gowers* hasonló és ugyancsak kitünőnek elismert munkája mellé (Die Ophthalmoskopie in der inneren Medizin. Ein Handbuch und Atlas) nemcsak méltóan sorakozik, hanem, a mi különösen a szemfenéki képeket illeti, aránytalanul többet és tökéletesebbet nyujt.

A szerző művét mestere, az elhunyt *Julius v. Michel* emlékének szenteli. Valóban szép és méltó emlék!

Hoor Károly dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hasi szervek és daganatok kopogtatásának kérdésével foglalkozik *R. Ehrmann*. A hasi szervek kikopogtatását részint mély fekvésük, részint pedig az a körülmény nehezíti meg, hogy a kopogtatandó szervrész elé idegen szervek fekszenek. Ezért főleg a máj, epehólyag, lép, vese kopogtatásakor előnyös, ha a szervek élesebb elhatárolódása sikerül, s ha a kopogtatott szervet a hasfalhoz közelebb sikerül hozni. Ezt azáltal véli elérni *Ehrmann*, hogy felszólítja a beteget, hogy nyomjon, préseljen, miáltal hasa elődomborodik, s a hasfal előnyomulása folytán a szervek egyrészt a hasfalhoz közelíttetnek, másrészt lefelé nyomatnak. A szervek nagysága természetesen nem befolyásoltatik. Ilyen módon sikerült *Ehrmann*-nak az epehólyag kikopogtatása cholecystitis esetén olyankor is, mikor e vizsgáló eljárás nélkül az epehólyag kikopogtatása nem volt lehetséges. A hasi tumorok helyzete, hovatartozása, a hólyagtumorok felismerése, abscessusok stb. mind könnyebben állapíthatók meg. Baryum- vagy bismuth-étkezés után a gyomorhatárok jól kikopogtathatók és a Röntgen-képen észlelhető határokkal megegyeznek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 30. szám.) *Galambos* dr.

Szülészet és nőorvostan.

Amenorrhoea eseteiben sikerrel alkalmazott pituitrinkezelésről ír *Fromme*. A *Seitz*-féle melegítő méhszondával végzett sikertelen kisérletei után *Fromme* a *Hoffmann-La Roche*-féle pituglandol-készítményeket használta amenorrhoea eseteiben. (*Fromme* hangsúlyozza azt, hogy amenorrhoeás panaszok esetében sohase mulaszszuk el a tüdők vizsgálatát; több esetében kezdődő vagy már előrehaladott tüdőtuberculosissal volt kapcsolatos az amenorrhoea jelentkezése, a mikor is persze a pituglandol-kezelés céltalan.) A reávaló betegeknek naponkint 1 cm^3 pituglandolt fecskendezett be subcutan mindaddig, míg a kivánt hatás jelentkezett, avagy pedig az eredménytelenség miatt abba kellett hagyni az eljárást. 12 beteget kezelt ilyenképpen; közülök 5-ön hatástalan volt a kezelés, 2-n kétes, 5 esetben azonban prompt hatást ért el. *Fromme* azt hiszi, hogy első sorban azok az asszonyok gyógyulnak ki amenorrhoeájukból pituglandol-kezelésre, kiken az elhízás és túlkövérség jelenléte valamelyik belső secretiós mirigy hiányos működését bizonyítja. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, 41. szám.)

Scherer dr.

Gyermekorvostan.

Az infantilis scorbutról kisérletes vizsgálatokat végzett *Fröhlich*. A szerző azzal a kérdéssel foglalkozott, hogy vajjon az infantilis scorbutnak a forralt tej-e az oka. Kisérleti állatoknak tengeri malaczokat használt, a melyek ugyan mint növényevők physiologiai szempontból lényegesen különböznek az embertől, mégis alkalmasak voltak e czélra, mert — mint éppen a szerző az előbbiekben kimutatta — a tengeri malaczon a scorbut hasonló tünetekkel jelentkezik, mint ez emberen. Az első kisérleti sorozatban kizárólag nyers, forralt, illetve túlhevített tejjel táplálta a tengeri malaczokat. Az eredmény az volt, hogy míg nyers tej mellett scorbut nem jelentkezett, addig forralt tejjel való táplálás mellett hosszabb-rövidebb idő után mindig. A második kisérleti sorozatban azt tanulmányozta, vajjon a nyers tej vissza tudja-e fejleszteni a már beállott scorbutot. E czélból egyoldalúlag liszttel táplált állatokon scorbutot idézett elő, a mely azután nyers tejjel való táplálás után meggyógyult. Vizsgálatai tehát azt mutatják, hogy a nyers tejben egy thermolabil antiscorbut-anyag van. A tej ezt az antiscorbutos hatását a forralás avagy a *Soxhlet*-féle sterilisatio, sőt igen sok esetben a pasteurizálás után is elveszti. (Zeitschrift für Hygiene und Infektonskrankheiten, 1912, 72. köt.) *Reisz* dr.

Bőrkórtan.

A hideg alkalmazását a psoriasis kezelésében ajánlja *Axmann* (Erfurt). A szerző már irt egy izben (1911-ben) a psoriasisnak szénsavhóval való gyógyításáról, mely alkalommal szintén kiemelte a hideghatásnak előnyeit. Ha valahol, akkor a psoriasis therapiájában indokolt újabb gyógyító eljárások után kutatni, mert tudvalevően alig van makacsabb bőrbaj, mint éppen a pikkelysömör. A szénsavhókezelés természetesen nem lehet alkalmas arra, hogy a kiterjedt psoriasis-plaque-ok valamennyiét kezeljük vele, a mire különben nincsen is szükség, hanem elegendő, ha csupán a régi, makacs s minden egyéb eljárással daczoló góczokat vetjük alá a hideg hatásának. A szerző újabban azonban még tovább megy és kiterjeszti a kezelést nagyobb, több tenyérnyi területre terjedő plaque-csoportokra is. Ezt egy külön ilyen czélra szerkesztett készülékével éri el. Tapasztalása szerint a nagy területek fagyasztása sem vesz hosszú időt igénybe, mert egy-egy gócznak fagyasztással való gyógyításakor csak másodperczekről van szó. A fagyasztott góczokat a szerző azután valamilyen alkalmas Beiersdorf-féle guttaplasttal (pl. 16. sz. vagy később 247. sz.) boritja. 8—10 nap mulva a fagyasztott területek meggyógyultak s helyüket finom heg jelzi. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 36. szám.)

Guszman.

Venereás betegségek.

Jodostarinnal végzett kisérleteiről számol be *E. Saalfeld* (Berlin). Tekintve a jodnak kiterjedt therapiás alkalmazását, csak természetes, hogy egyre újabb és újabb jodkészítmények kerülnek forgalomba. Ezeknek nagyrésze természetszerűen csakhamar feledésbe megy, egyesek azoban állandó gyógyszerei maradnak therapiai működésünknek. A szóban forgó új jodkészítmény fehér, íztelen, kristályos anyag s vegyileg nem más, mint jodzsirsav. Elég állandó készítmény, mely substantiában alig bomlik, jóllehet jodtartalma meglehetősen magas (47·5%). *Saalfeld* az új szert 78 syphilis-esetben próbálta ki s vizsgálataiból kiderül, hogy a szer eléggé alkalmasnak látszik arra, hody a gyakorlatban alkalmazzák. Tapasztalása szerint a jodostarin hatása analog a jodkaliéval. Kellemetlen mellékhatások ennek a szernek a nyomán is támadnak, de aránylag csak ritkán. Kiemeli a szerző, hogy oly ese-

tekben is tűrték a betegek, a melyekben a jodkálit erős jodismus miatt el kellett hagyni. (Kisebb jodtartalom! Ref.) A jodkálival szemben az volna az előnye, hogy relativ gyors resorptiója ellenére is csak lassan megy végbe a kiválasztása. A szervezetben való maradása tehát hosszabb. Egy-egy jodostarin-tabletta 0·25 gr. jodostarint tartalmaz s jodtartalma 0·15 gr. jodkálinak felel meg. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 42. szám.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Exstrophiás húgyhólyag nyálkahártyáján carcinoma aránylag ritkán fejlődik. *P. Lecène* és *A. Hovelaque* az utolsó 15 év orvosirodalmából csak 8 ilyen esetet tudott kiböngészni és ezek tanulmányozása kapcsán most részletesen közlik a saját két esetüket, melyek eleddig még nem lettek ismertetve. Az ő eseteik 48 éves férfira és 57 éves asszonyra vonatkoznak, a kiken az inversio vesicae még sohasem volt műtét tárgya. A nőbetegen azonban 50 éves korában vesegenyedés miatt jobboldali nephrotomiát végeztek.

A 48 éves férfibeteg igen súlyos cachexiával került a szerzők észlelése alá; a hólyagnyálkahártya tele volt burjánzásokkal, melyek a leggyengébb érintésre nagyon véreztek; a lágyékmirigyek alig voltak megnagyobbodva. A beteget az egyre súlyosbodó cachexia ölte meg. A kórszövettani vizsgálat a hólyagnyálkahártyán hengersejtes adenocarcinomát állapított meg. A vesék nem mutattak eltérést, de az ureterek nagyon tágultak voltak. Az 57 éves nőbeteg hólyagnyálkahártyáján a szerzők laphámos epitheliomát találtak; az ureterek itt is nagyon tágak s kacskaringósak voltak. Metastasisokat a hasürben egyik betegen sem találtak.

Az orvosi irodalomból kiböngészett 8 esetről a szerzők megállapították, hogy 2 esetben laphámos epithelioma, 5-ben pseudoglandularis adenocarcinoma, a 8. esetben pedig a két epitheliomatypus kevert alakja forgott szóban. Mind a 8 esetben a rákos burjánzás szigorúan az exstrophiás hólyagnyálkahártyára szorítkozott. A 8 beteg közül csak 3 lett megoperálva, még pedig olyképpen, hogy a hólyagnyálkahártyát radicalisan kivágták és az uretereket két betegnek a vastagbelébe, a harmadiknak pedig a húgycsövébe varrták be. Az egyik beteg közvetlenül a műtét után ascendens vesefertőzésben halt meg; a másik kettőt műtétileg gyógyultan bocsátották ki a kórházból, sőt az egyik beteg még 6 hónappal a műtét után teljesen egészségesnek mutatkozott. Ezen két beteg további sorsa ismeretlen. (Journal d'urologie, 1912, 1. kötet, 4. füzet.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Görvélykór eseteiben nagyon jó eredménynyel használja *Dierbach* (Berlin) a vassajodint, mint a mely fokozott mértékben rendelkezik a sirupus ferri jodati kedvező tulajdonságaival, a nélkül, hogy osztoznék a kellemetlen mellékhatásaiban. 6—15 éves gyermekeknek naponként háromszor adható egy-egy tabletta. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 35. szám.)

A bőr fertőtlenitését joddal következő módon végzi *Sabbatani:* Az alkoholos jodoldatnak ráecsetelése után a beecsetelt területet steril vattával vagy gaze-zel befedjük és erre 5—10 percz mulva natrium hyposulfurosum 5%-os sterilezett, langyos oldatát öntjük, a vattát vagy gaze-t erősen odanyomjuk és 2 percz mulva eltávolítjuk. A fölös jod ilyen módon eltávolíttatott, a bőr színtelen lett, a jod túlságos izgató hatása elkerültetett. (Gazzetta degli Osped., 1912, 53. szám.)

Ovaradennel és ovaradentriferrinnel tett tapasztalatait ismerteti *Lau*. A petefészkek hiányos működése eseteiben jó eredménynyel használta az ovaraden-tablettákat, a melyekből ebéd és vacsora után vétetett be egyet-egyet. Minthogy azonban a petefészkek hypofunctiója mellett gyakoriak a chlorosis tünetei, sőt újabban némelyek a petefészkek hiányos működésére vezetik vissza a chlorosist: czélszerű az ovaradent vassal együtt adni. Ilyen kombinált készítmény az ovaradentriferrin, a melylyel a szerző amenorrhoea és dysmenorrhoea eseteiben nagyon kielégítő eredményeket ért el. Klimakteriumos zavarok ellen is már rövid idő alatt jó hatású volt. (Mediz. Blätter, 1912, 17. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 42. szám. *Rotter Henrik:* A méhenkívüli terhesség kórismézje. *Láng Adolf:* A musculus biceps brachii hosszú fejének subcutan szakadásáról. *Dumitreanu Viktor:* Néhány szó a renyhe fekélyek kezeléséről.

Orvosok lapja, 1912, 43. szám. *Kertész Béla:* Egy új malátatápszer a gyermekgyógyászatban.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 43. szám. *Torday Ferencz:* A női tej szerepe a csecsemők emésztési zavaraiban. „Bőr- és bujakórtan" melléklet, 3. szám: *Deutsch Arthur:* A munkaképtelen bőrbeteg munkások statisztikája a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztárban. *Auszterveil László:* A syphilis-gyógyítás kérdéséről a magángyakorlatban a mai álláspont szerint. *Roth Alfréd:* A rüh gyógyítása ristinnel.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Gerlóczy Zsigmond* dr. és *Blaskovics László* dr. budapesti egyetemi magántanároknak a király a rendkivüli tanári czimet adományozta.

Kinevezés. *Olsavszky Viktor* dr. nagysomkuti járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Geszti József* dr.-t, a gyulai sanatorium igazgató-főorvosát államvasuti orvosi tanácsadóvá *Frank Géza* dr.-t a resiczabányai kórház főorvosává, *Kern Frigyes* dr.-t Szombathelyen és *Strasser Géza* dr.-t Zomborban pályaorvossá, *Farkas Mihály* dr.-t a székesfehérvári közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Székely László* dr.-t Farnadon, *Nemecsek Gyula* dr.-t Kéthelyen körorvossá, *Horváth Lajos* dr.-t Bácsföldváron, *Kalós Pál* dr.-t Péterrévén községi orvossá választották.

Meghalt. *Roxer Gyula* dr. 54 éves korában október 23.-án Magyarkanizsán. — *Benedek József* dr. csanyteleki körorvos 61 éves korában október 13.-án. — *Porzsolt Kálmán* dr. Dicsőszentmártonban október 19.-én. — *O. Kohts* dr., régebben a gyermekorvostan tanára Strassburgban, 69 éves korában. — *E. Tavel,* a sebészet rendkívüli tanára Bernben. — *H. Strehl* dr., a sebészet magántanára a königsbergi egyetemen, czímzetes tanár, október 9.-én, 40 éves korában. — *P. Magnin* dr., ismert elmeorvos, Párisban 59 éves korában. — *L. E. Golubinin,* a belorvostan rendkívüli tanára Moszkvában.

A budapesti kir. orvosegyesület pályázati hirdetései. I. A budapesti királyi orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Szenger Edefélе orvostudományi pályadijalapitvány kamataiból* Magyarországon érvényes oklevéllel biró orvosok részére *800,* azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűzött ki a következő pályakérdés megoldásának jutalmazására: *Tanulmányoztassanak Magyarország valamely kisebb területén a lakásviszonyok, tekintettel a tuberculosis elterjedésére.* A magyar nyelven irt pályamunkák 1914. évi május hó 31.-éig az orvosegyesület első titkárának a pályázat világos megjelölésével küldendők meg. A pályamunka mellé zárt jeligés borítékban a pályázónak sajátkezű névaláirása, állása és lakásczíme melléklendő. A megjelölt lejárati időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. Pályázatra benyujtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1914. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki, a pályázaton nyertes munkához tartozó jeligés boriték ez alkalommal bontatik fel és a pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik

II. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-dijalap kamataiból 600,* azaz hatszáz korona jutalomdíjat tűz ki az orvostudomány bármely klinikai szakmájából, magyar nyelven, 1911. évi június hó 1.-étől 1913. évi május hó 31.-éig megjelent, eredeti, önálló kutatások alapján készült, tudományos becsű, legjobb értekezésnek vagy hézagpotló monographiának avagy kézikönyvnek jutalmazására. E jutalomra számot tartó művek *1913. évi május hó 31.-éig* a czél megjelölésével az egyesület titkárához beküldhetők, de a be nem küldött munkák éppen úgy figyelembe kerülnek. A jutalomdíj meg nem osztható. A jutalmazott munka kihirdetése az 1914. évi október hó 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen történik és a jutalomdíjat a szerző jelentkezésekor azonnal kiadjuk.

III. A budapesti királyi orvosegyesület kezelése alatt álló *„Orvosi Hetilap" dijalap kamataiból 200,* azaz kétszáz koronát tűz ki a közegészségtan körébe vágó legjobb czikk jutalmazására, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az „Orvosi Hetilap" hasábjain 1908 június hó 1.-étől 1914 május hó 31.-éig terjedő 6 év alatt megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1914. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

IV. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság *Bókay János Emlékalapitvány kamataiból*

200, azaz kétszáz koronát tűz ki eredeti, önálló, magyar nyelven megírt, a gyermekkórtan és gyógytan köréből vett dolgozat jutalmazására, a mely 1912 január hó 1.-étől 1913 deczember hó 31.-éig magyar szakfolyóiratban vagy önálló monographia alakjában megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1914. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

Pályázati hirdetés *a budapesti királyi orvosegyesület kezelésében levő Szenger Ede dr.-féle alapitvány kamataiból való segélyezésre.* Az alapítványtőkének 1200 koronát tevő egyévi kamatjövedelméből *a*) 400 korona nyomorral küzdő gyakorló orvosoknak, *b*) 400 korona valamely elhalt gyakorló orvosnak segélyre szoruló és ezt megérdemlő fiúárvájának, *c*) 400 korona valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árváinak segélyezésére fordíttatik. A segélyezendők közül elsőbbséggel birnak a gyakorló orvosok és azok hátramaradt családtagjai, mindazon orvosok fölött, kik valamely rendes fizetéssel járó hivatalos állásban vannak vagy voltak, pl. hatósági orvosok, egyetemi tanárok stb. Elkerülhetetlen feltétel — a hagyományozó akarata értelmében —, hogy a segélyt elnyerő római katholikus, ág. evangelikus vagy ev. református hitvallású legyen. A kérvényezők közül csak azok vehetők tekintetbe, kik hiteles okmányokkal igazolják, hogy a kivánt feltételeknek megfelelnek. A folyamodások f. évi november hó 10.-éig a budapesti kir. orvosegyesület igazgató-tanácsához intézendők és az egyesület első titkárának (*Blaskovics László* dr., Budapest, VIII., Szentkirályi-utcza 51) czímére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A borítékra irandó, hogy tartalma folyamodvány a dr. Szenger Ede-féle segélyezésért.

Máramaros vármegye közkórházában *Szilágyi István* dr. kórházigazgató jelentése szerint 1911-ben 3921 beteget ápoltak; egy napra átlag 537 beteg, egy betegre pedig 50·94 ápolási nap esett. A betegek 12·9%-a elmebajos volt. Műtét 499 esetben történt; az operáltak közül 4 halt meg.

Röntgen-cursus. A Reiniger, Gebbert és Schall részvénytársaság november 25.-étől deczember 1.-éig ez évben is tart cursust *Rhorer László* dr. állatorvosi főiskolai tanár, *Fischer Ernő* dr., a szent Istvánkórház Röntgen-laboratoriumának vezetője, *Kelen Béla* dr., az I. sz. női klinika Röntgen-laboratoriumának vezetője, *Holitsch Rezső* dr., a II. sz. belklinika Röntgen-laboratoriumának vezetője és *Schein Mór* dr. közreműködésével. A beiratás díja 20 korona.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. *Vesetuberculosis* érdekes esetét ismertette *Heymann*. A 21 éves nőbeteg vizeletében gümőbacillusokat találván, az ureter-katheterezéssel a két veséből külön-külön felfogott vizelet pedig nem tartalmazván ilyeneket: hólyaggümőkórra tették a diagnosist. Az utóbb megejtett vesefunctiovizsgálat azonban a bal vesét hiányosan működőnek ismervén fel, műtétet végeztek, a mikor kiderült, hogy a bal vesének két uretere van: az egyik a vese felső részében székelt tuberculosus cavernába nyilt, a másik pedig a vese alsó részében levő normalis vesemedenczébe. Az első vizsgálat alkalmával ebbe az egészséges ureterbe vezették a kathetert s ezért nem sikerült az így nyert vizeletben gümőbacillust találni. (Zeitschrift für Urologie, 6. kötet, 6. füzet.) *A typhus lefolyásában előforduló vérzések* (orr-, száj-, bélvérzés, haematuria) eléggé ismeretesek; tudjuk róluk, hogy a prognosis szempontjából elég komoly jelentőségűek. Kevésbé ismeretesek azonban azok a vérzések, a melyek a betegségnek már mulófélben levő szakában jelentkeznek. Ezek *Robert, Fissinger*, és *Weil* szerint néhány nap alatt el szoktak mulni és nem komoly jelentőségűek. (Revue de méd., 1912, 9. szám.) — *Physiologiai konyhasóoldatnak a szervezetbe való juttatására* új módot ajánl *Schoute* (Middelbourg): a Retzius-féle praeperitonealis üregbe fecskendezni a folyadékot; ilyen módon már 9—10 percz alatt juttatható 1 liter folyadék a szervezetbe, még pedig fájdalmasság nélkül, mert a Retzius-üreg anatomiai viszonyai miatt a befecskendezett folyadék nem okozhat nagyobb feszülést. (Ref. La semaine médicale, 1912, 42. szám.)

Az osztrák egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága a mult nyári félévben a következő volt: Bécs 2183 (126 nő), Grácz 453 (12 nő), Innsbruck 244 (4 nő), Prága, német egyetem 414 (19 nő), cseh egyetem 764 (29 nő), Lemberg 764 (74 nő), Krakó 481.

A XVII. nemzetközi orvosi congressus (London, 1913, augusztus 6—13) előzetes programmja most jelent meg. A szakosztályok referensei közt a következő magyar tudósok neveit találjuk: *Korányi Sándor* (a belső elválasztású mirigyek correlatiója és zavarai, *E. Gley* párisi és *F Kraus* berlini tanárral együtt), *Dollinger Gyula* (a gyermekkori izületi gümőkór gyógyítása, *J. Ridlon* chicagói tanárral együtt), *Szily Aurél* dr., freiburgi magántanár (az anaphylaxis szerepe a szemészetben *V. Morax* párisi tanárral együtt), *Ajkay Zoltán* dr. (a katonaságnak vízzel való ellátása háborúban, *R. Jennings* dr.-ral együtt).

Személyi hirek külföldről. Az edinburghi egyetemen a kórbonczolástan ny. r. tanára *J. L. Smith* dr. lett. — *B. P. Watson* dr. edinburghi magántanárt a torontoi egyetemre nevezték ki a nőorvostan tanárává. — Az aberdeeni egyetem belorvostani tanszékére *A. W. Mackintosh* dr.-t nevezték ki.

Hirek külföldről. A berlini egyetem törvényszéki orvostani intézetével kapcsolatban ingyenes poliklinikát rendeztek be, melyen mindenki külön díjazás nélkül törvényszéki, balesetkárpótlási, munkaképtelenségi s hasonló esetekben felvilágosítást s szakértői véleményt kap. — A Nobel-díjnak az orvostudományra eső részét — csaknem 200.000 frankot — az idén *Alexis Carrel* dr., a new-yorki Rockefeller-intézet tagja kapta, az érvarratok és szervátültetések terén tett úttörő kisérletes vizsgálataiért. *Carrel* dr. franczia születésű ember s a lyoni egyetemről került New-Yorkba. — A heidelbergi tudományos akadémia 15.000 márkát bocsátott *Brodmann* dr. tübingeni magántanár rendelkezésére az agykéregre vonatkozó vizsgálatainak előmozdítására.

A legrégibb nagyobbszabású orvosi műtétel kétségtelenül a trepanatio: már a kőkorszakban űzték, mint azt a neolithikus korszakból származó számos koponyán meg lehet állapítani. Az első trepanált kőkorszakbeli koponyát *Prunières* találta 1868-ban, azóta számos lelet igazolja, hogy ezt a műtétet már sok ezer évvel Krisztus előtt űzte Europa primitiv lakossága, még pedig elég jó eredménynyel, mint azt a csontlék teljesen behegedt széleiből lehet következtetni A nyílás néha igen nagy terjedelmű s rendesen szabályosan köralakú; valószínűleg kőeszközzel, „silex"-szel ejtették, s a műtéti beavatkozás oka fejfájás vagy tébolyodottság lehetett A régi Peruban is ismerték és űzték már a trepanatiót; jelenleg mint népies műtétel az észak-afrikai kabylok s Montenegro hegyi lakói közt van elterjedve. Érdekes, hogy e tekintetben az őslakók már előhaladottabbak voltak, mint a 19. századbeli kulturnépek, mert még félszázada sincs, hogy a trepanatiót a sebészet felvette a műtételei közé. — A praehistorikus trepanatióval *J. Fletcher Horne* dr. foglalkozott 1894-ben (Trephining in its Ancient and Modern Aspects), legújabban pedig *Lucas-Championnière*, a hírneves párisi sebész, beható monographiát írt róla. (Trépanation néolithique et précolombienne, Paris, 1912.)

Lapunk mai számához a *Luitpold-Werk vegyi gyár, München*, **Dermotherma** és **Eu-Semori** készítményekre vonatkozó 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.

A Liget- és Park-SANATORIUM Orvosi laboratoriuma mindennemü vegyi, górcsövi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. **Kivánatra részletes tájékoztatót küldünk. VI., Nagy János-u. 47.** — Telefon 105—00.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium.** Ujonnan átalakitva. **Prospectus.**

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők**, haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:

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

— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A magyar sebésztársaság V. nagygyűlése. (Budapest, 1912 május 23—25.) 801. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 802. l.

A magyar sebésztársaság V. nagygyűlése.

Budapest, 1912 május 23—25.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr.

Első nap.

A magyar sebésztársaság V. nagygyűlését is a nemzeti muzeum dísztermében tartotta; a nagygyűlés elnöke *Herczel* Manó dr., magy. kir. udvari tanácsos, egyet. tanár volt.

Herczel megnyitó beszédében melegen üdvözli a társaságnak nagy számmal megjelent tagjait. Örömmel tapasztalja, hogy a magyar sebésztársaság munkásságának niveauja esztendőről esztendőre emelkedik. Majd a modern sebészet haladásának perspectiváiról szól; a közelebbi haladást különösen a szervek transplantatiójától, az agy- és mellkassebészet kifejlesztésétől várja.

Rámutat az együttműködés fontosságára, mely a belorvos és sebész között feltétlenül szükséges, s a mely látókörünk szélesítése által kétségtelenül a szenvedők javát szolgálja.

E mellett hangsúlyozza az orvostudomány egységességét és kivánatosnak tartja, hogy úgy a sebész, mint a belgyógyász mindig és elsősorban orvos legyen. A végczél végre is egy: a betegek meggyógyítása; egy bizonyos határon belül ez belgyógyászatilag, azontúl pedig sebészi beavatkozással történik. Károsnak tartja az egyes szakmáknak oly mérvű speczializálását, mely a rokonszakmák s az általános sebészet elhanyagolására vezetne; a sebésztársaság egyik missióját éppen abban látja, hogy a nagy sebészet, valamint a sebészet mellékágainak művelői szakmáik különleges kérdéseit együttesen dolgozzák fel.

Végül kegyeletes szavakban emlékezik meg a mult évben elhunyt sebészekről. Mindenek előtt *Lord Lister*-ről, a modern sebkezelés megalapítójáról; a magyar sebészek közül *Báron Jónás*-ról, a társaság nagyérdemű pénztárosáról, *Schmidt Hugó*-ról, a pozsonyi állami kórház kiváló sebészfőorvosáról, *Grünwald Mór*-ról és *Baumgarten Egmont*-ról.

Az elnök megnyitó beszéde után *az első főkérdésnek: a tüdő és mellkas sebészetének* a tárgyalása következett. *Referensek: Korányi Sándor báró, Dollinger Gyula* és *Alapy Henrik* voltak.

Korányi Sándor báró a tüdő emphysemájának és tuberculosisának sebészi kezeléséről számolt be.

Az emphysema kórfejlődését részletezte s azon szempontokat emelte ki, a hol az orvos tevékenységét belekapcsolhatja. A tüdő szövetének meglevő atrophiáját gyógyítani nem tudjuk, de ha a mellkas mechanikáján javítunk, akkor az emphysema progressiója ellen is küzdünk.

Az emphysema eredményes kezelésének problemája tehát nagyrészt physikai természetű. A czélnak tökéletesen megfelel a *Freund*-féle műtét, a mely a II.—V. borda porczának resectiójában áll. A műtét által merev dilatált mellkassal járó emphysema esetében a mellkas csökkent mozgathatóságát fokozzuk; ezen felül a mellkas súlyának hatását elősegítve annak alakjára és kilélekző mozgására, a tüdő fokozott nyujthatóságát és megromlott rugalmasságát is ellensúlyozzuk. A műtét hasznát orthopaediai készülékek egészíthetik ki.

Korányi ezután a *gümős tüdőnek* collapsustherapiáját fejtegette.

Ismertette ezen kérdésnek történetét, a jelenleg dívó módszereket: *Murphy, Brauer* és *Forlanini* technikáját, végül azon körülményeket részletezte, a melyeken a pneumothorax jó hatása alapul. A pneumothorax — eredményes esetekben — a kollabált tüdő méregforrásait a szervezettől izolálja, a cavernákat összenyomja, a tuberculosis terjedésének útjait a nyirok- s vérpályák útján elvágja. Ennek következménye, hogy a beteg láztalanná lesz, közérzete javul, étvágya visszatér és hogy a heges zsugorodást elősegítjük.

A collapsustherapia feltétele azonban a másik tüdőnek ha nem is kifogástalan, de a hogy *Brauer* mondja: „praktikus épsége".

A collapsustherapia gyakorlati jelentőségét *Korányi* a következőkben foglalta össze:

1. A collapsustherapia segítségével eredmény érhető el olyan esetekben, a melyekben a gyógyítás minden más módja tehetetlennek bizonyul. Ennélfogva nagyon súlyos esetekben mindig megkisérlendő, ha annak valamely contraindicatiója nem áll fenn.

2 A collapsustherapia csak akkor eredményes, ha a collapsus teljes, vagy legalább megközelitőleg az, és tartós. Azért nagy pneumothorax előidézésére kell törekednünk és a pneumothorax soká, mindenesetre egy éven túl fenntartandó.

3. A pneumothorax-therapia mellőzendő, ha a másik tüdőfél sem ép, vagy baja nem minimalis.

4. Kifejezett csúcsmegbetegedést kisérő pleuraexsudatum nitrogennel pótlandó.

5. A pneumothoraxot meghiúsító összenövések esetében, ritkán ugyan, de szóba jöhet az extrapleuralis thoracoplastika.

6. A pneumothoraxos collapsus-therapia indicatióinak kiterjesztésére az idő elérkezett. Erre az első lépést a szegénypraxisban kell megtenni, a melyben a bajt klinikai súlyossága mellett a beteg socialis helyzete teszi reménytelenné.

7. Néhány esetben elvérzés veszélyével járó haemoptoë megállítása a mesterséges pneumothorax segítségével sikerült.

Dollinger Gyula referatumában mindenek előtt *a Freund-féle merev thorax* kórbonczolástani elváltozásait vázolta. Nem tartja tanácsosnak, hogy a műtéttel addig várjunk, a mig az emphysemának legsúlyosabb alakja kifejlődik. A *Freund*-féle műtétet helybeli érzéstelenítésben a beteg fél ülő helyzetében végzi. A II.—V., esetleg a VI. bordaporczból 3—5 cm. hosszú darabot reszekál; a hátulsó perichondriumot okvetlenül el kell távolítani, mert a belőle fejlődő rigid szövet a műtét eredményet meghiúsítja. A műtétet először csak az egyik oldalon hajtja végre; ha az egyik oldalon végzett műtét eredménye nem kielégítő, ekkor a műtétet a másik oldalon is megismételhetjük. A műtéttel elért közvetlen eredményt mechano-therapiával még nagy mértékben javíthatjuk.

A tüdő-tuberculosis sebészi gyógykezeléséről szólva, a *Freund* által ajánlott chondrotomiát sem therapiás, sem gyakorlati czélból nem ajánlja. Ellenben a tüdő összenyomatásában s teljes nyugalomba helyezésében mesterséges légmell által a tüdő-tuberculosisnak éppoly hatalmas gyógyító tényezőjét látja, mint az izületek tuberculosisában az izület teljes rögzítésében.

Dollinger ezután részletesen ismertette a *Murphy-Brauer*-féle nitrogen-insufflatio, valamint a *Forlanini*-eljárás technikáját. Az első beömlesztést az előbbi eljárás szerint végzi, a befolyt nitrogenmennyiség 500—1000 cm^3 közt változhat. A későbbi utántöltéseket Röntgen-controll mellett *Forlanini* szerint eszközli, ilyenkor nagyobb nitrogen-mennyiség is alkalmazható. Az eljárástól eredményt csak akkor várhatunk, ha a tüdő összenyomatását 1—2 évig folytatjuk. A nitrogen-befúvás értékét *Dollinger* eddig 14 betegen tanulmányozta.

A tüdő-tuberculosis azon eseteiben, a melyekben a mellhártya lemezeinek összenövése miatt mesterséges légmellet nem készíthetünk, a beteg mellkasfél bordaíveit távolítjuk el; ezáltal lehetővé teszszük, hogy a külső légnyomás a mellkas falát benyomja, a beteg tüdőt összenyomja és nyugalomba

helyezze. A legradicalisabb műtét e téren az egész mellkasfél összes bordáinak az eltávolítása *Friedrich* szerint: a műtét azonban a mediastinum ide- és tovalebegését és ez által a szív és nagy vérerek kiterjedt mozgásait is eredményezheti, a szív nagy munkatöbblete, a vér rossz oxydálódásának hozzájárulásával, hirtelen beálló szívhűdést is okozhat.

A műtét ezen nagy hátrányai miatt e műtét módosítását ajánlották. *Sauerbruch* a műtétet két szakaszban végzi: Először az alsó bordák közül a V—IX.-et, később pedig a felső négyet távolította el. *Wilms* a bordaívekből elül és hátul apró részeket reszekált, ezáltal a beteg mellkasfélt szűkítette, de csontvázától teljesen meg nem fosztotta. Ajánlottak azonkivül egyéb sebészi beavatkozásokat is: *Sauerbruch* az arteria pulmonalis egyes ágainak a lekötését, *Tiegel* a vena pulmonalis szűkítését, *Wullstein* a betegoldali bronchus lekötését stb.

Mindezen műtétekről bővebb tapasztalataink még nincsenek, így felőlük méltányos itélet sem mondható.

Alapy Henrik a gyermekkor genyes mellhártya-izzadmányainak gyógykezelését méltatta, 116 eset kapcsán. Tapasztalatait a következőkben foglalta össze:

1. Az empyemát okozó bacteriumfaj sem az eset lefolyásában, sem a műtéti módszer megválasztásában nem játszik szerepet.

2. Súlyos esetekben a gyökeres műtét előtt az ismételt aspiratio elég jó előkészítő módszer, mint önálló gyógyító eljárás azonban értéktelen.

3. A *Playfair-Bulau*-féle szívó drainezés eredményes voltát többnyire a csőnek fibrinczafatokkal való eldugulása hiúsítja meg. Rossz állapotban zsengekorú gyermeken azzal a feltétellel kisérthető meg, hogy a cső eldugulása esetén azonnal thorakotomia végeztessék.

4. Általánosan elfogadott gyakorlat szerint az esetek többségében a bordaresectióval kapcsolatos pleurotomia a választandó módszer.

5. Súlyosabb esetekben a bordaresectióval kombinált szívó-drainezés szerepeljen normalis eljárásként; ily módon a gyökeres feltárás előnyeit a collapsus elkerülésével és az összeesett tüdő gyorsabb kitágításával egyesítjük.

6. Gyermekek idősült sipolyos empyemájának gyógyítására a *Delorme*-féle decorticatio a legkiméletesebb eljárás.

A *fökérdéssel kapcsolatosan a következő bemutatásokat és előadásokat* tartották:

Dollinger Gyula az *insufflatiós narcosis*-ról adott elő. Az eljárás *Auer-Melzer*-től (New-York) ered. Technikája: Az előre elaltatott beteg légcsövébe vékony selyemkathetert vezetünk be a bifurcatióig; azután vagy közönséges lábfujtatóval vagy légszivattyúval, vagy oxygenbombából 26—40 mm. Hg.-nyomással meleg vizen keresztülvezetett és chloroformmal telített levegőt vagy oxygent fúvunk a beteg légcsövébe. A felhasznált levegő a katheter mellett a hangrésen át kiáramlik. A módszer intrathoracalis műtétekben a pneumothorax elkerülése végett, garatbeli műtétekben pedig annak megátlására, hogy a vér a légcsőbe folyjon, használható. *Dollinger* e módszert 10 betegen alkalmazta jó eredménynyel.

Kertész József (Budapest). *„A tüdőemphysema sebészi kezelése“* czímen tartott előadást. Ismertette saját operált eseteit és az elért eredményeket; a korai kórjelzésre, az esetek megválogatására s az idejekorán alkalmazott műtéti beavatkozásra nagy súlyt helyez.

Lobmayer Géza (Budapest) a *tüdő térfogatát megkisebbitő műtétekről* szólt. A *Brauer*-féle eljárást 40 esetben alkalmazta igen kedvező eredménynyel. *Friedrich* és *Wilms* műtétéről pedig egy-egy operált esete kapcsán emlékezett meg.

Jung Géza (Herczel tanár osztálya) *az áthatoló mellkasi lövések és szúrások kezelését* tárgyalta 211 penetráló sérülés kapcsán, melyet az utolsó 5 évben a Szent Rókus-kórház I. sz. osztályán észleltek.

A lövési sérülések közül a conservative kezeltek mortalitása 10·8%, az operáltak mortalitása pedig 50% volt; a szúrási sérülések közül a conservative kezelt esetek közül 8·9% halt meg, 2 operált szúrási sérülés meggyógyult. Az összmortalitás a conservative kezelt áthatoló sérülések eseteiben 10·3%, az operált esetekben 25% volt.

Ezen tapasztalatok alapján *Jung* az áthatoló mellkasi sérülések túlnyomó számában a conservativ kezelést tartja egyedül helyes eljárásnak. A várakozás szerinte akkor is indokolható, ha súlyos, de az életet egyelőre nem fenyegető tünetek vannak jelen. A primaer beavatkozást csakis rohamosan fejlődő nagyon erős vérzés esetén tartja helyén valónak.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A májelégtelenség megállapitására új módszert ajánlott *Roch* (Genève) a párisi „Société médicale des hopitaux“ július 5.-én tartott ülésén. Azt találta, hogy normális állapotban a máj 2 milligramm methylenkéket vissza tud tartani, májelégtelenség esetén azonban nem, úgy hogy ilyenkor kifejezetten zöld színű lesz a vizelet. Az eljárás a következő: reggel 8 órakor 2 milligramm methylenkéket vétet be s azután a vizeletet este 8 óráig gyüjteti 4 órás részletekben 3 külön üvegben. Ha a második üvegben felfogott, vagyis a 12 órától 4 óráig ürített vizelet kifejezetten zöld színű, májelégtelenséggel állunk szemben; ha ellenben sárga, akkor — feltéve, hogy a vese működése rendes — a májat normális működésűnek tekinthetjük.

Thoriummal kezelt anaemia perniciosa esetét mutatta be *Bickel* a berlini orvosegyesület június 19.-én tartott ülésén. Az előzőleg arsennel eredménytelenül kezelt esetben 5 héten át naponta 50.000 Mache-egységnek ivása után (3 adagban az étkezés után) tetemes javulás következett be: az oedemák eltűntek, a máj- és lépnagyobbodás visszafejlődött, a nehézlégzés és szívgyengeség javult, a vörös vérsejtek száma 960.000-ről $4^1/_2$ millióra, a haemoglobin-tartalom 50%-ról 90%-ra emelkedett; a poikilocytosis, valamint az eleinte bőségesen talált magvas vörös vérsejtek teljesen eltűntek.

PÁLYÁZATOK.

3371/1912. szám.

A borosjenői **községi orvosi állásra** az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 3. §-a alapján újból pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel vagy annak hiteles másolatával, eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket és pedig köz- vagy katonai szolgálatban állók felettes hatóságuk, illetve katonai parancsnokságuk útján hozzám **f. é. november hó 9. napjának d. u. 5 órájáig** hozzám nyujtsák be.

A pályázati feltételektől eltérően felszerelt vagy benyujtott kérvényt figyelembe venni nem fogom.

Az állással újabban megállapitott javadalmazás a következő:

1. Évi 1600 korona fizetés.

2. A község által előleges évnegyedes részletekben fizetendő 600 korona lakbér.

3. A hivatkozott t.-cz. 18. §-a értelmében 4 esetben ismétlődő 200 korona ötödéves korpótlék.

4. Hatóságilag megállapított látogatási és rendelési díjak. A szegényeket azonban díjtalanul tartozik gyógykezelni

A megválasztandó orvos az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 5. §-ának 2. pontja alapján Borosjenő községhez csatolt, de egészségügyi körbe be nem osztott Apatelek, Sikula, Garba, Marót és Csigérgyarmat községek és ahhoz tartozó tanyákon is — melyek Borosjenőtől mintegy 12—15 kilométer távolságra vannak — köteles az orvosi teendőket külön fizetés nélkül ellátni és e végből minden községben hetenként egyszer megjelenni.

A választást Borosjenő községházánál később megállapítandó határnapon fogom megállapitani.

Borosjenő, 1912 október hó 23.

Borsos Géza, főszolgabiró.

Körorvos kerestetik azonnal Etéd székhelylyel Javadalmazása összesen 3300 korona és privátpraxis. Ötszobás úrilakás, két hold kert. Tiszta székely magyarok, gazdag 12 község. Bővebbet: *Márkus Elek* gyógyszerész, Etéd.