

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Borszéký Károly:** Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról. A cseplestömlő-sérvek pathogenesisise. 399. lap.
- Guszman József:** Néhány megjegyzés a salvarsan-kezelés értékéről és alkalmazásáról. 402. lap.
- Torday Árpád:** Közlemény a kir. magy. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kéthly Károly dr., udv. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Érdekes agydaganat-ések. 406. lap.
- Szana Sándor:** Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményei. 408. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Csabay Géza:** A kecskeméti közkórház építésének végleges programja. — *E. Abderhalden:* Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. R. van der Velden:* A végtagok leköltésének vérzéscsillapító hatása. — *Belorvostan. A. Schmidt és O. David:* Az oxygen-

- szegény levegő therapiás alkalmazása. — *Sebészet. Thomschke:* A mastix-kötés alkalmazása. — *Elmekörtan. Valletean de Moulliac és Cozanet:* Dengue-láz keretében jelentkező elmezavarok. — *Hennes:* Az adalin hatása a neurosisokra és psychosisokra. *Gyermekorvostan. Raudnitz:* Kísérleti úton létrehozott spasmus nutans és a vizelet bomlástermékeinek hatása a fiatal kutyákra. — *Giffhorn:* A csecsemők vizeletéből ecetsavval kicsapódó fehérjetest klinikai jelentősége. — *Venerés betegségek. Finger:* A salvarsankezelés nyomán támadt súlyosabb mellékünetek. — *Húgyszervi betegségek. Galatzi:* A húgyvisszervek korcsképződése. — *Orr-, torok- és gégebajok. Blegwad:* A tonsillitómia. — *Fizikai és diéta* gyógyításmódok. *Winternitz:* A tüdőtuberculosis fizikai és diéta kezelése. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Seibert:* Az izületi csúsz gyógyítása. — *Klieneberger:* A paralysis progressiva kezelése natrium nucleicummal. 411—414. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — Klinikai füzetek.* 414. lap.
- Vegyes hírek.** 414—415. lap.
- Tudományos társulatok.** 416—419. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár, udv. tanácsos) sebészeti klinikumáról.

A cseplestömlő-sérvek pathogenesisise.

Irta: *Borszéký Károly* dr., egyet. magántanár, adjunctus.

A cseplestömlő sérvei a sérveknek egyáltalában, de még a belső sérveknek is a legkritikább alakjai közé tartoznak. Még ahhoz is szó fér, hogy az az állapot, a mikor a hashártya meglevő vagy kóros nyílásán keresztül egy bélkacs a cseplestömlőbe, tehát hashártyával kibélelt üregbe belejut, nevezhető-e sérvnek; hiszen a sérv fogalmához tartozik, hogy a sérvtartalom az üreget kibélelő hashártyát maga előtt tolja. De a sérvkapu és a hashártyaboríték jelenléte practice jogosulttá teszi a sérv elnevezést. A szerint, a mint a cseplestömlőbe vezető sérvkaput annak rendes nyílása, a foramen Winslowi alkotja, vagy pedig egy kóros nyílás, van cseplestömlő-sérv rendes sérvkapuval vagy rendellenes sérvkapuval.

Hogy a foramen Winslowi mint sérvkapu valóban szerepelhet, azt anatómiai alkatánál és fekvésénél fogva sokáig kétségbe vonták; 1823-ban *Blaudin* azonban egy bonczolatkor csakugyan bizonyítottan találta ennek lehetőségét. Azóta az irodalomból mindössze csak 21 esetet tudott összegyűjteni *Jeanbrau* és *Riche*. Dolgozatuk megjelenése óta mindössze csak egyetlen egy esetet találtam közölve: *Corwardin*-ét. Pedig a foramen Winslowi rendes körülmények között van olyan tág, ha nem tágabb, mint a külső sérvkapuk: az újbegyert rendszerint befogadja. *Ancel* és *Sencert* 100 hullát vizsgáltak meg, hogy megállapítsák ezen nyílás tágasságát; 71 esetben az ujj bevezetése könnyen sikerült; a többi 29 esetben a bejutás a bursa ormentalisba nem volt lehetséges, dacára annak, hogy peritonealis összenövéseket eredményezett lobos folyamatok kimutathatók nem voltak. Az átjárhatatlanság okát egy kis szalag, a ligamentum cystico-duodenoepiploicum jelenlétében állapították meg.

Az epehólyag és az epeutak mütétei alkalmával felkeressük a foramen Winslowi-t és ujjunkat bevezetjük, hogy az epeutak kóros elváltozásairól felvilágosítást kaphassunk: tehát a sebészek előtt a foramen Winslowi átjárhatósága és tágassága iránt való tájékozódás gyakori dolog. Ha a sebészek ez irányú tapasztalatait összehasonlítjuk az anatómusokéval, akkor arra az eredményre jutunk, hogy a sebészek a foramen Winslowi-t sokkal gyakrabban találják megszükkültnek vagy teljesen átjárhatatlannak, mint az anatómusok. A sebészek tapasztalatai ugyanis epekőbajos egyénekre vonatkoznak, a kikben a peritonitises folyamatok nem ritkák a ligamentum hepatoduodenale körül.

Rendes viszonyok között a cseplestömlőbe vezető nyílás a középvonaltól jobbra mintegy 5 cm.-nyire foglal helyet; átmérője a verticalis irányban változatlan, de az anterior-posterior átmérő irányában megtágítható. Alakja sagittalis metszetben *Jeanbran* és *Riche* vizsgálatai szerint egy hymen falciforme alakjának felel meg. A nyílás nagysága tehát csak az egyik átmérő irányában változhatatlan és így a bélkacsok bejutását megkönnyítő időleges kitérítés lehetősége megvan.

Annak a ténynek tehát, hogy ezen sérvnek oly nagyon ritkák, más okai kell hogy legyenek. *Jonnesco* szerint ez az ok abban keresendő, hogy a nyílás a hasüregnek egyik legmagasabb pontján van elhelyezve, azon a helyen tehát, a hol a hasüri nyomás fokozódása igen kis, vagy semmi hatással sincsen. De nem ez a legfontosabb ok. A nyílás maga az öt körülvevő szervektől jóformán elvan fedve és a legszabadban mozgó vékonybelek vagy cseplest a haránt remese, illetve annak bélfordra által távoltartatnak a nyílástól.

Ahhoz tehát, hogy a foramen Winslowi-n át a cseplestömlőbe belejuthasson valamelyike a hasüri szerveknek, illetve, hogy ez a bejutás megkönnyíthessék, szükséges, hogy a kölcsönös viszony a nyílás és a belek között oly módon változzék meg, hogy a nyílás maga elhelyeződésénél, nagyságánál és átjárhatóságánál fogva a hozzá jutott belek befogadására alkalmas legyen, a belek pedig könnyen odajuthassanak. A nyílás részéről a sérv létrejöttét elősegítő körülmények a következők:

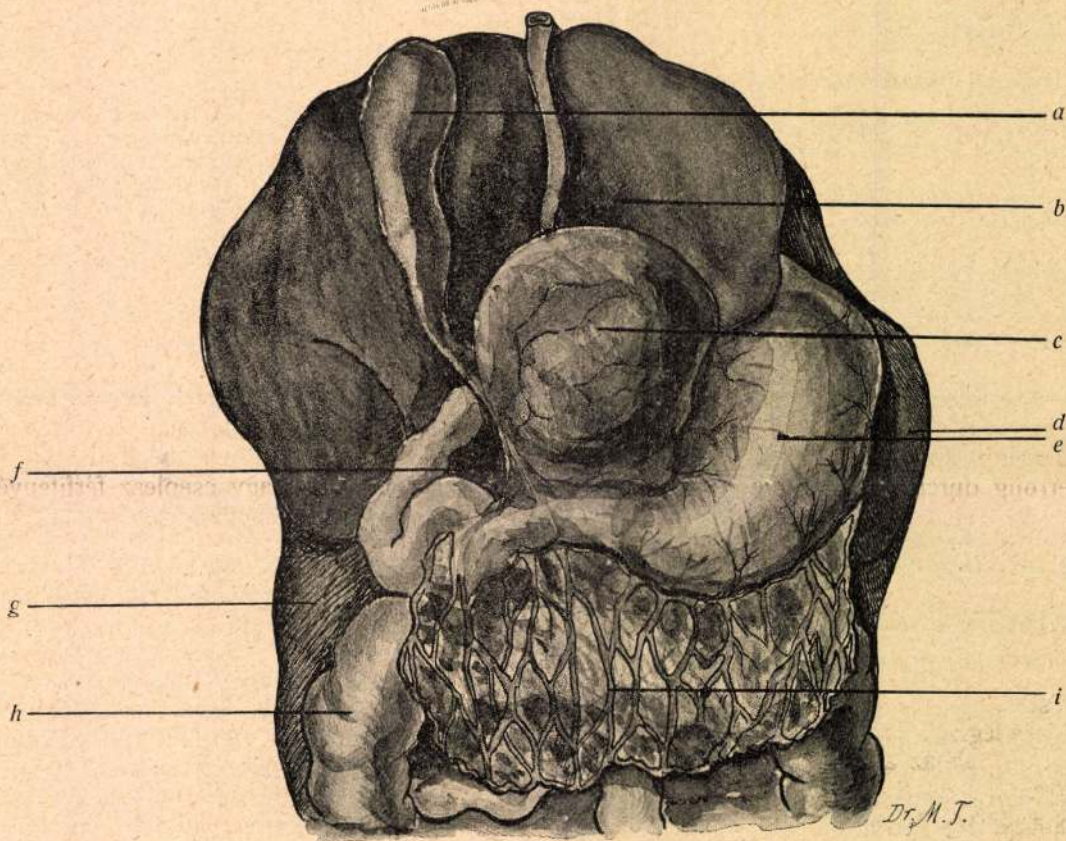
1. *A nyílás tátongása és tágassága.* Mint tudjuk, a nyílás rendszeren egy ujj számára járható át és falai érintkeznek egymással, úgy hogy tulajdonképpen nem is nyílás, hanem rés vagy hézag alkotja a közlekedést a szabad hasüreg és a cselesztömlő között. (A francia szerzők hiatus Winslowi-ról beszélnek és nem foramenről). A cselesztömlősérv azon esetében, a melyet mi észleltünk, a nyílás két ujjhegyet kényelmesen befogadott; hasonló tágasságú volt a nyílás *Square, Gangolph, Treitz* és *Marten* esetében, *Delkeskamp*-ban 3 ujj, *Stecchi* esetében az egész kéz számára átjárható. A közölt cselesztömlősérv-eseteknek jelentékeny részében megemlítve találjuk, hogy a nyílást kitöltő bélkacsok visszahúzása után a nyílás erősen tátongott; így volt az a mi esetünkben is.

2. *A nyílásnak a középvonalhoz és a köldökhöz közelebb való fekvése.* A nyílásnak a középvonalhoz és a köldökhöz való távolsága a ligamentum hepato-duodenale-nak lefutásából, valamint a gyomornak, a duodenumnak, a pancreas-

legalább *Rehn, Jeanbrau* és *Majoli* eseteiben határozottan meg van említve, hogy nagy cselesztömlő vagy egyáltalában nem volt, vagy igen kicsi volt. *Treitz* esetében az egész nagy cselesztömlő darabkára zsugorodott; a mi esetünkben is igen hiányosan fejlődött, kevésbé érzett volt.

2. *A kis cselesztömlő megnagyobbodott volta.* Hogy vajjon a kis cselesztömlő megnagyobbodott volta, a mivel a cselesztömlő megnagyobbodása is együttjár, szerepel-e a sérv létrejöttét megkönnyítő okok között, vagy tisztán csak a gyomor verticalis elhelyeződésének a következménye-e: arra határozott választ adni nem lehet. *Treitz* és *Jeanbrau* eseteiben feltűnően meg volt nyúlva a kis cselesztömlő; mi egy férfitenyérenél nagyobb darabot reszekáltunk belőle.

3. *A mesenterium meghosszabbodása.* *Jeanbrau* és *Riche* kimutatása szerint 18 eset közül 12-ben vékonybél lépett be a foramen Winslowin keresztül a cselesztömlőbe. Így volt ez *Coirwardine* esetében is; ez pedig csak úgy lehetséges, hogy a mesenterium meghosszabbodása folytán a vékony-



a = epehólyag, b = máj, c = cselesztömlősérv, d = lép, e = gyomor, f = ligam. hepato-duodenale, g = vese, h = colon, i = zsugorodott nagy cselesztömlő.

nak és a májnak, illetve az epehólyagnak az elhelyeződésétől függ. A mint ezen szervek rendes helyzete megváltozott, megváltozik a ligamentum hepato-duodenale lefutása és vele együtt a foramen Winslowi helyzete is. A gyomornak verticalis elhelyeződése, a duodenumnak a pancreas középső részéhez való rögzítettsége a nyílást a középvonal felé és egyszerűsített lefelé is dislokálja; hogy ezen elhelyeződés csakugyan szintén megkönnyíti a sérv keletkezését, a mi esetünk bizonyítja, a melyben a foramen Winslowi feltűnően medialis elhelyeződésű és mélyebb fekvésű volt. Esetünkben, valamint *Neve* esetében a gyomor verticalis elhelyeződése, *Picado* és *Treves* esetében a máj bal lebenyének és a gyomornak dislocatiója együtt járt a foramen Winslowinak a középvonal felé való eltolódásával. *Treitz* esetében a gyomor majdnem teljesen egyenes volt, duodenum jóformán alig volt.

A hasüri szervek részéről:

1. *A nagy cselesztömlő teljes hiánya vagy csökevényes fejlődése.* A nagy cselesztömlőnek jelentékeny szerepe van abban, hogy a vékonybél nem juthatnak bele a foramen Winslowiba;

belek szabadon, minden feszülés nélkül juthatnak a colon, illetve a gyomor és a duodenum felett a subhepatikus tájékra.

4. *A mesocolon meghosszabbodása.* A vastag belek belejutása a cselesztömlőbe félszer oly gyakran észleltetett, mint a vékonybélké; ez könnyen érthető is: a bélfodor rövideje nem engedi meg a vastagbélnek a foramen Winslowiba való jutást. Még aránylag legkönnyebben a haránt remese kerülhet be a sérvkapuba, de észlelték a vakbél (*Mori*) és a felhágó remese belejutását is. Ez természetesen csakis úgy lehetséges, hogy a bélfodor erősen megnyúlt és ez által az illető, különben rögzített vagy alig mozgatható bélrészlet mozgékonyabbá válik.

Mielőtt annak fejtegetésébe bocsátkoznánk, hogy ezen felsorolt rendellenességek, a melyek a cselesztömlő sérveinek létrejöttét a foramen Winslowin át elősegítik, milyen körülmények között jönnek létre, azon cselesztömlősérv keletkezésének körülményeit kell ismerni, a melyeken a sérvkaput nem a foramen Winslowi alkotja.

Schumacher nemrégiben megjelent dolgozatában egy operált eset kapcsán pontos tanulmány tárgyává tette a cseplesztömlő azon sérveit, a melyeknek a sérvkapuja nem a foramen Winslowi volt. Ilyen rendellenes nyílások szerinte lehetnek: 1. a kis csepleszben, 2. a nagy cseplesz össze nem tapadt lemezei között (úgy a ligamentum gastrocolicumban, mint a nagy cseplesz egyéb helyein), 3. a haránt remese bélfodrában és 4. a hátulsó hasfal fali hashártyájában.

Az ezen helyeken levő nyílások természete után kutatva, illetve pathogenesisüket tanulmányozva, *Schumacher* arra a következtetésre jutott, hogy a mesocolonban levő nyílás keletkezés módja az eseteknek egy részében biztosan megállapítható, teljesen eltekintve azoktól, a hol a hiány műtét alkalmával készült (gastroenteroanastomosis retrocolica után; *Sick*, *Terrier* és *Moynihan* esetei). Ugyanis saját esetével együtt 6 olyan esetet tudott összegyűjteni, a melyben a mesocolon transversumban levő hiány és a gyomor peptikus fekélye között összefüggést lehetett megállapítani. Saját esetében a kizáródott cseplesztömlősérv mellett egyidejűleg gyomorfekélyei is voltak a betegnek, a melyek közül az egyik a pancreas alsó szélével össze volt kapaszkodva. Még szembevetőbb az összefüggés a gyomorfekély és a mesocolon hiánya között *Dittrich* esetében, a hol a nyílás felső szélének megfelelő bélfodorrészlet a gyomor nagy görbületéhez volt odarögzítve, azon helyhez, a melynek megfelelőleg egy peptikus fekély találtatott. Hogy mi módon okozhat a gyomorfekély ilyen hiányokat, azt *Schumacher* következőleg magyarázza meg: „Das an der Magenhinterwand sitzende Geschwür hatte zu entzündlichen Prozessen in der Umgebung, zu Verwachsungen mit Pankreas und Mesocolon transversum geführt. Diese Verwachsungen sind später teilweise abgerissen werden, oder es kann ein Einriss in der Nähe der adhärenen Stelle erfolgt sein, denn das Mesocolon hatte von seiner Beweglichkeit und Dehnbarkeit eingebüsst, einerseits durch abnorme Fixation, andererseits durch pathologische Veränderung seines Gewebes Zerrung durch das gefüllte Colon, starke Aktion der Bauchpresse (Brechen), Erschütterung des Körpers werden dabei als direkt veranlassende Momente in Frage kommen.“

Schumacher ezen magyarázata teljesen elfogadható, mert ismeretes, hogy a gyomorfekély callosus alakjainak összenövése a colon transversummal, valamint annak bélfodrával, nem tartozik éppen a ritkaságok közé. A fekély meggyógyulása után keletkezett vastag heg zsgorodása folytán az összenövés helye között álszalag képződhet, a melynek elszakadása kisebb-nagyobb hiányt okozhat a mesocolonban. Már az a körülmény is, hogy ezen fajta szerfelett ritka sérvek közül 6 olyan esetet tudott *Schumacher* összegyűjteni, a melyekben a jelenlevő fekély és a defectus közötti összefüggés határozottan megállapítható, és még hármát, a melyben az valószínűnek mondható, eléggé bizonyítja, hogy a bursa omentalis sérveinek pathogenesisében a gyomorfekély fontos szerepet játszik. Ez természetesen csakis a rendellenes sérvkapuval bíró cseplesztömlősérvekre nézve vehető be igazoltnak.

A foramen Winslowin keresztül létrejött sérvek pathogenesisének kérdése eddig még nincsen tisztázva; *Jeanbrau* és *Riche* terjedelmes és kimerítő dolgozatukban a foramen Winslowi anatómiájával és a keletkezett sérvek tünettanával valamint kezelésével foglalkoznak kimerítően, a nélkül, hogy a pathogenesis kérdésére kitérnének.

Az az eset, a melyet operálni alkalmunk volt, a kérdésnek ezen szempontból való megvilágítására igen alkalmas. Az eset a következő:

K. Gyula, 27 éves gyári munkás két év óta szenved gyomortáji fájdalmakban, a melyek miatt állandó belgyógyászati kezelésben állott. A fájdalmak rendszeren étkezés után hosszabb idő múlva állnak be és a hát felé sugároznak ki. Savanyú felbőfögése és gyomorégése nem volt. Két hét előtt több ízben vért hányt és széke azóta szurokszerű; nagyon elgyengült, munkaképtelen.

1910 december 21.-én vétetett fel *Réczey* tanár klinikájára. Felvételtkor az egész epigastralis tájék nyomásra min-

denütt fájdalmas; a gyomortartalom nem véres, a sósav kis fokban megszáporodott. Húsmentes diéta mellett székletében vér mutatható ki.

A kórjelzést gyomor- vagy duodenalis fekélyre tettük és e miatt 1910 december 27.-én veronal-chloroform-narcosisban megoperáltuk; metszés a középvonalban a köldökig. A hasüreg megnyitása után azonnal szembetűnik, hogy a majdnem teljesen verticalisan elhelyezett gyomor kis görbülete felett az erősen kitágult és megnyúlt kis cseplesztől fedve egy gyermekfejnyi vékonybél-conglomeratum foglal helyet; ennek visszahúzása a hasüregbe a foramen Winslowin át könnyen sikerül. Maga a Winslow-lik 2 ujjat könnyen befogad, szélei tátonganak, a lik erősen a középvonal felé tolódott el (lásd az ábrát). A nagy cseplesz és az appendices epiploicae fejletlenek. A duodenum pars horizontalis superiorjának fala mintegy négy harántujjni darabon elöl és alul megvastagodott, a serosa belövelt, helyenként behúzódtott. Typusos pylorus-kirekesztés, *Eiselsberg* szerint gastroenteroanastomosis retrocolica posticával. A megnyúlt ligamentum hepato-gastricumból tenyérnyi darabot hosszirányban kimetszünk és az így készített nyílást harántirányban egyesítve, a gyomrot magasabbra emeljük.

Hasfalegyesítés három rétegben.

Teljesen zavartalan per primam gyógyulás. Műtét után a beteg fájdalmai megszűntek, jól táplálkozik. A 12., 16. és 21. napon húsmentes táplálkozás mellett végzett vizsgálat a székletében vért kimutatni nem tudott. 1911 január 21.-én gyógyultan hagyja el a klinikát.

Esetünkben tehát egy vékonybél-tömeg a foramen Winslowin át jutott a cseplesztömlőbe és a műtét alkalmával a gyomor kis görbülete felett a kis cseplesztől beborítva találtatott. A tömlő tartalmát tevő vékonybelek igen könnyen voltak előhúzódtók, semmiféle lezorításnak nyoma sem volt. A cseplesztömlő kiürítése után a foramen Winslowi tátong, két ujjhegyet kényelmesen befogad és erősen a középvonal felé tolódott el. A nagy cseplesz férfitenyérnél alig nagyobb, kevésbé erezett és az appendices epiploicae fejletlenek. A gyomor tágult, majdnem teljesen verticalis elhelyeződésű, a kis cseplesz erősen meghosszabbodott. Semmi más rendellenesség nincsen.

A duodenum pars horizontalis superiorjának fala mintegy négy harántujjni darabon elül és alul megvastagodott, serosája belövelt, helyenként köldökszerű behúzódtásokat mutat, tehát duodenumfekély van jelen, a mely bántalom miatt történt tulajdonképpen a műtét beavatkozás, minthogy a cseplesztömlősérv előre nem diagnoskáltatott.

A kérdés már most az, hogy tiszta véletlen-e, hogy a betegnek a duodenum-fekélylyel egyidejűleg cseplesztömlősérve is volt, vagy pedig a kettő között valami összefüggés van olyan értelemben, mint a hogy azt *Schumacher* a gyomorfekélyre és a mesocolon-defectusokon keresztül létrejött cseplesztömlősérvekre nézve kimutatta.

Hogy eziránt valami tájékozást szerezzek, áttanulmányoztam a *Jeanbrau* és *Riche* dolgozatában in extenso közölt esetek kórtörténetét és bonczolási jegyzőkönyvét, valamint *Corwardine* esetét is, figyelvén arra, hogy nincsen-e valamelyikben említés téve arról, hogy a betegnek duodenalis fekélye van vagy volt. Egyetlen egy esetben sem találtam említést duodenalis fekélyről; három eset kórelőzményi adataiban (*Majoli*, *Stecchi* és *Mori*) találtam ugyan olyan panaszokat, a melyek duodenalis fekélyre vonatkozhatnának, de nagyon jól tudjuk, hogy éppen a duodenalis fekély okozta tünetek különbözök és a diagnosis sokszor igen nehéz.

Egy dolog azonban feltűnt az esetek átvizsgálásakor: az t. i., hogy azon 16 eset közül, a melyben a beteg neme meg van említve, 13 volt férfi és csak 3 nő. *Corwardine* beteg is férfi volt, a mienk is. Tehát 18 eset közül 15 férfi és 3 nő.

A duodenumfekélyről tudjuk, hogy főleg a férfiak betegsége; így *Moynihan* 186 esete közül 73.6% volt férfi; *Mayo* 261 esete közül 77%. Tehát azt a tényt a közölt esetekből meg lehet állapítani, hogy a foramen Winslowin ke-

resztül létrejött cseplesztömlősérvek legnagyobb része férfiakon észleltetett, a kikben pedig a duodenum-fekélyek jóval gyakrabban fordulnak elő, mint nőkben.

Az a körülmény, hogy a közölt esetek egyikében sincs megemlítve, hogy a betegnek duodenalis fekélye volt, nem bizonyítja azt, hogy valóban nem is volt. Hiszen a közölt esetek közül azokban, a melyek műtét tárgya voltak, a műtét a sérvkizáródás miatt végeztetett ileustünetek között és ilyen körülmények között az elzáródás helyének felismerése (a mi az e fajta sérveknél nem éppen könnyű dolog) és a leszorítás megoldása annyira igénybe veszi a műtöt, hogy egy duodenalis fekély jelenléte könnyen elkerülheti figyelmét, különösen akkor, ha annak lehetőségére nem is gondol.

De az is könnyen lehet, hogy a duodenum-fekély a műtétkor már meg van gyógyulva, de azok az elváltozások, a melyek a sérv létrejöttét elősegítették, mégis csak a fekélynek a következményei.

T. i. a duodenumfekély is éppen úgy hegesedéssel gyógyul, mint a gyomorfekély. A heg nagyságától, elhelyeződésétől és az esetleges odanövésektől függ már most, hogy a ligamentum hepato-duodenale körül olyan elváltozások jöjjenek létre, a melyek a foramen Winslowi median és lefelé való eltolódását, valamint a nyílás megnagyobbodását vagy tátongását eredményezik.

Hogy a duodenumfekély meggyógyulása utáni hegesedés csakugyan okozhat úgy a choledochusban, mint a ductus pancreaticusban leszorításokat, az ismeretes; de a hegesedés ráterjedhet a kis csepleszre is, a melynek elülső lemeze a ligamentum hepato-duodenale képleteit befedi. *Marchiafava* közöl egy esetet, a melyben a choledochus leszorítása a periduodenitishez társult lobos omentum minus zsugorodása folytán jött létre. Rendkívül értékes adatot szolgáltat a heges zsugorodás jelentőségét illetőleg *Frerichs* esete, a melyben a fekély okozta periduodenalis odanövések zsugorodása a vena portae szorította le és thrombosist okozott.

Éppen ez a hely az, a melyről *Jeanbrau* és *Riche* alapos anatómiai tanulmánya kimutatta azt, hogy itt tágítható a foramen Winslowi a legkönnyebben minden mellék-sérülés nélkül. Az említett szerzők ugyanis megállapították azt, hogy a ductus choledochus retroduodenalis része nem érintkezik közvetlenül a vena portaevel, hanem közöttük tér van, a melyet ők spatium interporto-choledochicumnak neveztek el. Ez a hézag hosszú, háromszög alakú, a duodenum felé tekintő alappal és a foramen Winslowinak alsó szélét alkotja. Ha a vena portae és a ductus choledochus közötti tért behasítjuk, a foramen Winslowit annyira tágíthatjuk, hogy két, sőt három ujj is bevezethető a cseplesztömlőbe.

Ha a duodenum ezen részén van a fekély (*Moynihan* szerint az eseteknek 95%-ában van ez így) és a fekélynek megfelelő bélserosa lobosodása átterjed a kis csepleszre, akkor a gyógyulás folyamán létrejövő zsugorodás a foramen Winslowi alsó szélét könnyen lefelé húzhatja és ezzel egyidejűleg tátongóvá teheti, sőt meg is nagyobbíthatja. Ha a hegesedés a pancreasra is ráterjedt és a gyomornak következményes tágulása is beállott: a foramen Winslowinak a középvonal felé való eltolódása, a kis cseplesz megnyúlása szintén bekövetkezhetik. A fekély körüli lobos mirigyek visszafejlődése szintén hozzájárulhat a foramen Winslowi megnagyobbodásához.

Így kellett lenni ennek a mi esetünkben is; a duodenum-fekély olyan elváltozásokat hozott létre a foramen Winslowi széléiben, a melyek a vékonybélkacsok bejutását a cseplesztömlőbe megkönnyébbítették. Ha jövőben ezen összefüggés lehetőségére figyelemmel leszünk, valószínűleg lehetséges lesz megállapítani azon összefüggést, a mely a duodenalis fekély és a bursa omentalis sérveinek azon alakjai között van, a melyekben a foramen Winslowi alkotja a sérv-kaput.

Főnökömmnek, *Réczey Imre* ő méltóságának köszönettel tartozom az eset átengedéséért.

Irodalom. *Blandin*: Anatomie topographique, 1834. — *Jeanbrau* et *Riche*: L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow (Revue de Chirurgie, 26. évfolyam, 33. kötet). — *Corwardin*: Note on a case of hernia through the foramen of Winslow (Lancet, 1908). — *Ancel* et *Sencert*: Les ligaments hépatiques (Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, 1903). — *Jonnesco*: Hernies à travers l'hiatus de Winslow. Paris, 1890. — *Schumacher*: Die Hernien der Bursa omentalis mit abnormen Eintrittspforten (Beiträge zur klin. Chir. 66. k.). — *Mayo*: Duodenal ulcer (Annals of surgery, 1904). — *Marchiafava*: Über einige Folgen der einfachen Duodenalgeschwüre (Zentralblatt f. allg. Pathol. 1906). — *Frerichs*: Klinik der Leberkrankheiten. — A részletes irodalmat l. *Jeanbrau* et *Riche*, valamint *Schumacher* dolgozataiban.

Néhány megjegyzés a salvarsan-kezelés értékéről és alkalmazásáról.

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

Ha visszatekintünk az elmúlt hónapok salvarsan-irodalmára és egybevetjük annak adatait a saját tapasztalásunkkal, arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy mennyire helyén való volt az óvatosság és a szigorú kritikai mérlegelés, melyet a szer alkalmazása körül követtünk. Minden tapasztaltabb orvos tudja, hogy az új gyógyszereknek és eljárásoknak, még a legjobboknak is, nagyjában egyforma a pályafutása. Kezdetben hangosan, sőt túlhangosan dicsérik az új szernek vagy eljárásnak kiváló hatását, majd pedig, a mikor kiderülnek a vele járó kisebb-nagyobb hátrányok, reakcióképpen a dicséret sokszor lebecsüléssé válik, míg végül a gyakorlat és tapasztalás arra a polczra helyezi, a melyet értékének megfelelően megérdemel. Az *Ehrlich*-féle gyógyszerrel sem jártunk másként, sőt mivelhogy a várakozás kezdetben szinte példátlanul volt fölcsigázva, a reactio annál nagyobb bizonyossággal volt előre jósolható. Pedig még alig volt gyógyszer annyira tudományosan és kísérletesen tanulmányozva és megalapozva, mint éppen a salvarsan. Véleményünk szerint azonban éppen ebben a körülményben rejlik a túlcsigázott várakozásnak a magyarázata is. Mert az állatkísérlet érdekes és tanulságos eredményét egyszerűen átültethetőnek vélték az emberi syphilis pathológiájába. A tévedés csirája abban rejlett, hogy nem lehet az állati és kísérleti syphilist szoros analogiába hozni az emberi syphilissel. A különbség a két folyamat klinikája és így a terapiája között is oly mérhetetlen nagy, hogy az analogiához való szoros ragaszkodás mindenkor csak tévedésre vezethet.

Az *Ehrlich*-féle salvarsanról a nézetek ily módon fölötte megváltoztak és aligha tévedünk, ha fölveszszük, hogy e pillanatban az orvosi vélemény nagyon is ridegen, talán túlságosan ridegen és skeptikusan viselkedik a szerrel szemben. Pedig ez megint téves álláspont, mert ellene szólnak azok az elvitázhatatlan valódi terapiás eredmények, a melyeket minden kísérletező orvos bizonyára tapasztalt. A ki csak néhány ilyen jó eredményről meggyőződhetett, az a megfelelő esetben nem szívesen fogja a szert nélkülözni. Az alkalmazásától csak akkor kellene véglegesen elállani, ha a további tapasztalás a kellemetlen és veszedelmes mellékhatások gyakoribb előfordulására tanítana.

A salvarsan hatására vonatkozóan az eddigi általános tapasztalás azt bizonyítja, hogy a szer sok esetben föltűnő gyorsan befolyásolja és gyógyítja a syphilises tüneteket. Hatásos antisiphilises tulajdonságait a lueses tünetek elmulasztása körül tehát kétségbe vonni nem lehet. Megerősíti ezt a saját $\frac{3}{4}$ éves tapasztalásunk is. A salvarsan e tulajdonságának megállapítása után a legközelebbi kérdés, mely az orvosokat érdekelte, az volt, hogy fölébe helyezhető-e az évszázadosan használt kénesőnek? Véleményünk szerint erre még egyáltalában nem vagyunk följosítva. A kéneső fölé a salvarsant csak akkor lehetne és kellene helyezni, ha alkalmazása nyomán kiderült volna, hogy egyrészt a recidivák későbbben és gyéribben jelentkeznek, másrészt az esetleges kísérő kellemetlen melléktünetek legalább is nem nagyobbak és gyakoribbak, mint a kénesős kezelés folyamán. Az eredmény a salvarsan-kezelés nyomán azonban úgy a recidivák, mint a kísérő melléktünetek kérdésében nem jobb a kénesős keze-

lésénél s így a mérleg serpenyője már e miatt sem billen az új gyógyszer javára.

A salvarsanos kezelés sokat ismertetett sikereihez elég sok kudarc is szegődött, mert akárhány esetben meggyőződhetek a kísérletezők, hogy még a tünetek elmulasztása körül is hiányos volt a therapiás eredmény. Elfogulatlan kritikával általában azt lehet mondani, hogy minden jó és kiváló sikerű esettel egy kevésbé jó eredményű esetet lehet szembeállítani. E két szélsőség között mozog azután az esetek nagyobb része, a melyben a symptomás gyógyulás eredménye hasonló a kénesőéhez.

A salvarsan fölénye a kénesős kezeléssel szemben akkor mutatkozott volna a leghatásosabban, ha a kezdetben szétben hangoztatott sterilisatio legalább az esetek egy részében kétséget kizáróan beállott volna. Mi ezt a követelményt a főntebbi összehasonlításban szándékosan elhagytuk, mert a sterilisatio már eleve nem látszott valószínűnek és egykönnyen elérhetőnek. Ez a kételkedésünk nem elvi alapon nyugodott — mert igenis elképzelhető, sőt vannak rá adataink, hogy a syphilis egészen kivételesen és salvarsan nélkül is egyetlen kénesős kezelésre teljesen meggyógyulhat —, hanem azon alapult, hogy a salvarsannak az emberi syphilisre sterilizáló hatását a kísérleti állatsyphilisben elért eredményből következtették. A nagy gonddal és fáradsággal végzett kísérletek tömegéből ugyanis elég gyorsan és határozottan kimagaslott az a tapasztalás, hogy a kísérleti úton syphilissel beoltott állatok egyetlen salvarsanos injectiótól véglegesen meggyógyulhatnak. A végleges gyógyulás legdöntőbb érve az állatnak syphilissel való újrafertőzhetősége volt. Nyilvánvaló, hogy a kísérletes állatsyphilisnek ez a gyógyíthatósága befolyásolta leginkább a vizsgálókat az emberi syphilis egy csapásra való gyógyíthatóságának kérdésében. Pedig mily távol áll a kísérletes állatsyphilis az ember syphilisétől! Az állatokon, még pedig úgy a majmon, mint főként a házinyúlón létrehozott syphilis ugyanis oly szegényes tünetű és tengődő folyamat, hogy a legtávolabbi sem mérhető össze az ember luesének szinte határtalanul változó és gazdag tüneteivel s így a kioltásához nem is szükséges olyan erőteljes szer, mint a minő a salvarsan. Hiszen már más arsenes készítménnyel is sikerült ezt a majmon elérni.

Jóllehet a sterilisatióról, tehát az egy csapásra való kigyógyulásról az utóbbi hónapok szerzői általában már hallgatnak, mégis fölvetődik elvéve egy-egy kísérlet, mely bizonyítani óhajtja egyik-másik syphilis-esetről, hogy a baj egyetlen salvarsan-kezelésre véglegesen meggyógyult. Bizonyítaná ezt a kezelést nem sokkal később követő syphilis reinfeció (*Milian, Stühmer*). A nélkül, hogy e kérdés részletes kritikájába belemennénk, e helyütt csak azt jegyezzük meg, hogy az irodalomban eddig hozzáférhető reinfeció esetek korántsem tekinthetők olyanoknak, a melyekben ez a sokat vitatott esemény minden kétséget kizáróan csakugyan bebizonyosodott volna. A tévedésnek itt tág tere nyílik s csak arra utalunk, hogy a legközelebb eső tévedés abban rejlik, hogy a recidivát tekintik újabb primaer affectiónak.

Már említettük, hogy az esetek nagy számában a salvarsannal, csak úgy, mint a kénesővel vagy olykor a joddal is, igen jól befolyásoljuk a syphilis egyes tüneteit. Az új szer tehát — a mint azt már más alkalommal¹ kifejtettük — a jod és a kéneső mellett egy jelentékeny *harmadik* anti-syphiliticum, mely mint olyan újabb fegyver a syphilis elleni küzdelemben. Az akkor kifejtett és fölállított indiciók további tapasztalásunk szerint ma is megállanak, mert ma is csak azt mondhatjuk, hogy a salvarsannal többek között azokban az esetekben érhető el a legszebb sikerek, a melyekben a syphilis makacsul recidiváló vagy minden kénesős kezelésnek dacolnia látszó nyálkahártyatünetekben nyilvánul. A tünetek ilyenkor a legtöbbször feltűnő gyorsan elmúlnak, sőt olykor tartósan el is maradnak. Szép sikert láttunk továbbá azokban az esetekben is, a melyekben a syphilis kén-

esővel elaprózva s így elégtelenül lett kezelve, a minek azután gyakori következménye az, hogy a recidivák minduntalan ismétlődnek, sőt permanentiában vannak. Lues maligna eseteiben a salvarsan kétségkívül a leghatalmasabb gyógyszernek bizonyult, ez oly általános és sokszorosán beigazolt tapasztalás, hogy nézeteltérés e kérdésben a jövőben sem várható. Végül kiemeljük még azt a tapasztalásunkat, hogy a salvarsan-kezelés föltűnő jó eredménnyel szokott járni azokban a syphilis-esetekben, a melyekben valódi malignus jelleg nélkül, egyik-másik lueses tüneten kívül a beteg anaemiás, elgyengült és lesóványodott.

Ezek a most egészen vázlatosan felsorolt körülmények azok, a melyekben a lues tünetes kezelésében a salvarsantól különösen jó eredményeket szoktunk nyerni. A szer valódi indiciói főként ebben a körben mozoghatnak a gyakorlatra nézve. Természetes, hogy a különösebb indiciók a salvarsanra nézve egyéb, főként külső okok miatt még szaporíthatók. Főnnálló stomatitis, rendkívül rossz fogazat jön itt elsősorban tekintetbe, különösen akkor, ha az akadály elhárítására a főnnálló tünetek miatt nincsen kellő idő. Szinte magától értődő dolog, hogy a kéneső iránti idiosyncrasiát is ide kell sorolnunk, a melyre nézve csak azt kell megjegyeznünk, hogy távolról sem olyan gyakori körülmény, a mint az számos, a salvarsan-kezelésre vonatkozó újabb közlésből következn látszik.

A syphilis egyéb eseteiben a salvarsannak még a tünetek elmulasztása körül sincsen különösebb indiciója a kénesővel szemben, sőt olykor még a joddal szemben sem.

A latens syphilis eseteiről csak egészen röviden óhajtunk megemlékezni. Ezekben, különösen a későiekben, más mértékünk, mint a *Wassermann*-reakciónak a kezeléssel szemben való viselkedése, legtöbbször nincsen. E kérdésben az irodalmi adatok és a saját tapasztalásunk alapján az a véleményünk, hogy a salvarsan-kezelés viselkedése és befolyása a pozitív *Wassermann*-reakcióval szemben alig tér el a kénesőtől. Általános tapasztalás, hogy az esetek egy jó részében az egyszerű antilueses kezelés a pozitív reactiót negatívvá tudja átfórnálni. Ez a negatív reactio azután néhány hét vagy hónap multán rendszerint ismét pozitívvá válik, föltéve, hogy közben újabb kúrára nem került a sor. Ez a tapasztalás már néhány év óta a kénesőre vonatkozóan meg van állapítva s ugyanazt az eredményt találjuk a salvarsan-kezelés nyomán is. Tapasztalásunk szerint általában jóval könnyebben és gyakrabban észlelhető az antilueses kezelésnek ez a befolyása a syphilis korai szakában, tehát az első években, mint a későbbi időben. Valamely antilueses kúrának a pozitív reactióra való befolyását vizsgálva, véleményünk szerint mindig ajánlatos, ha a latens syphilis-eseteket koruk szerint csoportosítjuk ú. n. koraiakra, melyekben az infectio időpontja 4—5 éven innen van és ú. n. későiekre, a melyekben ez az időpont a 4.—5. éven túl van. A korai latens esetekben a pozitív *Wassermann*-reactio egyetlen erélyes kéneső-kúrára is (pl. 10 3 gr.-os, 10 4 gr.-os és 10 5 gr.-os kenés) elég gyakran reagál, a mennyiben negatívvá válik, a mi azután sokszor hosszú időn át fönnáll, sőt olykor talán állandóan megmarad. Más a tapasztalás az ú. n. késői latens esetekben. Ezekben a különböző időkben többszörösen vizsgált esetekben a pozitív reactio nagy következetességgel állandóan mutatkozik, s reá az antilueses kúra befolyása, bármily erélyesen látunk is hozzá, mindig kérdéses lesz, mert tapasztalás szerint a reactio a legtöbbször változatlanul pozitív marad, vagy változás esetén is rövid idő múlva újra pozitív lesz. Ez a tapasztalásunk már hosszabb idő óta a kénesős kezeléssel, de ez tapasztalható a salvarsan-kezelés nyomán is. Legfeltűnőbbben bizonyítja ezt *Gutmann*² vizsgálata. E vizsgáló 2 késői latens esetben (12, illetőleg 14 éves latens lues-eset) 2—6 héten belül 3 ízben adott intravenás salvarsan-injectiót (összesen 1·2—1·5 gr.-ot) és a reactio utóbb is pozitív maradt. Ezzel szemben a korai esetek ezen kissé erőszakos kezelésnek nevezhető therapiára negatív reactióra vezettek.

¹ *Guszman*: A syphilisnek az Ehrlich-Hata-féle arsenkészítménnyel való kezelése. Orvosi Hetilap, 1910. 42. sz.

² *Gutmann*: Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 9. sz.

Ismeretes, hogy újabban mindjobban szaporodnak az olyan esetek, a melyekben a syphilitis egyén hol átmenően, hol meg tartósan megsínlette a salvarsanos kezelést. A nélkül, hogy e kérdésre, a melynek már is óriási az irodalma, bővebben kiterjeszkednénk, csak röviden óhajtjuk a következőket megemlíteni. Bizonyos az, hogy az orvoslás elvben nem rettenhet vissza minden olyan hatásos szer vagy eljárás alkalmazásától, mely elvéte bajt is okozhat avagy veszedelmet rejthet magában, mert különben az orvos talán éppen a legválságosabb helyzetben hamar megakadna ténykedésében. Hiszen tudjuk, hogy éppen a leghatásosabb szerek vagy eljárások azok, a melyek olykor kétélű fegyvernek bizonyulnak. De viszont az is bizonyos, hogy az orvos a több-kevesebb veszedelmet vagy csak kellemetlenséget is magában rejtő szert vagy eljárást csak akkor veheti a betegek érdekében megnyugvással igénybe, ha tapasztalása alapján vagy mérlegeléssel rájön, hogy azzal *jobban* segíthet, illetőleg *csak azzal* segíthet. De még abban az esetben is figyelmebe kell vennie, hogy nem túlságosan gyakori-e az a kellemetlenség vagy baj, melyet az egyébként hatásos kezeléssel esetleg elér, mert ha igen, akkor azzal föl kell hagynia. Ez a nil nocere elve az, mely az egész orvosi működésben kell, hogy végighúzódjék. E szempontból kell tehát a salvarsan-kezelést is tekintenünk.

A salvarsanos kezeléssel járó esetleges ártalmak véleményünk szerint főként 3 csoportba sorolhatók. Tekintetbe kell ugyanis vennünk: 1. a kezelés technikáján múló bajokat, 2. a szer saját mérgező tulajdonságait és 3. a kezelés nyomán még jelentkező sajátságos, a régi tapasztalástól többé-kevésbé eltérő recidivák minőségét.

A technika folytán támadó kellemetlenségek és mellék-tünetek különösen kezdetben mutatkoztak, a mikor az intraglutealis és subcutan injectiókat még meglehetősen kezdetleges alakban alkalmazták. A nagytömegű intraglutealis és az eredeti *Wechselmann-Michaelis*-féle subcutan, egy tömegben való injectiókat ma már alig végzi valaki. Az intraglutealis injectiók kisebb tömegben és esetleg más közegben (olaj, vasenol) adva még mindig járhatnak ugyan ártalommal (necrosis, ideg-érsérülés), de azért ez bizonyos gyakorlattal az esetek nagy tömegében elkerülhető. A subcutan injectiók technikai hátránya leginkább az, hogy olykor a szúrás helyén kisebb-nagyobb necrosis vagy tályog képződik. A restitutio ilyenkor fölötte lassan megy végbe és hónapokig is eltart, ha csak műtéti beavatkozással nem siettetjük a gyógyulást. Ez a complicatio, melyet bár a betegek minden baj nélkül el szoktak viselni, ma már jóval ritkábban fordul elő, mert a szert nagyobb felületre, több helyre elosztva fecskendezzük be. A technikával járó közvetlen ártalmak kétségtelenül legkevésbé az intravenás injectio alkalmazásával mutatkoznak, a mihez még az is jár, hogy ez az eljárás tökéletesen fájdalomtalan. Kellemetlenek, sőt néha ijesztők azonban azok az általános tünetek, a melyek az injectio nyomán azonnal jelentkezhetnek (rázóhideg, láz, szédülés, hányás stb.). Ezek azonban tulajdonképpen a szer közvetlen hatásának az eredményei, illetőleg azon óvintézkedések elmulasztásának következményei, a melyekre legutóbb *Wechselmann*³ figyelmeztetett. Fontos és az irodalomban csak elvéte érintett (*Buschke*) kérdés az intravenás therapiában az, hogy miként viselkedik a vérpályába jutott salvarsan-oldat. Fölvehető ugyanis, hogy a szer helyenkint talán kicsapódott alakban vesztegel, a mi azután bajt is okozhat, ha az fontosabb szövetfajtában vagy szervrészletben esik meg, mivelhogy főként *Martius* vizsgálataiból tudjuk, hogy a szer bármely szövetfajta necrosisra bírhat. A lehetőségét, hogy a salvarsanból egyes részletek hosszabb ideig vesztegelnek a szervezetben, *Buschke*⁴ azzal a leletével teszi valószínűvé, hogy az intravenás injectio (0.5 gr.) után még 8 héttel később is tudott arsen kimutatni. Másfelől azonban az is igaz, hogy az esetek legnagyobb számában a teljes arsenmennyiség 3—4 nap leforgása alatt hagyja el a szervezetet.

³ *Wechselmann*: Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 17. sz.

⁴ *Buschke*: Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 1. sz.

A salvarsanos injectiókkal esetlegesen járó ártalmak második és kétségkívül fontosabb csoportja az, mely a szernek közvetlenül mérgező hatása miatt jut nyilvánulásra. Az irodalomban ma már nagy számban található ilyen esetek. Nem szükséges ezért azokra bővebben kitérnünk. Csak röviden említjük, hogy a mérgező hatás bármely kezelt betegen mutatkozhatik ugyan, mégis bizonyos, hogy főként a beteg ér- és idegrendszerű egyének vannak különösen veszélyeztetve ezen különböző ártalmak kifejlődésében. Valószínű, hogy mi azért találkoztunk csak egészen kivételesen a szer következtében létrejött bántalmakkal, mert már eleve kizártuk a salvarsankezelésből az ér- és idegrendszerük tekintetében beteg egyéneket, szintűgy a 45—50 évnél idősebb betegeket.

Ismeretes, hogy a szer közvetlen mérgező hatása alatt létrejövő bántalmak elsősorban az idegrendszert, különösen pedig az egyes fejidegcsoportokat érték. Ezeknek egy részét syphilitis-recidivákra vezették vissza, a minek egyetlen bizonyítéka az volna, hogy olykor egy újabb salvarsan-injectióra elmultak. Bármint magyarázzuk is ezeket a kellemetlen, sőt súlyos melléktüneteket, való az, hogy a betegek egy része tartósan és súlyosan megsínylette a kezelést. Főként *Finger*⁵ esetei (amaurosis) és az újabban nagyobb számban észlelt és közölt nerv. acusticus-complicatiók azok, melyek különös figyelemre és óvatosságra intenek. Ide tartozik a *Strümpell* klinikáján észlelt és *Mohr*⁶ által közölt 3 súlyos vesebajos kórtörténete is. Hasonló tapasztalásról mások is beszámoltak. Ezen az újabb irodalomból csak kikapott esetek kórtörténetei mindenestre nem alkalmasak arra, hogy egyszerű syphilitis-recidivákra gondoljunk, hanem arra, hogy valóban mérgező hatásra valló eseteket vegyünk fel. A szerzők egy része s főként az *Ehrlich*-iskola azon a nézetben van, hogy a mérgező tünetek főként a depót-kezelés eredményei, mert a sokáig veszteglő salvarsan mérgezőbb hatású kémiai testekre hasad, a melyek azután bajt okozhatnak. Ha ez a kémiai magyarázat általában meg is áll, mégis bizonyos, hogy a szerre visszavezethető mérgező tünetek az intravenás kezelés nyomán, tehát depót elhelyezése nélkül is jelentkeznek.

Már említettük, hogy az idegtünetek egy részét némely szerző s különösen *Ehrlich* nyomán a tanítványai nem a salvarsan közvetlen mérgező hatására vezetik vissza, hanem syphilitis-recidiváknak, ú. n. „neurorecidiváknak“ minősítik azokat. E tekintetben valóban bámulatos az az igyekezet, melyet a szerzők némelyike, főként pedig újabban *Benario*⁷ a magyarázat körül kifejt. Ügyes csoportosítással, statisztikai adatok összehordásával s különösen dialectikával igyekeznek bebizonyítani, hogy a legtöbb kellemetlen és súlyosnak nevezhető idegtünet csakis a syphilitis eredménye és nem az alkalmazott szeré. De ha el is volna fogadható ez a magyarázat, az elfogulatlan orvosnak még akkor is föl kell, hogy tűnjék ezeknek a neurorecidiváknak mostanában való fölötte gyakori előfordulása. Ezt a tapasztalati tényt hallgatagon ők is elismerik. De nem hagyható kritika nélkül a kellemetlen tünetek magyarázata sem. Kiindult az *Ehrlich* fölfogásából, a ki a „mikro-“ és „monorecidivák“-nak is nevezett idegtüneteket (pl. opticus-, facialis-, oculomotorius- és acusticus-bántalmak) abból magyarázza, hogy ilyen esetekben azok az igen messze-menően sikerült és „csaknem tökéletesen beállott sterilisatió-nak“ a következményei, a mikor is csak néhány apró góczban maradtak meg a spirochaeták. Ezekből a visszamaradt spirochaetákból keletkeznek azután a „neurorecidivák“. A magyarázat, mint látható, igen optimistikus, mert ily módon a többé-kevésbé súlyos neurorecidivákat tulajdonképpen igen szép gyógyítósikerként kell fölfognunk. De *Benario* más adatokkal is óhajtja az idegtünetek syphilitis természetét támogatni. Minthogy a most aránylag oly sűrűn előforduló ily tünetek különösen egészen korai syphilitis esetek közül kerülnek észlelés alá, *Benario* ezeket egyedül a syphilitis terhére írja, mert szerinte a késői szakban és a nem syphilitis,

⁵ *Finger*: Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 18. sz.

⁶ *Mohr*: Medizinische Klinik, 1911. 16. sz.

⁷ *Benario*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 14. sz.

de salvarsannal gyógyított esetekben nem fordulnak elő. Pedig úgy áll a dolog, hogy alig kezelnek, főként az újabb időben, nem syphilitikus esetet salvarsannal, másfelől pedig a dolog természetében rejlik, hogy a kezelés körébe az esetek legnagyobb számában korai, tehát primaer és secundaer tünetek kerülnek. A többi eset e koraiakkal szemben aránylag igen kis számú. Mindezzel természetesen nem mondjuk azt, hogy a syphilis a korai szakban nem tudna egymagában is ilyen idegtüneteket okozni. Minden tapasztaltabb orvos már régen tudja ezt. Ezek a tünetek azonban az eddigi tapasztalás szerint mindig igen kivételesek voltak, most ellenben eléggé gyakran fordulnak elő. Ily módon tehát csakis *Finger* nézetéhez csatlakozhatunk, a ki a mostanában észlelt „neurorecidivák” jelentékeny részét a szer toxikus hatásának, nem pedig a syphilitikus tulajdonítja. Az a tapasztalás, hogy a neurorecidivák nagy része vagy spontán, vagy kénesős és jodos kúrára megint elmúlik, nem tudja véleményünk szerint a lueses természetet bizonyítani. Nem szükséges ugyanis, hogy a mérgező hatású szer az idegelemeket valamennyi esetben teljesen és véglegesen pusztítsa el, hanem igen jól elképzelhető, hogy a káros hatás csak átmeneti jellegű. Még leginkább azok az esetek bizonyítanak a syphilitikus eredet mellett, a melyekben az idegtünetek újabb salvarsanos injectióra meggyógyulnak. Jóllehet ilyen kísérlet mindig kényes természetű, bizonyos, hogy olykor sikerrel végezhető. Igaz ugyan az is, hogy pl. *Finger* „neurorecidivás” esetében a második injectiót határozott rosszabbodás követte.

A salvarsan-kezelés nyomán támadt kellemetlen jelenségek harmadik csoportjába soroljuk azokat az eseteket, a melyekben az utóbb beálló recidivák sajátos, a régibb tapasztalástól eltérő képet öltenek. A recidiváknak az új kezeléssel aránylag gyakran karöltve járó ezen eltolódásáról már több szerző tett említést. Jellemzi ezt az eltolódást, hogy a beálló recidivák vagy olyan alakban jelentkeznek, a melynel kénesős kezelés után csak fölötte kivételesen találkozunk, vagy pedig korán és szokatlanul súlyos tünet formájában mutatkoznak. Több ily esetet észleltünk. Így volt alkalmunk egy fiatal embert észlelni, a ki rendelésünkön a hevenyész izületi lues legsúlyosabb kórképét mutatta, jóllehet előzetesen (2—3 hónapon belül) két salvarsan-injectióban részesült. A beteg, a kit *Kuzmik* tanár osztályán kezeltünk, fölvételkor lázas s az éjjel-nappal kínzó fájdalmaktól teljesen legyöngült állapotban volt. Mindkét térd- és könyökizülete, valamint ezek környezete erősen meg volt duzzadva, úgy a passiv, mint az activ működés pedig csaknem teljesen föl volt függesztve. A therapiánk egyedül csak jodnatrium-kezelésből állott, a mi oly sikerrel járt, hogy a beteg néhány üveg használata után izületi bajától rövid idő alatt teljesen megszabadult. Nem tudta a két előzetes salvarsanos injectio azt a súlyos gummás recidivát sem megakadályozni, a melyet egy 13 éves, congenitalis luesben szenvedő leánykán észleltünk. A beteg *Szontagh* tanár osztályán feküdt, a hol széles syphilitidjei ellen 2 salvarsan-injectiót adtunk. A második injectio után 2 hónappal tenyérszerű szétesett gummával jelentkezett rendelésünkön, mely a jobb fölkar hajlító oldalán foglalt helyet és a bicepszet teljesen föltárta. Ez a folyamat helybeli kénesős kezelésre és jodnatrium szedésére 5 hét alatt teljesen meggyógyult. E két eset is mutatja, hogy a salvarsan hatását korántsem lehet egyszerűen a régi kénesős és jod fölé helyezni, sőt azt is látjuk, hogy a mit az arsenozol nem tudott meggátolni vagy fejlődésében megakasztani, az néhány üveg jodnatrium, illetőleg kevés, helyben alkalmazott kénesős kenőcs meg tudta gyógyítani. A mikor ezt a két esetet röviden megemlíttük, nem mulaszthatjuk el kiemelni, hogy vannak ezzel szemben megint más esetek, a melyekben ismét a jod vagy kénesős hatása látszik kisebbnek a salvarsanéval. A gyógyító hatás dolgában a siker tehát hol a jod és kénesős, hol meg a salvarsan javára esik. Éppen ezen az alapon minősítettük már régebben a salvarsant a kénesős és jod mellett hatásos harmadik szernek. Ennél többet hatás dolgában nem volt módunkban kijelenteni, bár bizonyos, hogy *Ehrlich* fölfedezésének therapiás sikere ily módon is rendkívüli.

Mindezek után azt hisszük, hogy leghelyesebb, ha a salvarsan-kezelést a gyakorlatra nézve a következő szempontokból tekintjük: A szer alkalmazását lehetőleg szűk körre kell szorítanunk. Minthogy már az eddigi tapasztalás azt bizonyította, hogy a salvarsan hatás és gyógyító-eredmény dolgában általában nem helyezhető az eddigi kezelés fölé, viszont pedig az alkalmazásával járó kellemetlen esélyek jóval nagyobbak, véleményünk szerint nem szükséges, sőt káros a salvarsan miatt az eddig jól bevált kénesős és jodos therapiát kritika nélkül félrevetni. Nincsen tehát semmi ok, hogy a gyakorlatban — különös indicatio híján — a kénesős kezelést mellőzzük s a salvarsannak adjunk előnyt. S így egyelőre helyénvaló lesz, ha a syphilis kezelését a legtöbb esetben az eddigi therapiai elv szerint végezzük. Még a legszigorúbb körülhatárolással is mindig fognak akadni azért olyan esetek, a melyek maguktól állítják föl az indicatiót a salvarsan javára. Ilyenek elsősorban a malignus lues esetei, továbbá olyan esetek, a minőket már több ízben említettünk. Ilyen esetek lesznek végül azok is, a melyekben a kénesővel szemben valóságos idiosyncrasia áll fenn. E megszorítás jogosultsága természetesen csak az orvosi gyakorlatra vonatkozhatik. Egyes klinikák és osztályok természetesen és szükségképpen kell, hogy folytassák nagyobb terjedelemben a kísérleteket, mert az értékes tulajdonságú szer valóban megérdemli ezt s mert a végleges ítélet az új kezelésmódról még nincsen kimondva.

A salvarsan-kezelést azonban véleményünk szerint nemcsak szűkebb körre kell szorítanunk, hanem arra is, hogy általában kisebb adagok kerüljenek alkalmazásba. Az irodalom átvizsgálása és a saját tapasztalásunk ugyanis arra tanított, hogy alkalmas esetben a symptomás gyógyítás terén aránylag kisebb adaggal is célt érhetünk, a mikor természetesen az esetlegesen fenyegető kellemetlen mellékhatások is kisebb fokúak lesznek.

A dosis fokozásának kérdése csak addig volt valóban indokolt, míg az orvosok nagyobb része a sterilisatiót egy csapásra remélte elérhetni. Ezt a mai eszközökkel s az eddigi tapasztalással alig várja valaki. És alighanem magára marad nézetével *Stühmer*,⁸ ha azt követeli, hogy az igazi siker elérése céljából fokozzuk a dosist oly magasra, mint a minő arányban *Hata* az állatnak adta a szert. Ennek a minimuma 70 kg.-os emberre átszámítva 0.7 gr. intravenásan adott salvarsan-mennyiség volna. A követelésnek — eltekintve a veszedelmes voltától — tudományos értéke csak akkor lehetne, ha *Stühmer* véleménye meggyőző klinikai adatokon alapulna, nem pedig azon, hogy egyszerűen a syphilitikus állapotokon és a febris recurrensben szenvedő betegeken elért eredményekre hivatkozik. Az állatok syphilitiséről már megírtuk a véleményünket s így az az analogia vonására éppen a gyógyítás kérdésében teljesen alkalmatlan. A recurrens eseteiben pedig a siker azért van meg, mert a roham idejében a spirillumok a vérpályában nagy mennyiségben vannak jelen, oly jelenség, mely a syphilitisre nézve még kivételesen sem állítható.

Arra a kérdésre, hogy mely technikai eljárást kell leginkább követnünk a salvarsan-kezelés körül, az intravenás-avagy a dépót-kezelést, a válasz nem lehet egyöntetű. Bizonyos, hogy a leggyorsabb hatású s egyben a legsímább eljárás az intravenás injectio; de viszont az is áll, hogy mivel az arsennek a szervezetben való remanentiája ennek az eljárásnak a folyamán a legrövidebb, ceteris paribus a recidivák is a legkorábban állanak be. Egyszeri ilyen injectio nyomán a 2—3 hét után már jelentkező recidiva nem ritkaság. A hol sürgős és fontos a minél gyorsabban beálló hatás, ott mindenestre helyén való lesz ez az eljárás, föltéve, hogy a salvarsan-kezelés egyébként nem ellenjavalt. A dépót-kezelés, tehát az intraglutealis és a subcutan injectio ezzel szemben úgy látszik tartósabb hatású, tapasztalás szerint rendszerint akkor is, ha a dosist fölnőtt egyéneken is csak 0.3—0.4 gr.-ra szabjuk. E tekintetben általában azt mondhatjuk, hogy arra való esetekben maguk a syphilitikus tünetek a kisebb salvarsanos dosistól is

⁸ A. Stühmer: Münchener mediz. Wochenschrift. 1911. 17. sz.

gyógyulni szoktak, más eredmény pedig a mai viszonyok között úgy sem várható. Mindenesetre állíthatjuk, hogy korántsem nyertük azt a benyomást, hogy a túlságosan nagy adagokkal kezelt esetek föltűnően jobb és kielégítőbb eredményt adtak volna, mint a kisebb adaggal gyógyítottak.

Közlemény a kir. magy. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., udv. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Érdekes agydaganat-esetek.

Irta: *Torday Árpád* dr., első tanársegéd.

A mult iskolai félévben a nyúltvelőn és hídon székelő agydaganat több esete került a klinikára, a melyeket ismeretelni érdemesnek tartok.

1. Özv. R. F.-né, 30 éves. Genitalis infectiót tagad. Egyetlen szülése rendes lefolyású volt. 1909 májusában nagy fejfájásai támadtak, majd bal testfelében zsibbadást és szakgatásokat érzett, továbbá szédült is. A betegségélyző pénztár rendelésén jodkaliumot kapott, a mitől fejfájása, zsibbadásai és a jobb felső szemhéj kisebb fokú ptosisa visszafelődtek. Ugyanezen év decemberében azonban fejfájása már ismét tűrhetetlenné vált és a jobb szemén a ptosis miatt nem látott. Ilyen állapotban került a beteg klinikánkra. Felvételkor a jobb felső szemhéjon ptosist találunk, a jobb pupilla tág, sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál. Az internus bénulása miatt a szemteke kifelé fordult és befelé nézéskor csak a középvonalig ér. Nystagmus nincs. A szemek fenekén venosus hyperaemia látható. A jobb facialis alsó ága kissé paresises. Pulsus 80, légzés 20, hőmérsék normalis. Hallás, szaglás, izlés normalis. A végtagok mozgásában és a reflexek viselkedésében eltérés nincs. A klinikán való tartózkodás alatt a fejfájás az eszméletlenségig fokozódott és lassan a bal testfelén úgy a felső, mint az alsó végtagon gyengeség, majd bénulás fejlődik ki az izomtonus mérsékelt fokozódásával és fokozott patellaris reflex-szel.

A bénult oldalon a hasbőr-reflex és a Babinski-tünet hiányzik, lábclonus nincs. A beteg a bénult végtagokban hangyamászásszerű érzésről panaszkodik, a nélkül, hogy tapintási, hő- vagy fájdalomérzés-eltérés volna jelen. Vizeleti és székelési zavar nincs. A beteg járása kaszázó.

Daczára annak, hogy a beteg lueses infectiót tagad, a *Wassermann*-féle reactio erősen positiv eredményt adott, e miatt az a gyanunk támadt, hogy az agydaganat lueses eredetű. Feltevésünk jogosult voltát a therapia sikere igazolta, mert 50 kénésőbedörzsölés után a fejfájás megszűnik, a ptosis sokkal kisebb fokú lesz, a facialis-paresis már alig látható és a hemiplegia is tetemesen visszafelődik. 100 kénésőbedörzsölés és jodkalium szedése után a beteg saját lábán hagyja el a klinikát. A *Wassermann*-reactio távozáskor is erősen positiv. A daganatot lueses eredetűnek kellett tartani. E mellett bizonyított a *Wassermann*-reactio positiv volta, továbbá a kénésőkezelés és a jodkalium meglepő hatása.

A mi a daganat székhelyét illeti, azt a fentiek alapján a pons tájára lokalizálhatjuk. Az oculomotorius-bénulás vagy compressió tünetnek tekinthető, avagy abból is eredhetett, hogy a folyamat a pes pedunculira is áttért. A pyramispályák valószínűleg csak komprimálva voltak, mert a kénésőkúra alatt a bal testfél bénulási tünetei csakhamar visszafelődtek. A keresztezett facialis-bénulás miatt a daganat valószínűleg a pons jobb felén székel, azonban nem zárható ki azon lehetőség sem, hogy a tumor a bal oldalon volt és a túlsó oldalt erősen áttolta.

A második eset, a mely bonczolásra is került, a következő: A. B. 39 éves kőművespallér. A kőrelőzményben lues szerepel, a mely miatt antilueses kúraban is részesült egy ízben 20 éves korában. Alkoholal nem élt. Mérsékelt dohányos. Neje más állapotban sohasem volt. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1909 június hó közepe táján egy emeletnyi magasságról kemény habarcs esett a fejére,

utána heves fejfájásai támadtak és 39^o-os lázba esett. Lefeküdt és fejére hideg vizes borogatásokat rakott. Állapota azonban nem javult, sőt fejfájásai fokozódtak, több ízben hányt és szédült, úgy hogy járáskor elesett. Alsó végtagjaiban pedig zsibbadást érzett. Egy ízben 1¹/₂ óráig tartó ájulási roamba esett, az ájulás azóta többször megismétlődött. Bajja miatt 1909 szeptember 25.-én klinikánkra vétette magát fel a következő jelen állapottal:

A szemtekek kidülledtek, a pupillák feltűnően tágak, egyenlők, fényre jól reagálnak. A szemmozgások szabadok. Látás a jobb szemén $\frac{5}{10}$, a bal szemén teljes. Szemtükri vizsgálat: mindkét szemén papillitis. Fekvő helyzetben a beteg nem szédül. Felüléskor a szédülés és hányás annyira előveszi, hogy ülni sem tud. A jobboldali facialisnak mind a három ága paresises, a jobb szemén kisfokú ptosis. Phonatiókor a jobb garatív elmarad, az uvula jobbfelé dült, a garatreflex csökkent. Mivel az anamnesisben lues szerepel, a jobb lábszáron kiterjedt hegese-dét találtunk és a *Wassermann*-reactio is erősen positiv volt, ez okból a bántalmat nem tartottuk a traumával összefüggő agyhártyagyuladásnak vagy vérzésnek, hanem lueses eredetű gummának, a melynél a trauma csak elősegítő körülmény gyanánt szerepelhetett. Felvételünket a specifikus kénésőkúra sikere igazolta, mert 10-szeri 3^o/_o-os kénésőbefecskendezés és 15-szöri 3:0 grammos kénésőkenőcs alkalmazása után a beteg fejfájása megszűnt, látása visszatért és többé nem szédült, úgy hogy november 6.-án saját lábán távozott a klinikáról. Ezután mintegy négy hétig a beteg oly jól érezte magát, hogy mesterségét folytathatta. Azonban 1910 január elején a fejfájás és szédülés újból nagyobb mértékben elővette s ez utóbbi okból az utcán már nem mert egyedül járni. Nemsokára a bal alsó végtagon zsibbadást érzett és a látása rohamosan rosszabbodott, úgy hogy a tárgyaknak csupán körvonalait ismerte fel. A pénztári kezelőorvos előbb jodkaliumot szedett vele, majd kénésőbedörzsöléseket végeztetett rajta, fejfájása ellen pedig migraenint és phenacetin-porokat kapott. Álmatlanságát veronallal kezelték. A fejfájás többször annyira tűrhetetlen volt, hogy morphiium befecskendezésére szorult. Azután a beszéd mind nehezebbé esett; február vége felé gyakran volt eszméleten kívüli állapotban. Márczius 8.-án hozzátartozói újból behozták a klinikára, a mikor is a következőket találtuk:

A jobb facialisnak mindhárom ága paresises, a szemek kidülledtek, a szemmozgások azonban minden irányban szabadok. Az egyenlőtlen pupillák fényre alig reagálnak. Mindkét szemén a látás oly rossz, hogy ujjakat is alig tud olvasni. A hallás, szaglás és izlés tekintetében eltérés nincs. A beteg passiv hátfekvésben fekszik; határozott bénulás tünetei nincsenek nála, csupán a nagyfokú gyengeség miatt mozgata renyhén végtagjait.

A bal alsó végtagon a czomb közepétől lefelé, úgy a tapintás-, mint a hő- és fájdalomérzés tetemesen csökkent. Pontosabb érzésvizsgálatot a beteg gyengesége miatt nem lehetett végezni. A patellaris reflex mindkét oldalon kiváltható. A jobb lábón csekély clonus. Baloldalt Babinski-tünet, a cremaster- és hasreflexek megvannak. Pulsusszám percenként 70. Légvétel 16. A beteg egész nap nem vizelt, úgy hogy csapolni kellett. A felvétel napján este fokozódó gyengeség és fulladás tünetei mellett bekövetkezett a halál.

A diagnosit a kisagyra és a pons tájára lokalizálható agydaganatra tettük. E mellett szóltak a facialis-paresis és az ellenoldali érzési zavarok, a pangásos papilla, a szédülés, a hányásinger, a lassú pulsus, a kisagyi szédülés és a tántorgó járás. A diagnosis helyességét a kőbonczolás igazolta, a mely a bal kisagy hemisphaerájában és a Varol-hídban egy-egy gummát talált. Fel kell említeni, hogy ezen esetben az anamnesis félrevezetett volna, mert a trauma következtében beállott tünetek alapján vérzésre, vagy a convexitáson ülő agyhártyagyuladásra is lehetett volna gondolni. A kőbonczolásidiagnosit a következő:

Lues III. Gumma syphiliticum hemisphaerae sin. cerebelli et pontis Varoli, leptomenigitis chronica. Sanguis

fluidus, hyperaemia universalis, ecchimosos mucosae duodeni (mors suffocatorica). Cicatrices superficiales hepatis. Endoarteritis chronica deformans minoris gradus. Orchitis interstitialis lateris dextri. Cicatrix inveterata cutis supra tibia dextra.

Harmadik eset: S. I. 16 éves házileány, kinek szülei, valamint 5 testvére egészségesek; jelen bajáig egészségesnek érezte magát. 1909 októbere óta több ízben volt láza csekély hidegrázás kíséretében és több ízben hányt is, azonban ezen baja nem volt nagyfokú, mert miatta ágyban nem feküdt. Karácsony táján látása rosszabbodni kezdett. 1910 január eleje óta balfelé nézéskor kettősen lát, majd hallását a jobb fülön hirtelen elveszítette. Néhány hét óta járáskor balfelé szédül és bal alsó végtagját kissé maga után húzza. Már karácsony táján észrevette, hogy szája balfelé elhúzódik és jobb szemét nem tudja tökéletesen zárni.

Felvételi állapot: A középtermetű, mérsékelten fejlett és táplált, halvány betegen a jobb felső szemhéj magasabban áll, mint a bal s e miatt e szemrés tágabb. Szemzárási kísérletkor a szemtekéből keskeny fehér sáv látható. (Lagophthalmus paralyticus.) A jobb szemén állandóan könnycsurgás. A jobb orr-szájredő elsimult, a száj ferdén áll. A fogak mutogatásakor a száj balfelé elhúzódik. Fütülni nem tud. A nyelv, a lágy szájpad, a garatívek, valamint a gégefedő épek. A nyelés szabad. A gége és légcső normalis. A látás a jobb szemén $\frac{5}{30}$, a balon $\frac{5}{50}$. A látóterek szabadok, scotoma nincs. Jobb oldalra nézéskor nystagmus és ugyanakkor mindkét szem kissé visszamarad. A jobb szem érzéketlen. A szemfenekék épek. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, egyenlők. Szemészeti lelet: Lagophthalmus paralyticus lateris dextri, amblyopia, keratitis e lagophthalmo.

Fülvizsgálat: A fülön objectiv eltérés nincs. A Weber-féle hangvilla-tünet jobboldalt negatív, a Schwabach (csontvezetés) jobboldalt megrövidült, a mély hangok légvezetése erősen, a magasaké igen erősen csökkent. Tehát a vestibularis rész mutat megbetegedést és hűdést. A hallás a jobb oldalon $\frac{1}{2}$ méternyire csökkent (súgó beszéd), baloldalt a viszonyok épek. Összetett lábakkal való álláskor szédülés balfelé; a szaglás és ízérzés jó. A szájban az érintést jól jelzi. A jobboldali trigeminus első ágának területén úgy a tapintási, mint a fájdalom- és a hőérzés teljesen megszűnt; ellenben a trigeminus második ágának megfelelő területen kissé hyperaesthesiás.

Mindkét felső végtagon az érzés és mozgás rendes. A kezek nyomó ereje 20—25 kgr. A bal alsó végtagon a tapintó-érzés rendes, a hőérzés azonban perversitást mutat, a menyinyiben a hideget mindig melegnek jelzi, kiváltképpen a térdtől lefelé. A fájdalomérzés ugyanezen területen szintén majdnem teljesen hiányzik, mély tűszúrásokat sem érez. Ha a felsorolt kiesési jelenségeket tekintetbe vesszük, kitűnik, hogy a jobb facialis, acusticus, a trigeminus első ága, valamint az abducens bénult. Ezen idegek a fossa rhomboideából kilépve, a ponson közel egymáshoz fekszenek s így a kóros gócz ezen körülírt helyre lokalizálható. E mellett szól a bal alsó végtagon támadt érzési dissociatio is, a mely főleg a híd és a nyultvelő bántalmaiban észlelhető, ha a hurokpálya megsérül. Ugyanis a fájdalom- és hőérzést vezető rostok a hurok oldalsó részeiben futnak.

A behunytt szemmel egy oldalra való tántorgás a corpus restiforme bajaiban, és pedig a nervus vestibularis sérülése vagy összenyomatása után fordul elő. Tekintettel arra, hogy a bántalom karácsony óta fejlődött a látás rosszabbodásával, hogy fekvő helyzetben nem szédül, ellenben járása tántorgó, hogy baja kezdetén többször hányt: a bántalmat a nyultvelőre lokalizálható daganatnak tartottuk. A betegnek szervezetében gümőkóros elváltozást nem lehetett kimutatni, azonban a Calmette- és Pirquet-reactio pozitív volt és egy milligramm tuberculin beoltására a beteg magas lázzal reagált. Ennek következtében a szóba jöhető daganat valószínűleg tuberculum. A daganaton kívül encephalitis is szóba jöhetne, a mely heveny fertőző bántalmak kíséretében támadhat. Különösen az influenzáról tudjuk, hogy az agyban elsődleges encephalitis, illetve polyencephalitis

folyamatot indíthat meg, a mely góczokban már influenza-bacillusokat is találtak. A bántalom szintén fejfájással, hányással és lázzal jár, a melyhez öntudatzavar és görcsök csatlakozhatnak. A tuberculin-reactio positiv volta mégis az előbbi feltételt teszi valószínűbbé.

Negyedik eset: A. J.-né, 33 éves, beteg lett 1910 január 10.-én. Felvételt febrúár 9.-én. Távozott április 28.-án. Szülei és testvérei élnek. Idegbetegség a családban nem fordult elő. 23 éves korában hasi hagymázt állott ki. 9 partus. Jelen baja 1910 január elején kezdődött gyakori hányással, a mely különösen reggel felkeléskor vette elő, azután annyira gyengült, hogy ágyba kellett feküdnie. Fejfájás is nagy mértékben kínozza. Február eleje óta bal arczele elzsibbadt, továbbá ízérzése és a nyelv tapintó-érzése is szenvedett, mert nemcsak az ételek ízét nem érzi, hanem a falatokat sem.

A tarkó táján időnként nyilaló fájdalmak vannak. Nehezen beszél, nehezen nyel és időnként csuklik. Jobb felső végtagjában néha hasogató fájdalmakat érez. Széke csak beöntésre van. Vizeleti zavar nincs. Status: a sovány nő arcza kifejezéstelen. A bal sulcus nasolabialis elsimult, a psyche a nagyfokú nyakszirti fájdalomtól gyakran zavart. A jobb szemén internus-paresis mutatható ki. Balra nézéskor erősebb, jobbra nézéskor kisebbfokú nystagmus. A szemtükriz vizsgálat tágult vénákon kívül egyebet nem talált. Bal oldalon a trigeminus első és második ága által ellátott területen tökéletes hő-, fájdalom- és tapintási érzéstelenség mutatható ki, míg jobboldalt a megfelelő területeken az érzési zavar csekélyebb fokú. A nyelv bal oldalán, a bal pofa nyálkahártyáján és a bal garatíven a tapintási érzés hiányzik. A bal orrlyuk is érzéstelen. Baloldalt az ízérzés úgy a nyelv hegyén, mint hátul is teljesen elveszett. A nyelv kinyújtáskor nem remeg és a középvonalban marad, rajta fibrillaris rángások nem láthatók. A beszéd lassú, vontatott, tagozott. A bal arcus palatoglossus és palato-pharyngeus nem mozog. A garatreflex csökkent. A hangszalagok jól mozognak. A hallás normalis. A fültükri vizsgálat kórosat nem talált. Szaglása rendes. Tarkómerevsége miatt fejét hátraszögezve tartja. A nyakcsigolyák nyomásra érzékenyek, a nélkül, hogy a gerincoszlopon anatómiai elváltozást találunk. A jobb kéz nyomóereje a baléhoz képest csökkent. Felüléskor gyakran hányásinger lepi meg és annyira szédül, hogy egy alkalommal a székről lefordult és a homlok jobb oldalán csontig hatoló, éles szélű sérülést szenvedett, a melyet be kellett varrni. Behunytt szemek mellett erősen inog. Járása tántorgó és főleg jobbra szédül. A patellaris és Achilles-inreflex mindkét oldalt kiváltható, míg lábclonus és Babinski-tünet nincs. A mellkasi és hasi szervekben eltérés nincs. Pulsus 90—102. Légvétel 20—28. A pulsus kicsi, olykor arhythmias. A hőmérséklet olykor 38.2° C-ig emelkedik. A beteg azonban többnyire láztalan. A vizelet normalis. Február 20.-án a betegen jobb abducens-paresist, a bal szemén exophthalmust és pangásos papillát találunk. Balra nézéskor kettős képek támadnak. A beteg majdnem állandóan vadászkutyafekvésben fekszik és sokat nyög. A Calmette reactio a bal szemén erősen pozitív. Jodkaliumot kap. Főfájása ellen pedig citrophen-, basicin-, trigemin-porokat és szükség szerint altatókat. Február vége felé főfájása, hányásingere és tarkómerevsége enged, látása javul, sensoriuma tisztul és altató nélkül is jól alszik. Az izomtonus az alsó végtagokon csökkenni kezd, végül a patellaris reflex mindkét oldalon kimarad. Márczius elején a baloldali facialis-paresis és a trigeminus-anaesthesia fennállnak ugyan, azonban az ízérzés úgy a nyelv hegyén, mint gyökén javul. A vérrel és a cerebrospinalis folyadékkal eszközölt Wassermann-vizsgálat negatív eredménnyel jár.

Távozási lelet: Baloldalt a facialis-paresis kisebb fokú, a trigeminus-anaesthesia helyett csak paraesthesia-t találunk. Az íz-érzés a nyelv hegyén csökkent, hátrább majdnem normalis. A tapintási érzés a szájban visszatért. A garatívek mindkét oldalt egyenlően mozognak. A nyelés szabad. A beszéd most is vontatott és egyhangú. A pupillák egyenlőtlenek, a jobboldali kissé szűkebb; fényre és alkalmazkodásra renyhén reagálnak. A bal szemén abducens-bénulás van és mindkét

szemen pangásos papillát találunk. A járás most is tántorgó. *Brach-Romberg*. A nyakon, tarkón és bal karban kisugárzó fájdalmakat érez, a melyek járáskor, valamint a nyak mozgásakor fokozódnak. A patellaris, a talpbőr-reflex, valamint a lábclonus hiányzik. A tünetek alapján a tumor helyét az agy aljára lokalizálhatjuk, székhelye a pons bal oldalán van a nyúltvelőre leterjedőleg. A daganat azonban a kisagyban is székelhet, sőt az sem lehetetlen, hogy nem is baloldalt, hanem jobboldalt ül és a pons bal felét erősebben nyomta. Klinikailag ugyanis a daganat által direct okozott tüneteket az eltoltatás és nyomás által előidézettektől elkülöníteni lehetetlen. Az eddigi tapasztalatok alapján a daganatot a kisagyban kell keresnünk. A jobb felső végtagban támadt hangyásmászásszerű érzés és paresis a pyramis-pályák nyomtatásának következménye. Feltűnő a nagyfokú szédülés, a mi miatt traumát is szenvedett. Ilyesmi a kisagy-daganatokra jellemző. Az alsó végtagokban jelentkezett ataxia és a tántorgó járás a féreg és a pedunculus bántalmában szokott előfordulni. Rhythmusos kényszermozgásokat, forgómozgásokat, a minőket a kisagy kocsány-folyamatainál *Oppenheim* írt le, nem észleltünk. A facialis és a trigeminus részesezése, az abducens-paresis, a nyelési zavarok és a szájpád-ívek bénulása kétséget nem hagynak a felől, hogy a daganat az agy-alapon székel. Külön megbeszélést igényel a patellaris reflex hiánya. Általában a folyadék által okozott nyomás folytán keletkező hátulsó gyökérsorvadásból magyarázzák a térdreflex kimaradását. *Dunkler* toxinhatásnak tartja, míg *Gowers* izomptéhidtség alapján magyarázza a reflex kimaradását és az izomtonus csökkenését a kisagynak az elülső gyökökre gyakorolt hatásának kieséséből magyarázza. A toxin alapján a reflex kimaradását csupán vészes vérszegénységben fogadhatjuk el, agydaganat esetén ilyen feltételezni nehezen lehet. Azonban a fokozott agynyomással sem magyarázható a patellaris reflex kimaradása, mert a fölvetel alkalmával, a mikor a nagyfokú fejfájás és hányásinger alapján fokozott agynyomásra kellett következtetnünk, a patellaris reflexet ki lehetett váltani. A gerincvelőcsatorna megesapolásakor a folyadék nem sugárban, hanem csak cseppekben és kis mennyiségben ürült, tehát a hátulsó gyököket túlságos mértékben nem nyomhatta. Sokkal valószínűbb *Gowers* nézete, hogy a kisagyban az izomtonust szabályozó centrum betegsége idézi elő a patellaris reflex kimaradását.

Ez a centrum a *Luciani*-féle vizsgálatok szerint a féregben székel, a melynek részesezése mellett szól a kezdettől fennálló ataxia. A kisagy-daganat és a patellaris reflex kimaradása közötti viszonyt *Jackson* és *Bastiani*, továbbá *Hawtorn* is így magyarázza. A theoria mellett szól azon körülmény is, hogy a nagyagy daganatainál a térdreflex kimaradását nem találták. A *Hoffmann* által közölt eset kivétel, csak-hogy ezen esetben a reflectorius pupilla-merevség és a *Westphal*-féle jel inkább a tabes, mint a nagyagy-glioma diagnózisát teszi valószínűvé.

Végül kedves kötelességemet teljesítem, a midőn *Ketty* tanár úr ő méltóságának az esetek átengedéséért köszönetemet nyilvánítom.

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből.

Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei.

Irtá: *Szana Sándor* dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója és főorvosa.

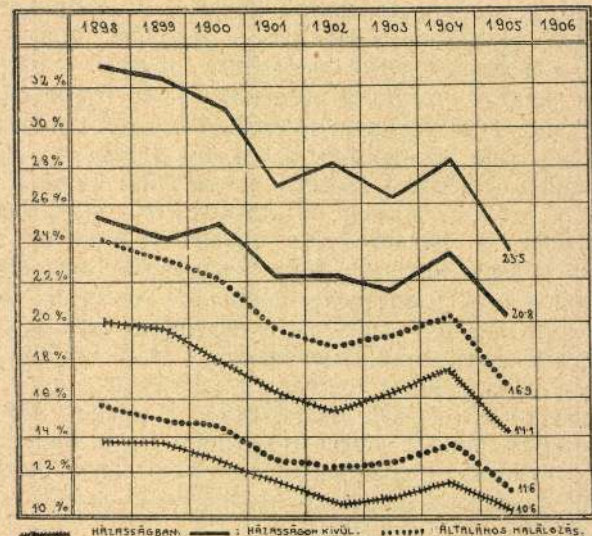
(Folytatás.)

Vizsgáljuk most már, össze lehet-e hasonlítani a közgondozásba került csecsemők halálzási számát az országos halálzási számmal? Nem! Nem kell kijelentem, pedig mint látjuk, a mi államilag gondozott csecsemőink halálzási száma mint szám kisebb, mint az országos csecsemőhalálzási arányszáma. De ezen két szám összehasonlítása statisztikailag teljesen értéktelen, mert a gondozás alól az első

életév előtt kiadott gyermekek száma nincs tekintetbe véve, nincs tekintetbe véve a gyermekek felvételi kora s végre a mi statisztikáink az összes gondozottakra vonatkoznak, tehát a mult évről átvett csecsemőket is tekintetbe veszik. Csak ha majd az említett *Bertillon* módja szerint kiszámított táblánk lesz, lesz ez az eredmény az országos számmal összehasonlítható.

Ha már most kérdezzük, lehet-e a közgondozásba került csecsemők halálzási számát leszállítani az országos általános csecsemőhalálzási fokára, úgy azt kell felelnünk: nem! Ez természetes. Mert hisz az ország csecsemőinek túlnyomó száma a család gondozásában marad. Egészséges szülőtől származik, gond nélkül töltött, sőt gondosan ápolat terheség után születik s rendezett, habár sokszor szegényes családi tűzhely körül ápolatik. Sehol a világon a dajkaságba adott gyermekek halálzási száma az országos átlagot elérni nem tudta. Klasszikus példa erre Franciaország. A leggondosabb ellenőrzése a dajkaságba adott csecsemőknek ott történik. 1876 óta a *Loi Roussel* alapján minden egyes dajkaságba adott csecsemő jól díjazott orvosi ellenőrzésben részesül. Az orvosi ellenőrzés megtörténtét ellenőrzik. Az orvost a megtörtént ellenőrzéshez képest fizetik, az elmaradt orvosi látogatásokat számon kérik. A francia orvosi akadémia évenként beszámol nyomtatott jelentésben az elért eredményekről és érmekeket, díjakat osztogat ki a magukat kitüntetett ellenőrző orvosok s felügyelők között. Az egyes megyék területén lefolyt ilyen irányú gyermekvédelmi működésről külön nyomtatott jelentés jelenik meg. Az akadémia jelentésében szebbnél-szebb dicséret éri a buzgón működőket, és ime Franciaországban is a magándajkaságba adott s így egyformán ellenőrzött, házasságban született és házasságon kívül született csecsemők között a halálzási különbség megmarad, természetesen a házasságon kívül születettek terhére.

4. sz. táblázat. A magándajkaságba adott s a 10.—365. napig észlelt csecsemők halálzási száma Franciaországban általánosságban s tekintettel arra, hogy házasságban vagy házasságon kívül születtek-e, összehasonlítva az általános országos halálzási számmal, ugyane szempontokból.



A 4. számú táblán látjuk éveken át Franciaországban, hogy változik az országos általános halálzási szám (10—364 napig számítva) s hogy változik a magándajkaságba adott országos halálzási száma (a két pontozott vonal). Ezenkívül mutatja a tábla a házasságban (a két reczés vonal) s a házasságon kívül születtek (a két egyenes vonal) általános országos halálzási számát s ugyancsak a házasságban s házasságon kívül születtek s dajkaságba adott halálzási számát. Látjuk e görbéket összehasonlítva, hogy az államilag ellenőrzött, dajkaságba adott csecsemők (protegék) között a házasságban s a házasságon kívül születtek különbsége csak úgy megvan, mint az országos általános halálzási szám. Jól mutatja a tábla, hogy a protegék országos halálzási száma s az ország általános halálzási száma két parallel görbe, mely közeledik ugyan az idők

folyamán, de látjuk, hogy más hatalmasabb tényezők mind a kettőt, mind e két görbét emelik és súlyosítják, a házasságon kívülieket mindig jobban. De azt is látjuk, hogy az ország egész csecsemőtömegében a házasságon kívül s a házasságban szülöttek egymástól távol s ugyancsak parallel haladnak. De végre azt is látjuk e táblán, hogy utopia, hogy a házasságban szülöttek országos halálozását elérje bármikor a magándajkaságba adottak halálozása. A házasságon kívüliek halálozása változásának a viszonyát a házasságban szülöttek halálozásának változásához más helyen a németországi viszonyokból is ismertetem.

Látjuk tehát, hogy a házasságon kívül született, dajkaságba adott csecsemők excessiv halálozása az évek folyamán az ellenőrzés hatása alatt javul, de többet elérni nem lehet.

De talán még érdekesebb *Charlottenburg példája*. Azt hiszem, hogy a világ legtökéletesebb csecsemővédelme ott van. Két a gyermekvédelmi munkában alaposan kiképzett és díjazott hölgy naponta az anyakönyvi hivatalokban áttanulmányozza a születési bejelentéseket és azokat a csecsemőket, kik a szülők állása vagy a lakás fekvése szerint közsegélyre szorulnak, azonnal meglátogatják. Másutt még részletezni fogom, hogy minden eddig felvetett eszme a csecsemők gondozása ügyében ott létesült. Ugy a szülés előtt, mint a szülés után az összes eddig létező gyermekvédelmi intézmények pazar tökéletességgel alkalmaztatnak és el is érik, hogy a házasságon kívül született csecsemők 43%-a már az első hónapban közsegélyben részesül és ime mégis a házasságban született csecsemők halálozása 10%, a házasságon kívül született csecsemők halálozása 20%. Pedig kétségtelen, hogy a védelem eszközei leginkább a házasságon kívülieknek jutnak.

Egy másik fontos példa *Barmen*, ott úgy látszik a természetes, illetve a socialis hygienés viszonyok rendkívül kedvezők a csecsemők számára, mert Németországnak legkisebb csecsemőhalálozása állandóan ott van. A csecsemőhalálozás ott 100 születésre 10, tehát 10%, vagyis nagyon kicsiny és ime ezen természetes tényezők dacára a házasságban született csecsemők halálozása 9.5, a házasságon kívül született csecsemők pedig 30.5%.

Ugy látszik, hogy a házasságban és házasságon kívül szülöttek közötti különbség csak a közgondozásba kerültek legalsóbb rétegében vész el. Ugyanis a temesvári állami gyermekmenhely anya nélkül felvett gyermekei között ezen különbség már nem található, ezen legalacsonyabb rétegben egyformán haltak úgy a házasságban, mint a házasságon kívül szülöttek.

Ha a temesvári állami gyermekmenhelybe 1904-ben felvett csecsemők halálozását nézzük ellátási rendszer s születés szerint, azt látjuk, hogy a házasságban s a házasságon kívül született csecsemők halálozása közt egyenlő ellátás mellett, tehát nevelő anyánál, nincs különbség, dacára annak, hogy a házasságbeli csecsemők magasabb életkorban kerülnek felvételre.

5. sz. tábla. 1904-ben a temesvári állami gyermekmenhelybe felvett csecsemők halálozása születés és ellátási rendszer szerint.

Ellátási mód	Házasságban született csecsemő			Házasságon kívül szül. csecsemő		
	Gondozottak száma	Meghaltak száma	100 csecsemő közül meghalt	Gondozottak száma	Meghaltak száma	100 csecsemő közül meghalt
Anyánál elhelyezett	37	3	8.8	55	8	14.5
Anyával elhelyezett	25	2	4.0	162	16	8.5
Nevelő anya által szoptatott	36	14	38.8	67	24	35.8
Mesterségesen táplált	12	1	— ¹	14	14	— ¹
Összesen	110	20	—	298	62	—

¹ Az esetek kis száma miatt következtetésre alkalmatlan

Ezen adatot azonban a későbbi vizsgálatok nem állandósították oly kifejezetten. Az 1910-ben az országban az állami gyermektelepeken gondozott összes csecsemőkről ezen eredmények a következők:

6. sz. tábla. Az 1910-ben a magyar állami gyermektelepeken gondozott csecsemők halálozása az ellátás módja s születés szerint:

Ellátás módja	Házasságban szülöttek			Házasságon kívül szülöttek		
	Gondozottak sz.	Meghaltak közül	Száz gondozott közül meghalt	Gondozottak sz.	Meghaltak közül	Száz gondozott közül meghalt
Anyánál	667	45	6.7 %	572	87	15.1 %
Anyával	627	63	10.0 %	2761	313	11.3 %
Nevelőanyával	1290	253	19.6 %	2131	526	24.6 %
Összesen	2584	361	13.98%	5464	926	16.94%

Látjuk tehát, hogy a házasságon kívüliek halálozása az ellátás minden egyes módjánál nagyobb. Legnagyobb a különbség az anyánál meghagyottak között. Bizonyíték, hogy a segély a milieut megváltoztatni nem tudja. Elenyésző a különbség az anyával együtt gondozottaknál. Ugy látszik, a socialis milieu hatása a csecsemőre itt nyilvánul legkevésbé. A különbségek, kivéve az első csoportot, mindenesetre nem oly nagyok, mint egyes országokban vagy mint egyes városokban. Berlinben a házasságon kívül született 0—1 éves gyermekek halálozása, ha a későbbi törvényesítetteket tekintetbe vesszük, 1898—1900-ig 46.2, akkor, a mikor a házasságban szülötteké 19.4.¹³

A házasságon kívül szülöttek ezen óriási halálozását összehasonlítva a magyar állam gondozásába vettek halálozásával, ugyancsak jónak kell az eredményt mondani, bármi képp helyesbítsük is a számokat.

De hogy mily érzékeny a csecsemőanyag a socialis milieu iránt, a melyből kikerült, mutatják *Neumann* minta-szerű vizsgálatai („Uneheliche Kinder“, Seite 44), a ki a házasságon kívül született csecsemők halálozását vizsgálta a szerint, a mint az anya nyilvános intézetben, bábánál vagy magánlakásban szült. És itt is az eredmény az, hogy a magánlakásban született, házasságon kívüli csecsemők halálozása sokkal kedvezőbb, mint a nyilvános intézetben születettek.

Élve maradt Berlinben 1000 házasságon kívül született gyermekből, ki született

az első életévig

nyilvános intézetben	529
magánművelőintézetben	587
magánlakásban	673

A 2. hónap végén még élt:

a nyilvános intézetben szülöttek közül	758
a magán	812
a magánlakásban	852

A midőn most a házasságon kívül született csecsemők rossz rétegéből a legrosszabbat kiválasztjuk, t. i. azokat, a kik nélkülözéssel telt terhesség után, szülés után minden anyagi forrás nélkül vannak: bizonyos, hogy ezen az anyagon elérni azt az eredményt, a mi az országos átlagos eredmény, nem lehet. Nem is sikerült ez még sehol sem. Nem szabad tekinteten kívül hagyni azt sem, hogy ezen legszegényebb rétegéből, a szülőintézetekben szültek rétegéből a legegészségesebbek egy tekintélyes része, kiknek anyja bér-dajkának alkalmas, megint nem kerül kozzáknak, mert a bér-dajkák gyermekeit nem tekintjük elhagyottaknak. (*Lengyel, Piros.*)

A steiermarki statisztikai hivatal nagyszabású tanulmányában a lelcenzügyről mint nagy eredményt jelzi, hogy a steier lelcenzintézet halandósága a házasságon kívül született fiúk országos halandóságát tudta elérni.

Mindenesetre meg kell elégedni azzal, ha az elhagyott csecsemők halálozása csak akkora, mint a házasságon kívül szülöttek országos halálozása.

¹³ *Printzing*: Handbuch der medizinischen Statistik. 1906.

Nálunk Magyarországon, sajnos, országos kimutatás külön a házasságban, külön a házasságon kívül született gyermekekről nincs, mert ez a kérdés a halálozási bejelentéseken nem is szerepel; de ha Poroszországban a házasságon kívül született csecsemők halálozása 1908-ban 34%, akkor feltehető, hogy a magyar házasságon kívül született csecsemők halálozása sem kisebb. A magyar közgondozásba került csecsemők halálozása, bármiféle kulcs szerint számítsuk is, ezt a számot semmiképp sem érte el.

Tévedés Berendnek¹⁴ azon adata, hogy az állami gondozásban levő csecsemők halálozása nagyobb, mint a budapesti házasságon kívül született, falusi dajkaságban angyalcsináló kézen elpusztuló csecsemők halálozása, melyet Berend szerint Pikler 25·7, Thirring 26·8%-ra tesz. 25—26%-os halálozás igazán nem volna angyalcsinálás. Minthogy Berend könyvében a számok mellett nincs felemlítve, hogy honnét vannak véve, kénytelen voltam Thirring és Pikler urakat személyesen felkeresni. Ez urak Berend idézetét tévedésnek jelentették ki. A tőlük idézett szám a Budapesten házasságon kívül született összes, tehát nemcsak a dajkaságba adott csecsemők minimalis halálozását jelenti, azt a halálozást, melyet kapunk akkor, ha a legkedvezőbb viszonyokat mutató házasságon kívül született csecsemők, vagyis a zsidó csecsemők halálozási számarányát veszszük alapul. Tudvalevőleg a zsidók csecsemőhalálozása rendkívül kedvező, tehát ezen rendkívül kedvező, a többi vallásfelekezet által soha el nem ért számot alapul véve, az összes házasságon kívül született budapesti csecsemők halálozását ennyire kellene tenni. Tehát nem a dajkaságban levő, pláne angyalcsináló dajkaságban levő gyermekek halálozásának számát tesszük Thirring és Pikler 25—26%-ra. Mert azzal teljesen tisztában kell lennünk, hogy nem minden magándajkaság angyalcsináló magándajkaság. Angyalcsináló magándajkaság az, hol az anya nem tud vagy nem akar fizetni. A rendesen fizetett magándajkaság, mint a francia kitűnő statisztika mutatja, mint Neumann számai mutatják, mindenütt jobb eredményeket ér el, mint a közgondozás, hová sokkal rosszabb anyag kerül. A közgondozás nem is akarja pótolni a magándajkaságot, hanem épp csak azokat akarja felölelni, kiknek magándajkaság nem jut. Thirring és Pikler saját kijelentéseik szerint sohasem állították s nem is képzélik, hogy a dajkaságban levők halálozása 25%, sőt meg vannak győződve, hogy az angyalcsináló rétegben, a mikor ez még létezett, mint az akkori kimutatásokból is látszik, a halálozás a 25%-nak legalább kétszerese, háromszorosa. Hiszen Franciaországban, hol több mint 35 év óta a magándajkaságba adtak gondos állami segítséggel rendezett ellenőrzése áll fenn, még 1909-ben is van departement, hol a 0—2 évesek halálozása a francia orvosi akadémia jelentése szerint 31·09%.

A magyar állami gyermekvédelem kitűnő eredményeit nem köszöni a magyar nép valamely fajlagos ügyességének az idegen gyermekek ápolása körül, mert ilyen fajlagos tulajdonsága, sajnos, nincs, sőt ellenkezőleg; hanem köszöni ezen kiváló eredményt az elhagyott gyermekek gondozása magyar rendszere nagyszerűségének. Mint másutt, okfejtések alapján ki fogom mutatni, hogy minden csecsemővédelem eredménye függ azon anyagi eszközök összességétől, melyek a veszélyeztetett réteg érdekében felhasználhatók. Mint Seutemann kimutatja, a tanácsok, a felvilágosítás csak ott használható, a hol az anyagi lehetőség megvan, ezeket meg is tartani.

És valamennyi európai rendszer között, a melyet a közgondozásra szoruló csecsemők érdekében alkottak, az elhagyott csecsemők magyar állami védelme az egyetlen, a mely az elhagyott gyermek jogát az államhoz kimondva, az állam összes erejét bocsátotta a közgondozásra szoruló csecsemők rendelkezésére, és a midőn az elhagyottság beálltának elbírálójául minden megszorítás nélkül az igazgató-főorvost tette meg, az elhagyottság végleges megállapításául az állam terhére a szervezett társadalom szabadon választott hatóságát,

¹⁴ Berend: A csecsemőhalálozás magyar okairól stb. Budapest, 1910.

az árvaszéket tette meg — egy tökéletes, soha felül nem mulható rendszerét az elhagyott csecsemők védelmének teremtettem meg.

De kétségtelen, hogy ezen bő anyagi eszközök mellett is mi ily fényes eredményeket nem értünk volna el, ha csecsemőinket mind dajkaságba adjuk, mert hisz népünk a korai etetés kérdését nem érti még, már pedig a második csecsemőt feltétlenül korán kell etetni annak az asszonynak, a ki átlag 10 hónapos korában kapja a második csecsemőt. De még ha a korai etetés ártalmát el is túrná a csecsemő, két csecsemő gondozása egyszerre oly nagy, mondhatnám természetellenes feladat, hogy bizonyos, hogy az eredmények nem lennének oly jók. Ezért az elhagyott gyermek jogrendszere mellett Szalárdi kezdeményezésére egy másik specialis magyar tulajdonságot vett fel csecsemővédelmi rendszerünk: a csecsemőnek az anyával való kihelyezése.¹⁴ Ezen költségebb megoldását a kérdésnek természetesen újból csak az állam tehette és azt hiszem, ha semmi mást nem említettem volna akkor, mikor a magyar csecsemővédelem eredményéről beszámolok, mint azt, hogy a telepre kerülő csecsemőink 57·48%-ának megmentjük az anyát és anyával együtt helyezük ki falvakra, a gyermektelepre, akkor már érthető, hogy miért kellett és vannak is jobb eredményeink, mint Európa legrégebbi gyermekvédelmének, a francziának. Az elhagyott gyermek joga az állam védelmére megteremtette azt is, hogy tartásdíjaink ma is sokkal jobbak, mint szomszédunk, Ausztria tartásdíjai.¹⁵ (Ausztriában az első évben 12 korona, a második évben 8 korona, ruházat nélkül.)

Azt hiszem, hogy midőn évi 9695 csecsemő gondozása eredményéről beszámolunk, alig jöhet az tekintetbe, hogy „egyes ambolatoriumokba botrányos rosszul, a csecsemőgyógyászat szabályai ellen táplált csecsemőket hoztak”.¹⁶ Midőn évente 9695 csecsemőről van szó, természetes, hogy akad teleporvos, ki feladatának nem tesz eleget, de akad még több nevelőszülő, a kin semmiféle oktatás sem fog. Más helyütt be fogom mutatni, hogy teleporvosaink miképp lesznek ellenőrizve, hogy kötelességüket teljesítik-e és be fogom mutatni, hogy a telepfelügyelők mily behatóan foglalkoznak minden egyes csecsemővel. Ha — különösen régebben, mielőtt a telepfelügyelők voltak — egy-egy rosszul táplált gyermeket a Budapesten lakó anya eivitt a telepről és behozott Budapestre, úgy csak azt mondhatom, hogy ha ez egyáltalában nem magándajkaságba adott gyermek, hanem a menhely által gondozott gyermek volt, akkor ez mindenesetre a legeslegrosszabb telepről kerülhetett oda, mert hiszen ha csak némileg fegyelmezett telepről van szó, a teleporvosnak nincs is joga megengedni a gyermek elvitelét.

Bámulnám, ha ez ma még gyakran előfordulna, de vigasztalódhatom azzal, hogy viszont majd minden csecsemőosztályról hoznak csecsemőket az állami gyermekmenhelybe azzal, hogy nem tudták ott meggyógyítani, tönkretették „ott”, „hisz mindennap hal ott meg gyermek”, mondják Finkelstein is (67. l. c. oldal) ráutal arra, hogy mi mindent hoznak a csecsemőkórházakból mint gyógyultat az ő menhelyébe.

De viszont ilyen egyes eset alapján megítélni egy a tömegnyomor ellen küzdő intézményt, azt tenni, mint egy orvos tudós tudását azon betege után megítélni, ki így panaszkodott: íme a híres orvos gyomor bajomat se tudta meggyógyítani.

¹⁴ Külföldi, főleg német szerzők (Tugendreich, Keller) újabbant állítják, hogy előbb már Oroszországban divott e rendszer. Meglehet, de irodalma ennek nem volt, s bizonyos, hogy az orosz szakörök a magyar rendszert írták le mint mintaszerűt és sohasem említették prioritásukat.

¹⁵ Nálunk a tartásdíjak a következők:

1 éves korban	14 korona
1—2 „ „	10 „
2—7 „ „	8 „
7—15 „ „	10 „ és ruházat.

A párisi lelenczház egy gyermeke 186 frankba kerül, a vidék menhelyeké pedig 106 koronába.

¹⁶ Berend l. c.

Itt lehet megadni a választ *Berend* kérdésére: „*Ugyan miben áll a különbség a cseléd által falusi dajkaságba kiadott s ott megbetegedett gyermeknek sorsa s a menhely által kiadott s ott megbetegedett gyermek sorsa között? A különbség főleg abban áll, hogy az egyiket az anya fizeti, a másikat az állam; az eredmény, mint azt a statisztika igazolja, egy és ugyanaz.*”¹⁷

Hogy az eredmények a csecsemők gondozása körül milyenek, azt már bőven ismerttem.

A megbetegedés esélye sem lehet ugyanaz annál a nevelőszülőnél, kit már a központban kioktatnak s kit a teleporvos s telepfelügyelő a leírt módon ellenőriz, míg a magándajkaságba adott gyermeket csak a községi orvos ellenőriz, ha van, s ha ellenőriz. Mi a teleporvosaink működését ellenőrizzük, minden megbetegedést, minden halálesetet tőle számon kérünk s ha látjuk, hogy nem lelkiismeretes ember, az a falu nem marad telep, vagy legalább nem csecsemőtelep! A mi teleporvosaink tehát már jól kiválasztott községi orvosok. De a mi körülbelül 200 csecsemőtelepünkön kívül még 15.000 község van az országban, hol bizonyára vannak szintén e tekintetben is lelkiismeretes, de vannak bizonyára kevésbé lelkiismeretes orvosok is. Az első különbség tehát, hogy a mi csecsemőink egy kiválasztott, alkalmasnak bizonyult s e működésért külön díjazott orvos keze alá kerülnek.

A második különbség, s ez igen fontos, az, hogy a mi nevelőszülőinket a telepfelügyelő is oktatja s ellenőrzi.

A harmadik különbség, hogy a teleporvos, ha a nevelőszülő alkalmatlan, egyszerűen elveszi a mi gyermekünket s másnak adja, míg a magándajkaságba adott gyermeket nincs joga elvenni, sőt a mint a nagykátai községi orvos példával illusztrálhatja, a hatóságok még abban sem támogatják, hogy a veszélyes nevelőszülőktől elvételessék a gyermek.

A negyedik különbség, s ez is igen fontos, talán döntő különbség: az állami gyermekkel, ha beteg lesz, rohanak az orvoshoz. Mert hisz nem kerül pénzébe s ha a gyermek beteg vagy meghal, abból neki lesz baja s anyagi kára is van ebből. Ha a magándajkaságba adott gyermek beteg lesz, előbb az anyának kell pénzért írni a nevelőszülőnek, hogy gyógyíttathassa s természetesen, hogy ez a gyermek egyáltalán nem, vagy csak igen későn kerül orvosi kezelésbe.

De a kérdés így feltéve, a gyermekvédelem közigazgatását tekintetbe egyáltalán nem veszi. Az a gyermek, a kiért a cseléd anya fizet, az nem is kerülhet az állam gondozásába. Az a csecsemő kerülhet az állam gondozásába, a kiért az anya nem akar vagy nem tud fizetni. Ezek voltak angyalcsinálóknál, ezeknek 99%-a halt meg, ezeket kellett az állami gyermekvédelemnek megmenteni.

Azon magándajkaságba adott csecsemők halálózása, a kikért az övéi fizetnek, a kikkel tehát övéik az első perctől törődnek, ezen gyermekeknek halálózása, mint Franciaországban láttuk, ott nem is rosszabb, sőt jobb, mint a közgondozásba kerülteké, minthogy Franciaországban nemcsak a kiválasztott teleporvos, hanem valamennyi községi orvos feladata magaslatán áll s a magándajkaságba adott gyermekek ügye rendezve van.

Hogy nálunk milyen volt a magándajkaságba adott csecsemők sorsa, mielőtt a közgondozásra szoruló csecsemőket az állam onnét kivette, már ismerttem.

Ma, midőn a közgondozásra szoruló csecsemőkről az állam gondoskodik s magándajkaságban valóban csak oly csecsemők vannak, kikért övéi fizetnek, ma nem szabadna, hogy ezen csecsemők halálózása rosszabb legyen, mint a mienké. Ezek biológiailag jobb anyagot képviselnek, a socialis ártalmak sem a terhes anyára, sem az újszülöttre úgy nem

¹⁷ *Berend*: A csecsemőhalálózás magyar okai stb. Budapest, 1910, p. 121. — Ezen kérdés, minthogy igen vastag betűvel van nyomtatva, mindenkinek feltűnt, s mert épp a vastag betűk folytán azt a benyomást keltette, hogy ez a könyv lényege, sokan azt hitték, hogy ennek kimutatása *Berend* könyvének a főtentétiája. A kérdést azután már úgy vetették fel, hogy mi a különbség az állam s a cseléd által falura helyezett csecsemő között? Pedig *Berend* a hangsúlyt a „*megbetegedtetre*” helyezi s hozzáteszi, hogy a kérdés feltevése így éles:

hatottak, mint az alsóbb rétegre, a közgondozásra szorulókra. Hogy valóban milyenek a viszonyok, arról vizsgálatok nincsenek. Ha abból ítélnék, hogy évente néhány száz csecsemőt hoznak nekünk magándajkaságból vissza, kik „a csecsemőgyógyászat teljes tudatlansága alapján voltak táplálva”, akkor azt mondanám, hogy a viszonyok rosszak. De minthogy természetesen csak a rossz, a nem sikerült eseteket hozzák nekünk s minthogy socialhygienés orvos-statisztikai vizsgálatokat nem lehet általános benyomások alapján, hanem csak lehető pontos szám adatok alapján végezni, véleményt nem mondhatok.¹⁸ Elég szomorú, hogyha ma is rossz az anya keserves munkája béréből falún eltartott csecsemő sorsa. Mert hisz az állami gyermekmenhelynek nem szabad a magándajkasággal konkurrálni, hanem azt csak pótolni akarja ott, hol a gyermek övéi a dajkasági költségeket viselni nem tudják.

Berend kérdése logikusan csak így tehető fel: mi a különbség az állam által ma falura kiadott csecsemő között s a fizetni nem tudó vagy akaró cseléd által azelőtt falura kiadott csecsemő sorsa között. Erre a kérdésre pedig azt hiszem, máris válaszoltam.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Csabay Géza: A kecskeméti kórház építésének végleges programja. Kecskemét, Sziládi László nyomdája.

Kecskemét város tevékeny tiszti főorvosának kórház-programjáról annak idején már megemlékeztünk. Most a végleges programot kapjuk, a mely azonban visszaesést jelent az eredeti tervezethez képest. A belügyministerium ugyanis nem járult hozzá a 350 ágyas kórház építéséhez, hanem csak jóval kisebbet engedélyezett. Másfelől a legmesszebbre menő takarékoság elvének áldozatul esett a ravatalozó épület, a mely tulajdonképpen a nagyobb kórházak mellett okvetlenül megkívánható bonczoló-főorvos helyiségeit is tartalmazta volna. Magát a tervező szakfőorvos érinti bizonyára legkellemetlenebbül a változtatás. Kívánjuk, hogy a sorok között olvasható tervei a kórház fejlesztése érdekében (erre vall a többi között a felvételi épületnek a jelenlegi szükségletet erősen meghaladó nagyságban tervezése) mielőbb valóra váljanak.

Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden.

Herausgegeben von E. Abderhalden. IV. Band. Allgemeiner Teil. (Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien, 1910.)

Ezen negyedik kötet tulajdonképpen a gyűjtőmunka első kötetének folytatása. Az általános chemiai eljárások leírását, igen pedig a szerves vegytan fontos methodusainak leírását tartalmazza. Azon eljárások vannak itt leírva, melyeket az életvegytannal foglalkozók kevésbé ismernek, de a melyek a szerves vegyületek szerkezetének felismerésénél igen nagy jelentőségűek s melyek nélkül a szerves chemia terén nem lehet dolgozni. Az egész 50 ívnyi kötet *Friedmann E.* és *Kempf R.* tollából származik. A szerzők igen részletesen, nagy szakértelemmel írják le az oxydatio, reductio methodusait, igen behatóan a halogenálás, dehalogenálás, szulfonálás, nitrálás, amidálás eljárásait. A következő fejezetek pedig a diazotálás, acilálás, alkilálás, acetalizálás, a carbonyltestek

¹⁸ *Ehrlich* dr nagykátai községi orvos azt állítja, hogy a magándajkaságba adott csecsemők viszonyai szintén lényegesen megjavultak az állami gyermekvédelem által. Nemcsak azért, hogy a közgondozásra szoruló a magándajkaságból elkerültek, hanem a következő okokból is. Először is a magándajkaság is azon falvak felé terelődik, melyek telepek. Az indóháznál, a menhely kapujánál fogják el a szoptató nevelőanyákat s jobb fizetéssel rábírik magángyermekeket vállalni. Másodszor azelőtt csak a falu söpredéke vállalt magángyermekeket, mert hisz mindig ki volt téve annak, hogy nem fizetnek a gyermekért. Ma ettől nem fél, mert ha a magánfél nem fizet, beadják a menhelybe a gyermeket. A magándajkaságba kerülő elem ma imponáló, jómódú. Van olyan magándajkaságban levő csecsemő, kiért a teleporvos évi 100 korona tiszteletdíjat kap.

jellemző C- és N-kondenzálása és az eszterifikálás methodusairól szólnak.

Ezzel a kötetrel e nagy munka nincs befejezve. Meg fog jelenni még egy 5. kötet is, mely a szervek, az állati test folyadékainak és váladékainak elemzésmethodusait részletesen fogja ismertetni. Ezzel azután igazán tökéletes befejezést fog nyerni ezen nagyszabású és valóban nélkülözhetetlen kézikönyv.

Tangl Ferencz.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A végtagok lekötésének vérzéscsillapító hatását tanulmányozta *R. van der Velden*. Vizsgálódásai bebizonyították, hogy a vérzéscsillapításnak ez az ősrégi módja nemcsak egyszerűen a vérkeringésnek tehermentesítése útján hat, hanem azzal is, hogy a vér alvadésképpessége fokozódik. Többnyire elegendő csak két végtagot lekötni, például a két alsót, lehetőleg magasan. A lekötésnek lehetőleg hirtelen kell történnie, nem pedig fokozatosan; mert minél hirtelenebbül változik meg az osmosis egyensúly, annál erősebb a szabályozás a szövetek részéről, tehát annál erősebben mosatják be az alvadást gátló anyag. Átlagban elegendő, ha fél órán át maradnak lekötve a végtagok. (*Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther.* 8. kötet, 3. füzet.)

Belorvostan.

Az oxigenszegény levegő therapiás alkalmazásáról ír *A. Schmidt* és *O. David*. A magaslati klíma hatásából indulnak ki. A magaslati klíma kedvezőtlen, a beteg szervezetre sokszor káros hatása — megnehezített lélegzés és a vérkeringésnek ezáltal feltételezett zavara — a légnyomás csökkent voltára vezethető vissza, míg a kívánatos, a beteg szervezetre többnyire hasznos befolyása — a vérkészítő szervek ingerlése, a respiratorius hányados nagyobbodása és a nitrogen-forgalom csökkenése — az alveolaris levegő csökkent O_2 -partialnyomásának tulajdonítható. Ennek a felfogásnak megfelelően a szerzők iparkodtak olyan eljárást keresni, amely a magaslati klíma előnyeit nyújtja, hátrányait pedig mellőzi s ezt elérték oly készülék szerkesztésével, amelylyel a belégzendő levegő oxygentartalma tetszés szerinti fokban csökkenthető. A készülékkel eddig elért eredmények nagyon biztatók, főleg különböző anaemiákban, valamint időszült bronchitis és asthma bronchiale esetében. A készülék használata azonban kissé kényelmetlen, különösen ha — a mint az sokszor szükséges — huzamosabban veendő igénybe. A pneumatikus kamarákhoz hasonló nagy kamarák felállítása, amelyekben a betegek kényelmesen lélegezhetnek be a rendesnél kevesebb oxigént tartalmazó levegőt, nagyobb intézetekben és fürdőhelyeken könnyen lesz megvalósítható. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1911. 18. szám.)

Sebészet.

A mastix-kötés alkalmazásáról ír *Thomschke*. A használatban levő mastix-oldatnak összetétele (*Oettingen* szerint) a következő: Mastix 20:0, Chloroform 50:0, Ol. lini gtt. XX. A szerző néhány év óta használja ezen oldatot, melynek tapadóképpessége és egyéb előnyei minden tekintetben kitűnően beváltak. A kötésnek ezen módja gazdaságos, sok kötszer megtakarítható, alkalmazása egyszerű, változtatása nem jár fájdalommal. A szerző szerint a mastix-kötés a legtöbb műtéti sebére a legelőkeltebb; az oldatot egészen a seb-szélekig vékonyan kell felkenni, a sebet magát steril gaze-zal kell fődni és ú. n. fátyollal megerősíteni. Ha egyéb kötszer is szükséges (vatta stb.), akkor ez legcélszerűbben két-három ragasztótapasz-csikkal rögzíthető. Ily módon a műtét útján támadt seb a környéktől aseptice elzárható. A kötés-változtatás is nagyon egyszerű. A mastix-oldattal megerősített kötszer könnyen leválik, ha az egyik sarkát megfogva, óvatosan lehúzzuk; érzékeny betegen ajánlatos a benzinnel való

megnedvesítés. Ha a sebkezelés folyamán nincs szükség különös beavatkozásra, vagy pedig csupán fonaleltávolításról van szó, akkor a szerző mellőzi a seb környékének tisztítását, csak a mastix-kötést változtatja mindaddig, míg a teljes gyógyulás beáll. A beteget alig fárasztjuk, nem szükséges őt emelni, ide-oda mozgatni. Sérülés eseteiben szintén tanulságosak a szerző tapasztalatai. Friss esetekben mellőzi a seb környékének tisztítását, csak éppen a nagy szennyet távolítja el benzinnel. Miután a seb környékét mastix-oldattal bekente, ellátja magát a sebet, előzőleg azonban a seb széleit aseptikus mullkompresszekkel rakja körül, úgy hogy csupán keskeny rés maradjon, amelyben a sérülés van. Ilyen módon az operateur úgyszólván teljesen aseptikus műtéti teret nyert. Különösen az arcz és az ujjak sérülésekor nagyon célszerű e módszer. Így elkerülhető a fejnek, illetőleg a kéznek pólyázása. Nagyon bevált a mastix-extensiós kötés is, mely mindig nagyobb megterhelést elbír és heteken megmaradhat a nélkül, hogy a megterhelés folytán engedne. Ha elvéve nem alkalmazható a mastix, a jodtinctura pótolhatja, de persze tapadóképpessége hiányzik. Olykor a mastix bőrizgalmat okoz, nők néha különösen érzékenyek vele szemben. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911. 13. sz.)

ifj. *Hahn Dezső* dr.

Elmekörtan.

A dengue-láz keretében jelentkező elmezavarokról értekezik *Valletean de Moulliac* és *Cozanel*. A dengue fertőző és epidemiás betegség, amely Európában nagyon ritka, míg az intertropusi vidéken nagy mértékben fordul elő. A szerzők 3 ily epidémiát észleltek: Tahitiben 1909-ben és Nouméában 1908-ban és 1910-ben. A betegség képe és lefolyása nagyon változó, elannyira, hogy felismerése gyakran nehéz. A betegség hirtelen, erős fejfájással és periorbitalis fájdalommal, conjunctivitással kezdődik, az arcz puffadt és sajátosan veres lesz. A láz hirtelen jelentkezik és nagyjában 3-féle lefolyást mutat. A leggyakoribb alak, hogy a láz felemelkedik $39-40^{\circ}C$ fokra és 2-3 napig e magasságon marad, a mit 24-36 óráig tartó defervescencia követ, de erre a láz újból előbbi magasságára emelkedik és végre a 6-7. napon hirtelen leesik $35.4-35.9$ fokra. Második, de ritkán előforduló alakja a lázmenetnek, hogy $39-40$ fokra emelkedik, a reggeli és esti ingadozások mellett e fokon marad és a 6-7. napon hirtelen a normalis vagy még az alá esik. A harmadik alak, hogy a láz lytikusan szűnik meg. A fájdalmak a 3-4. napon megszűnnek. A betegség egész tartama alatt gyomorbelzavarok észlelhetők. A betegség kezdetén és végén erythema mutatkozik, de nem minden esetben. A psychés alteratio a heveny tünetek és a reconvalescencia idejében mutatkozik és álmatlanságban, ijesztő álmokban, rémképekben, hallucinációkban, amnesiában, szellemi tompasággal párosult zavartságban nyilvánul. Az elmezavartság néha csak töredékesen jelentkezik, amentia, „délire hallucinatoire onirique“ képét tünteti fel. Az elmezavartság körképe és lefolyása mindenben megegyezik az egyéb fertőző bajok keretében jelentkező psychosisokéval, de különösen gyakori az astheniás alak és többször súlyos somnolentiára vezet. (*L'encephale*, VI. évf., I. félév, 27. l.)

Goldberger Márk dr.

Az adalin hatásáról a neurosisokra és psychosisokra számol be *Hennes*, és ugyancsak az adalinnal, mint *sedativummal* és *hypnoticummal* foglalkozik *Pelz*. Az adalin bromdiaethylacetyl-húgyanyag, fehér por és tabletták alakjában árusítják, hideg vízben alig, langyosban valamivel jobban oldódik, kissé keserű ízű. Sedativ adaga 0.25-0.5 gr., mint hypnoticum 0.75-1.5 gramm adható. Mindketten kiemelik, hogy a betegek szívesen vették és hogy melléktüneteket alig észleltek, úgy hogy *Hennes* szerint szívbajosoknak is bátran adható. Az adalin hatására elég biztosan számíthat az orvos. A kiválasztása is elég gyorsan folyik le. *Hennes* szerint az adalin hatása a sedativum és hypnoticum között van. *Pelz* szerint a szer hibája, hogy a betegek gyorsan megszokják és azért epilepsiában, valamint olyankor, a mikor

hosszabb tartó hatást akarunk elérni, nem használható. (Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. IV. k. 507. és 515. old.)
Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

Kísérleti úton létrehozott spasmus nutansról és a vizelet bomlástermékeinek hatásáról a fiatal kutyákra ír Raudnitz. Fiatal kutyákat teljesen elsötétített faketreczekbe zárt és a ketreczek alá ammoniakkal telt csészét helyezett. Az állatokat hosszabb-rövidebb ideig tartotta ilyen körülmények között, majd egy időre kivette őket és ismét visszahelyezte. A kutyákon tett észleleteit a következőkben foglalhatjuk össze: Az ammoniak-gőzöknek a rachitis előidézésében semmi szerepük sincs. Ha kutyákat születésüktől kezdve sötétben tartunk, akkor nystagmus, majd spasmus nutans jelentkezik; 2—5 hetes állatokon ezen tünetek később állanak be. 2 hónapos kortól kezdve a sötétség hatástalan. A nystagmus horizontalis, majd rotatorius jellegű, mély narcosisra megszűnik, de ennek elhagyása után ismét jelentkezik. Ha néhány napos, nystagmusban szenvedő állat a világosságra kerül, a nystagmus elmúlik, sötétben tartásra azonban megint visszatér. Ha a nystagmus hónapokon át fennállott, a világosságon sem szűnik meg többé. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 23. k. 3. f.)
Péteri dr.

A csecsemők vizeletéből eczetsavval kicsapódó fehérjetest klinikai jelentőségéhez szolgáltat adatokat Giffhorn, Thiemich magdeburgi intézetéből. Hideg vizeletben eczetsav hozzáadására nem ritkán csapadékot látunk. Ezen kicsapott anyagot az utóbbi években ismételt vizsgálták vegyileg, a nélkül, hogy egybehangzó eredményre jutottak volna. Beigazoltnak vehetjük mindamellett, hogy a vizeletben észlelt zavarodást nem valamely vegyileg egységes anyag okozza, hanem hogy különböző, a vizeletben esetleg előforduló alkotórészek adják eczetsavval ugyanazon reakciót. Különösen kiemelhetjük előfordulását az újszülöttek fehérjevizelésénél és az orthotikus albuminuriánál. Ezenkívül csak a vesemedence genyes megbetegedéseiben és némely táplálkozási zavarban találták meg fehérje mellett.

A szerző megvizsgálta, hogy ezen eczetsavas test, mely körülmények közt mutatható ki egy éven aluli gyermekek vizeletében. Sohasem talált kifejezett reakciót teljesen egészséges gyermekek vizeletében. Ritkán hiányzott olyanokéban, kik a húgyutak genyes megbetegedéseiben szenvedtek, megtalálta további enyhe dyspepsiában, súlyosabb vagy könnyebb táplálkozási zavarban szenvedő gyermekek és parenteralis fertőzés folytán megbetegedett csecsemők vizeletében. A reactio foka naponként változott, úgy hogy ugyanazon gyermekek vizeletében is az egyik napon erősebb, a másikon gyöngébb, vagy alig kifejezett volt. Olykor megelőzte a fehérjevizelést, olykor vele együtt fordult elő, máskor a fehérje eltűnése után még hónapokon át kimutatható volt a vizeletben.

Ezen vizsgálati eredményeiből azt következteti, hogy az eczetsavas test a szervezet bármilyen zavarának érzékenyebb indicatora, mint a fehérje megjelenése. Ugy látszik azonban, hogy az eczetsavas testnek nincs az a sajátlagos kórjelző jelentősége a csecsemőkörben, a minő a jelentősége az orthotikus albuminuriában a későbbi gyermekkorban. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. 648. 1.)
Flesch.

Venereás betegségek.

A salvarsan-kezelés nyomán támadt súlyosabb melléktünetekről közli tapasztalását Finger tanár (Bécs). Finger az utóbbi időben már több ízben rámutatott arra, hogy a salvarsan-kezelés nyomán nem is túlrítkán oly jelenségek és tünetek mutatkozhatnak, a minőket a régi kéneső-kezelés után nem szoktunk tapasztalni s a melyek kétségtelenül az új szer használatával állanak összefüggésben. Finger nézetét kezdetben nem méltatták eléggé figyelemre, utóbb azonban egyre több közlemény jelent meg, a melyben ezek az aggodalmak visszhangra találtak. Finger most 3 különösen súlyosnak mu-

tatózó esetet közöl, a melyből a szernek közvetlen káros hatása egészen világosan kiderül. Az első eset 19 éves nőt illet. Az egészséges szervezetű nő 8—9 hetes syphilis ellen 0.45 gr. salvarsant kapott. Két hónappal később a következő tünetek voltak rajta megállapíthatók: erős fejfájás, baloldalt neuritis optica, jobboldalt teljes oculomotorius-bénulás és könnyebb facialis-paresis. A beteg erre — azon föltevés hatása alatt, hogy túlkorán jelentkező lues cerebriáról van szó — újabb salvarsan-injectiót kap. Állapota erre még inkább rosszabbodik, pangásos papillitist kap, a neuritis optica jobboldalt is mutatkozik, a bal oldalon pedig rosszabbodik. A folyamat később spontán némiképpen javult. Az első injectio után 8 hónappal a beteg általános, igen kifejezett maculopapulás kiütést kapott. A második eset 31 éves férfire vonatkozik. A salvarsan-injectiót syphilisének 8.—9. hetében kapta. 9—10 héttel később nem syphilises jellegű cephalalgia kíséretében kétoldali neuritis optica támadt. A beteg állapota hol javul, hol meg rosszabbodik s Finger szerint valószínű, hogy az eset amaurosissal fog végződni. A 3. eset (nőbeteg) körülbelül hasonló a másodikhoz. Mindezeket a tüneteket már mások is leírták, de legtöbbször az volt a nézet róluk, hogy ezek a súlyosabb jelenségek nem a salvarsan mérgező hatásának az eredményei, hanem ú. n. syphilises „neurorecidivák”. Ehrlich éppen ezeknek a „neurorecidivának” keletkezésében veszi föl, hogy a betegen „csaknem teljes” sterilitás állott be. Finger ennek az állításnak lehetőségét első esetével is bizonyítja, a melyben a neurorecidiván kívül később általános maculopapulás syphilis keletkezett. A „neurorecidivák” Finger véleménye szerint mérgezés jelei, nem pedig körülírt syphilises recidivák. Leginkább bizonyítja ezt az a tapasztalás, hogy utólagos kéneső- és jodkúrák nem sokat segítenek. Ha javulás be is áll, ez rendszerint spontán jön létre. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 18. sz.)
Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgyivarszervek korcsképződésének ritka esetét észlelte Stefanescu Galatzi. A 10 éves fiúcskának ectopia vesicae totalisa volt; a húgyhólyag egy a hypogastriumon ülő, mandarin nagyságú tumor képét mutatta; a köldök hiányzott; az ureterek vesicalis végei az intermittens vizeletejaculatio révén tüntek fel. A herezacskót egy circa a középvonalban haladó hasadás két részre osztotta; a két here a lágyéksatornának külső végében feküdt; a scrotumhasadék alsó végén, a húgyhólyag alsó felületétől alig 1 cm.-nyi távolságban már ott tátongott a teljesen incontinens (a sphincter ani hiányzott) végbélnyílás. A perineum, vagyis az anus és a húgyhólyag közötti, ez esetben rendkívül keskeny vonal közepéből egy hórónagyságú csomó emelkedett ki, mely a glans penishez hasonlított; a symphysis pubis hiányzott, a szeméremcsontok 6 cm.-nyire feküdtek egymástól. Mindenik szeméremcsonton egy elég vastag corpus cavernosum-réteget lehetett megkülönböztetni, a bal merevencstest normalis alakú, de vak nyílással bíró glansban végződött. A vizelet állandó csurgással a gáton fekvő csomó felett a végbélnyílás felé ömlött. Ezen gyermekek tehát a húgyivarszervek az embryonalis élet igen korai stadiumának megfelelő, rendkívül kezdetleges állapotban voltak láthatók. Műtétről természetesen szó sem lehetett. (Annales des malad. des organs génito-urinaires, 1910. II. kötet, 21. füzet.)
Drucker Viktor dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A tonsillectomiáról ír Blegwad (Kopenhagen). Chronikusan gyuladt tonsillák jelenléte esetén ezek gyökeres műtétét végzi: 1. ha ismételt acut gyuladások mutatkoznak, 2. ismétlődő peritonsillaris tályogok, 3. tonsillitis lacunaris chronica esetén, 4. ha a tonsillákon át egyszer már súlyos fertőzés történt és 5. oly adenitis colli (tbc.) eseteiben, a melyeknek tonsillaris eredése vehető fel. Gyermekekben többnyire csak egyszerű hypertrophia van s ez esetben a tonsil-

lotomia elegendő; ha azonban a mandulák kicsinyek, a sinusba beágyazottak, a garatívekkel összenőttek, ha gyakoriak a peritonsillaris tályogok, tonsillektomia végzendő. Gyermeken a műtétet narcosisban, felnőtteken helyi érzéstelenítéssel végzi. A tonsilla megfogására és előhúzására Museux-szerű fogót szerkesztett, a tonsilla kifejtésére sarlóalakú kést használ s az eltávolítást hideg kacsccsal eszközli. (Archiv für Laryngologie, XXIV. kötet. 1. füzet.) *Safranek dr.*

Fizikai és diéta gyógyításmódok.

A tüdőtuberculosis fizikai és diéta kezeléséről értekezett *Winternitz* a bécsi „Gesellschaft für physik. Medizin“ ülésén. Hangsúlyozta, hogy ezen betegség keletkezéséhez nem elegendő a kórokozó bacterium magában, hanem hogy még bizonyos hajlam is szükséges. Az ember nem válik hirtelen tuberculosussá, szervezetének ehhez előbb alkalmazkodnia kell. Ugy látszik, hogy bárminő gyengítő hatás, legyen az lelki, fizikai behatás vagy veszületett hajlam, a szervezetet oly irányban változtathatja meg, hogy az ezen bajba esik. A tuberculosis-bacillus megtelepedését valamely magában jelentéktelen megbetegedés is elősegítheti. Bizonyosság erre azon számtalan eset, a melyben a bacillus a szervezetbe jut és semmi, vagy legfeljebb csak helyi megbetegedést okoz, s bizonyosság erre az egészséges és erőteljes egyéneknek azon nagy száma is, a mely annak ellenére, hogy az infectio alkalmának ki van téve, mégis egészséges marad. A fizikai és diéta eljárások az embert ellenállóbbá teszik. A tuberculosis ellen való küzdelemben tehát ezen fegyvereket is harcba kell vinni, a mi annál is inkább kecsegtet eredménynyel, mert ezek minden betegnek otthonában is alkalmazhatók. A manapság divatos kezelés: a szabad levegőn való fekvőkúra és a bőséges táplálás nem igen fér meg egymással. Fekvés közben az étvágy csökken s ha a beteget mégis arra kényszerítjük, hogy sokat egyék, könnyen megeshik, hogy emésztési zavart okozunk, a mely végzetessé válhatik. Ez okból a fekvőkúrát idősült tüdőgümőkör eseteiben manapság már számos sanatoriumban beszüntették és ezen betegeket a szabadban mozogni engedik, sőt mérsékeltlen meg is dolgoztatják. Ezen eljárással a tápláló anyagok bevétele és feldolgozása fokozódik. Azok, a kik ezen módon megerősödnek, erejüket nem is veszítik el oly könnyen, ha ismét a rendes életviszonyaik közé kerülnek.

A szerző a tuberculosis leghathatósabb gyógyító eszközének a hydrotherapiát tartja. Ez nemcsak arra jó, hogy vele az összegyűlt fertőző termékek a test felületéről eltávolíttassanak, hanem arra is, hogy az egész szervezet erősíttessék. Félévszázados tapasztalás arra tanít, hogy a hidegvíz-kúránál hatalmasabb tonicummal nem rendelkezünk. Ez a beidegzést, a vérnyomást, a vér összetételét, az izomerőt, az anyagcserét, az étvágyat és az emésztést is megjavítja. E mellett még edzően is hat és ezáltal megvéd a meghülés és visszaesés ellen, megszünteti a további fogyást, sőt a testsúly gyarapodására is vezet. A részleges hideg lemosás, melyet reggel és este végezhetünk, általánosan erősítően hat. A vízállományokkal továbbá azáltal, hogy a vérelszívást módosítjuk, a helyi folyamatokra is kedvezően hathatunk. A megmelegedő hideg borogatás a köhögési ingert és a kiköpést mérsékli, a köpetet hígítja és a beszűrődés felszívódását sieteti, sőt a lázat is megszüntetheti. Ezen borogatás alkalmazására a rendszeren annyira kellemetlen éjjeli izzadás is abba marad, a szív működés nyugodtabbá és erőteljesebbé válik, az étvágy javul s a testsúly megnövekedik.

Aberg saját magán és számos betegén sokat segített azzal, hogy a testet a kezelés első idejében 0 fokos vízzel részletekben lemosta. Később naponta 1—2-szer ugyanilyen vízzel egyhuzamban az egész testet lemosta vagy leöntötte és a kezelés még későbbi folyamán 7—13 fokos fürdőt alkalmazott, a melybe a beteg azonban éppen csak hogy belemert. Ezen eljárásokkal mindazon betegét, kiről még reménye volt, hogy gyógyulhat, meg is gyógyította, a gyógyíthatatlanokat pedig megjavította. *Winternitz* is arra törekszik,

hogy alkalmazásaival mennél alaposabb reactiót érjen el s e célból lehetőleg hideg vizet és erőművi ingert is alkalmaz. Ezen eljárás legelőkétebb módja az említett izgató-felmelegedő borogatás, a mely még a legszűkösebb viszonyok között levő betegen is alkalmazható. (Zeitschrift für physik. u. diät. Therapie, 1911. 288. lap.) *Lenkei V. D.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az izületi csúz gyógyítására *Bouchard* ajánlotta volt először a natrium salicylicum bőr alá fecskendezését a kóros izületek táján. Ezen eljárással *Rosenthal* nagyon kedvező eredményeket ért el, a mint erről a múlt évben beszámoltunk. Legújabbán *Seibert* ír ezekről a befecskendezésekről. Heveny esetekben natrium salicylicum 20%-os vizes oldatát fecskendezi be, 50 kilo testsúlyra 10 cm³ ilyen oldatot számítva; a befecskendést a czombok bőre alá végzi; az illető helyet előbb friss jodtincturával fertőtleníti s 0.0075 gramm cocaint 40 csepp steril vízben oldva fecskendez be; az ilyen módon érzéstelenné vált helyen negyed óra mulva fecskendezi be a natrium salicylicumot. Az eljárás 12 óránként ismétlendő. Súlyos esetekben 50 kilo testsúlyra 15 cm³ oldat veendő. Idült esetekben oleum sesami-ban oldott salicylsavat használ (10 gramm 80 gramm olajra) s hozzá még 5 gramm alkoholt ad az oldódás elősegítésére, valamint kámfort is. Az oldatot az alkohol hozzáadása előtt sterilizeli; zárt üvegben tartandó, mert különben az alkohol elpárolog és salicylsav-kristályok válnak ki. Az ilyen olajos mixturának a felszívódása lassabban megy végbe s a kiürülése is kevésbé gyors; éppen ezért ajánlatos a használata idült esetekben. Végül még csak azt jegyezzük meg, hogy a natrium salicylicum vizes oldatát közvetlenül a használata előtt mindig fel kell forralni; az olajos mixtura egyszeri felforralás után rendszerint steril marad. (Ref La semaine médicale, 1911. 13. szám.)

A paralysis progressiva kezeléséről natrium nucleicummal ír *Klieneberger* a breslauer egyetemi idegklinikáról. 15 esetben használta az eljárást, de jelentősebb eredményt egy esetben sem ért el, sőt némelyik betegen a befecskendezésekkel kapcsolatosan acut, bár gyorsan muló rosszabbodás állott be. Tekintve még azt is, hogy az eljárás fájdalmas, a további használatát beszüntették. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 8. szám.) — Ugyanezen folyóirat ez évi 16. számában *Loewenstein* szintén elítéli a szóban levő eljárástól.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 22. szám. *Steiner Pál*: A veségümőkör sebészeti gyógykezeléséről. *Hoor Károly*: A szaruhártya bántalmairól.

Orvosok lapja, 1911. 22. szám. *Adler Oszkár*: Az intrauterin formalinkezelésről.

Budapesti orvosi újság, 1911. 22. szám. *Safranek János*: Az inhalációs terapia mai állása. „Fürdő- és vízgógyászat“ melléklet, 2. szám. *Strasser Alajos*: A vérmegoszlás taná a hydrotherapiában. *Farkas Márton*: Vannak-e a hydrotherapiának közvetlen pszichikai hatásai. *Schiller Károly*: A hő kórtani hatása a szövetekre.

Klinikai füzetek, 1911. 5. füzet. *Donath Gyula*: Az öröklött iszákosság, különös tekintettel a dipsomaniára. *Budai Kálmán*: Ujabb ismereteink a calcium biochemiai szerepéről és az ivóvizekben oldott calciumsóknak fontosságáról.

Vegyes hírek.

Tauscher Béla dr. udvari tanácsost Pozsony város I. kerületének országgyűlési képviselőjévé választották.

Kinevezés. *Fabinyi Rudolf dr.-t* a budapest-lipótmezei állami elme-gyógyintézet főorvosává, *Klesits Tódor dr.-t* a lugosi kórház elmebeteg-osztályának főorvosává, *Alföldy Béla dr.-t* óbecsei járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Szombathelyi Gábor dr.-t* Kolozsvárt kerületi tisztiorvossá választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület áprilisban 1344 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1024 szállítást végzett, 243 esetben mint mozgóórség működött és 21-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 2632.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete a napokban tartotta XIII. évi rendes közgyűlését *Batthyány Lajos* gróf elnöklésével. Az elnök az ülést megnyitva, bejelentette, hogy az Erzsébet királyné-Sanatorium teljesen kiépült és ezzel elkészült Európa egyik legnagyobb és legmodernebb népsanatoriuma. *Tauszk Ferencz* dr. főtitkár terjesztette elő ezután az igazgatótanács jelentését, mely első sorban az Erzsébet királyné-Sanatorium teljes elkészülteiről szól; a sanatorium 220 beteg befogadására alkalmas s bir egy minden követelményeknek megfelelő gyermek-osztályal is úgy, hogy a jövőben a Sanatoriumban kicsiny gyermekek is nyerhetnek ápolást és gondozást. Az új építkezés költsége 1,129.198 koronára rúgott. A hazai Sanatorium-Egyesületek központosítása, melynek eszméjét az egyesülethez több mint egy évtized előtt *Korányi Frigyes* báró vetette fel, immár a megvalósulás stádiumába lépett. Az Erzsébet királyné-Sanatoriumba az 1910. évben 564 beteg vétetett föl és pedig 326 férfi és 238 nő 46355 ápolási nappal. 281 beteg, vagyis az ápolottnak fele részesült ingyen-kezelésben. A betegek közül 72% haszonnal végezte kúrját az intézetben, vagyis az eredmény olyan, mely a legdrágább magán-sanatorium eredményével versenyez. Az Egyesület vezetése alatt álló Tüdőbeteg-Gondozó intézetben felvételt összesen 5684 új beteg és pedig a belgyógyászati rendeléseken volt 3785, a gégészetieken 695, a sebészetieken 1204. Az intézetben ismételt megfordult betegek száma a belgyógyászaton 21725-öt, a gégészeten 3049-et, a sebészeten 5385-öt tett. Az Erzsébet királyné-Sanatorium a lefolyt évben 41112 korona hiánnyal zárta le működését, a mely összeget az Egyesület jövedelméből és az államségiylyből kellett fedezni.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által rendezendő budapesti két hetes tanfolyamra 93, a kolozsvárra pedig 15 orvos jelentkezett; ezen kívül Budapesten és 6 vidéki városban hosszabb tanfolyamokat is tartanak, úgy, hogy ez évben körülbelül 180 orvos fog a továbbképzés jótéteményében részesülni. A bizottság hivatalos folyóiratának, az „Orvosképzés”-nek legközelebbi kettős füzeté június közepén fog megjelenni a szülészet, nőorvosn és szemészet körébe vágó dolgozatokkal, a melyeket *Taufner Vilmos, Bársony János, Tóth István, Imre József, Hoor Károly, Grósz Emil, Lovrich József, Blaskovics László* és *Scholtz Kornél* írt.

Az újpesti szegénygyermek-kórház-egylet most adta ki évkönyvét az 1910. évről. Az egylet kórháza jelenleg 70 ágyval van felszerelve, a melyeken 475 beteget (261 fiút és 214 leányt) gyógyítottak; egy-egy betegre 35 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 5.47 volt. A járóbeteg-rendelésen 3753 beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11259 volt. Műtétet 324 esetben végeztek.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület jelentése az 1910. évről a napokban jelent meg *Konrádi Dániel* dr. igazgató-főorvos összeállításában. Az egyesület a múlt évben 3897 esetben nyújtott első orvosi segítséget. A működő tagok száma 176 volt, kik közül 53 okleveles orvos, 7 szigorló és 116 orvostanhallgató. Az egyesület 8 mentőtanfolyamon 12 előadást és gyakorlati tanítást tartott.

Meghalt. *E. Remak* dr., az idegkórntan rendkívüli tanára a berlini egyetemen, május 24.-én, 62 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *H. Fritsch*, a bonni egyetem ismert nőorvos-tanára nyugalmába vonul. — Dorpatban *A. G. Ljutkevics* dr. moszkvai magántanárt a szemészet rendes tanárává nevezték ki. — *N. K. Nejlolov* dr. kiewi magántanárt a varsói egyetemen a nőorvosn tanárává nevezték ki. — *J. Schaffer* dr.-t, a szövetn rendkívüli tanárát a bécsi egyetemen, ugyanazon tárgy rendes tanárává nevezték ki a gráci egyetemen. — *Bohr* tanár utódja a kopenhágai egyetem élettani tanszékén *V. Henriques* dr., a kopenhágai állatorvosi főiskola élettan-tanára lett.

Hírek külföldről. A porosz képviselőházban két szavazat-többséggel elfogadták a halothamvasztás megengedésére vonatkozó törvényjavaslatot. Még a konzervatív pártból is reá szavaztak többen, azzal a megokolással, hogy a halothamvasztás sem a vallást, sem a konzervatív politikai elveket nem sérti meg. — Island fővárosában, Rejkjavikban négy fakultású egyetemet állítottak. Az orvosi karon egyelőre négy rendes és hét egyéb tanárt alkalmaznak.

Fornet Elemér dr. fürdőorvosi működését Marienbadban (Kaiserstrasse, Haus „Sanssouci”) ismét megkezdette.

Berzenyi Zoltán dr. tiszteletbeli megyei főorvos fürdőorvosi működését Vihnye-fürdőn megkezdette.

Groó Béla dr., Iglófürdő gyógyfürdő és vizgyógyintézet hivatalos orvosa működését Iglófürdőben ismét megkezdette.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletében befizettek: *Valovics Gyula, Vollweier János, Vadas Vilmos, Wenczel József, Zuckmann Mór, Matavovszky Zsigmond, Donáth Gyula, Káday Gyula, Noel Jakab, Sella József, Schiff Károly, Szirtes Alajos, Szél Manó, Székely Ádám, Siklóssy Gyula, Goldstein Adolf, Erényi Béla, Györgyi József, Gebhardt Ferencz, Hudovernig Károly, Hajnik Emil, Jármay László, Nothaft Antal, Ottava Ignác, Mihajlovics Miklós, Doktor Károly, Dieballa Géza, Barta Gábor, Bogdanovics Milos, Balog Dezső, Eröss Gyula, Korányi Sándor, Kern Géza, Erdős Emil, Eisler Hugó, Walla Béla, Abt Alfréd, Akontz Károly, Stern Ignác, Deésy Pál, Gábor Menyhért, Deutsch Géza, Fuchs Vilmos, Huvös Henrik, Hollósy Ede, Jármay László, Ittész Zsigmond, Kottler Sándor, Kácsor Mór, Keményffy Gyula, Láng Jakab, Lengyel Sámuel, Nádas Lipót, Morelli Károly, Mayer Árpád,*

Moravcsik Ernő, Mandl Henrik, Nöbel Róbert, Politzer Jakab, Péchy János, Raisz Aladár, Székely Imre, Stricker Péter, Frigyesi József, Zsiga Mór, Ansfeld Endre, Balog Benő, Braun Gyula, Fekete Samu, Feja Ferencz, Grasl József, Gál Dezső, Gélyi Dezső, Hensch Géza, Hüttl Hümér, Haftl Dezső, Krieser Arnold, Kórodi Kálmán, Katona Gyula, Kertész Béla, Molnár Hugó, Müller Vilmos, Márkus Miksa, Makara Lajos, Magyar Károly, Mayland Henrik, Kraft Oszkár, Nagy Imre, Ostatea Valér, Putzer Jakab, Pap Izidor, Porutiu Romulus, Poniczky Elek, Rüll János, Roth Ignác, Rainer Miksa, Reiner Mór, Sarlay Vilmos, Stikkösd Jenő, Schwarz Lajos, Szabó Mihály, Terray Lajos, Tenner Vilmos, Váli Ernő, Weisz K., Wolitzer Gyula, Ullmann Antal, Zahornaczky László, Tóth Gedeon, Dembitz Sándor, Breznói Ernő, Dávid Miklós, Csiki Tivadár, Grünfeld Ignác, Zsida Sándor, Grün Jakab, Farkas Antal, Hankó József, Herz Samu, Jachmann Ede, Karos Adol, Kis Vilmos, Kovács Lajos, Kovács Henrik, Kapp Viktor, Kocsis Elemér, Lenkei Vilmos, Kirchner József, Márer József, Pláner József, Rózsa Zsigmond, Szmik Gyula, Tartol János, Varga Samu, Varjas Gábor, Zappe Ede, Márton Ödön, Királyffy Armin, Ranschburg Pál, Fried Samu, Nagy Albert, Neuwirth Gusztáv, Wahrmann Simon, Spitzer Gyula, Schwarz József, Roth Alfréd, Dach Sándor, Detre László, Áldor Lajos, Asztalos Kálmán, Czilcer Benedek, Eördögh Oszkár, Fenyő József, Fejér Dávid, Gerő Mór, Glück Soma, Gottlieb Ede 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

Dr. Popper jönevű intézetét, Igls, Innsbruck mellett (900 m.) június 1.-én újból megnyitja és bátorodik a figyelmet különösen az új radiumkúrákhoz szolgáló berendezésre felhívni.

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

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utca 39.

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vizgyógyintézet megnyílt.

posta VISEGRÁD (Pestmege) Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és mór-, sós-, fenyő- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Diaetikus konyha. Pensio — fürdőhasználatlalt és ötszöri étkezéssel együtt — heti 70 koronától feljebb. Kivánatra prospektus.

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

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

Gyermeksanatorium PORTORÉ (Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Felnteknek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: *Rajnik Pál* dr. Prospektus.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos orvosi műszerek gyára. Budapest, Rákóczi-út 19.

Iglófürdő Elsőrangú vizgyógyintézet, gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diaetikus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: Dr. Groó Béla.

Epileptikus betegek intézete

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

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

BAD HALL □ OBERÖSTERREICH Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

MATTONI-FÉLE LAPKIVONATOK
fürdőkhöz.
:: LAPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló
LAPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes ülés 1911 február 25.-én.) 416. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1911 márczius 18.-án és április 1.-én tartott VII. és VIII. szakülés) 418. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1911 február 25.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

Mennyiben váltotta be a Wertheim-műtét a hozzá fűzött reményeket.

Kubinyi Pál: A kérdést a következő szempontokból bonczolja: 1. operabilitás; 2. a parametriumok és a hüvely kiirtása; 3. mirigykérdés; 4. a szomszédos szervek (hólyag, ureter, végbél) sebészetének bevonása; 5. a végleges gyógyulás eredményei. Tekintetbe veszi azután a Wertheim-műtét hátrányait (mortalitás, ureternecrosis, cystitis) s oda *concludál*, hogy az előnyök sokkal felette állnak a hátrányoknak, a módszer tehát bevált s a *concurrans* szélesbített hüvelyi műtétekkel (*Schauta*, *Staude*) szemben megtartotta suprematiáját, a mennyiben az operabilitást óriási mértékben emelte, 10—20%-ról 50, sőt 70—80%-ra. A parametriumokat, főként a fontos hátulso részt, a hol a nyirokutak futnak, ezzel a módszerrel lehet legjobban kiirtani. A hüvely kiirtása alulról is lehetséges, ebben tehát nincs fölénye. A mirigykiirtás ugyan nagyjában véve csődöt mondott, de azért nem vetendő el teljesen, mert szaporodnak az adatok, a melyek szerint ilyen esetek is meggyógyultak. A szomszédos szervek sebészete szempontjából, főként az ureter-resectiót illetőleg, egyetlen módszer sem versenyezhet vele, sőt e téren a javulás is lehetséges, ha céltudatosan, sebészileg végzünk s nem csak mint kellemetlen melléksértést látják el. A végleges gyógyulás adatai most gyűlnek össze s bizonyítják, hogy az eredmények sokkal felette állnak a régi hüvelyi módszernek, a legszigorúbb számítás-al (*Waldstein*) is 17.5% (*Veit*), 19.3% (*Wertheim*), 23.5% (*Zweifel*) stb. absolut gyógyulási számok szerepelnek, holott a vaginalisét közt alig van jobb 9%-osnál (*Olshausen*) és *Döderlein* is legfeljebb 10%-ra becsüli. *Schauta* eredménye (erweiterte vaginale Methode) 13.5%. Előnye még a Wertheim-módszernek a terhességgel szövődött rák operálhatósága. (Saját esete: *sectio caesarea + Wertheim*.) A mortalitás eleinte magas volt, 30%, de ez így volt a vaginalisnál is. Saját anyagában 12% az összmortalitás, az utolsó évben már csak 8.3%. Az utolsó 11 esetből egyet sem veszített, holott ebbe esik 1 ureterresectio, 1 bélresectio, a 10 könnyebb esetet pedig *Schauta* szerint operálta.

Hátránya az ureter-necrosis, a mi a jövőben apadni fog, ha nem fogják erőszakkal kipaeparálni, hanem, ha kell, reszekálják. Több mint félszáz esetében nem volt egy necrosis sem. Annak tulajdonítja, hogy kiméli s nem zúzza, nem csinál a falában véromlányeket.

A cystitis is nagy hátrány, de a *Schauta*-műtétnél is megvan (286 közt 80). A beteg e miatt sokáig orvosnak kell gondozni.

Az eklektikus operálás híve: ha a beteg szervezete nem alkalmas rá, a hüvelyen át kell operálni.

Végül a korai operálásról szól. A *Winter*-féle mozgalom a közönségre alig hatott, az orvosokra inkább, de ma is alig van javulás, éppen olyan rossz eseteket kapunk, mint azelőtt. Ennek főoka az, hogy a rák eleinte nem okoz fájdalmat.

A jövőtől sem lehet sokat várni s így, a míg a ráknak nincs meg a gyógyszere, köteleességünk a lehetőség határig operálni s ehhez a célhoz a Wertheim-műtét vitt legközelebb.

Lovrich József: Tóth lelkes híve a hüvelyen keresztül végzett műtéteknek, mint azt már a szakosztályban ugyanerről a tárgyról a nyáron tartott előadásából is ösmerjük. Azonban a *Schauta*-féle műtét, mint tudjuk, sehol sem tudott nagyobb tért hódítani. Azok is, a kik megpróbálkoztak vele, csakhamar abbahagyták, mert ennek a műtétnak többféle hátránya van. Részletesebben nem is kell ezekről beszé-

nem, mert az előadó maga is említette s ösmeri ezeket a hátrányokat. A hüvely bő feltárása nélkül a műtétet akárhányszor nem is lehet elvégezni; csakhogy ezen bemetszés könnyen fertőződik és oltási metastasisok is könnyen keletkeznek benne. Azokban az esetekben, a melyekben Tóth ezen bemetszéseket végezte, eddig primaer gyógyulást észlelt. De az oltási metastasisok csak később jelentkeznek, s így róluk már most végleges véleményt mondanunk a Tóth eseteiben nem szabad. Nagy hátránya a *Schauta*-műtétnél a korlátolt áttekinthetőség. Kérges összenövés, a bélel, csepleszszel való összekapaszkodás esetén jól, biztosan csak az abdominalis műtétknél tudunk eligazodni. Hogy ez így van, legjobban igazolja az, hogy Tóth épp oly számmal operált a lefolyt évben abdominalis úton, mint vaginalisan rákos megbetegedésekben. Itt csakis a rák miatt végzett műtétei jöhetnek e methodus elbírálásakor szóba. Azok az esetek, a melyekben nem rák, hanem myoma, adnex-tumor miatt végezte az ilyen vaginalis műtétet, nem tartoznak ide s így róluk nem is kell szólnom.

A primaer gyógyulás elbírálásakor is nagyobb számú esetre van szükségünk. *Bumm* figyelmeztetett erre a Wertheim-műtétnél, midőn az első sorozatokat kezdték közölni; szerinte addig nem szabad sem statisztikáról, sem valamilyen eredményről nyilatkozni, míg sok ilyen műtétet nem végzett valaki. A végleges statisztikai számok csak akkor lesznek láthatók a maguk valóságában.

Tóth megmutatta az utat, a melyen haladni óhajt, kitézte a célt, de hogy eléri-e, a végleges gyógyulások milyenek lesznek, azt csak évek hosszú sora után fogja ő is meglátni.

Pólya Jenő: A Wertheim-műtétnél az általános sebészetre nézve vonható tanulság az, hogy nem a táji mirigyek alapos kiirtása, mert hiszen ez éppen méhrák eseteiben teljességgel lehetetlen, hanem a bő helyi kiirtás vezet a rákoperatiók eredményeinek megjavulására. Az emlőrák eredményei is azért javultak meg oly jelentékenyen, mert a helyi kiirtást a pectoralisok teljes eltávolításával s a környező bőr bő kiirtásával ma sokkal gyökeresebben végezzük, mint annak előtte. Viszont olyan rákoknál, a hol a helyi kiirtás radicalismusát az anatómiai viszonyoknál fogva nem igen lehetett fejleszteni, a műtét eredmények a gyökeres mirigykiirtás dacára épp oly jók, vagy épp oly rosszak, mint annak előtte voltak. *Billroth*, ki ajakrák-eseteinek csak elenyésző csekély számában irtott ki mirigyeket, épp oly jó eredményeket ért el mint *Dollinger*, ki minden ajakrák esetében a nyak mindkét oldalát feltárja a táji mirigyek kiirtása céljából (60 és 62%); viszont nyelvrákokra nézve vannak statisztikák (*Warren*, *Collins*, *Sachs*), melyek kimutatják, hogy gyökeresen éppen azon esetek gyógyultak, melyekben mirigykiirtás egyáltalán nem történt; ugyancsak nem történt mirigykiirtás a *Küttner*-féle penisrákstatistika gyökeres gyógyulásainak 2/3-ában.

Ezen tények okát abban kell keresnünk, hogy már az injectiók eljárások után makroszkopice kipaeparálható nyirokerek, még inkább azonban a makroszkopi vizsgálattal ki nem mutatható nyirok-ecze révén végtelen sok lehetőség nyílik a rákos csírák szétszóródására, úgy hogy ha egyszer a nyirokmirigyekbe jutott a rák, akkor már rendszerint annyira szétszóródott, hogy sebészileg minden egyes depotját felkeresni nem lehet. És hogy ez valóban így van, azt bizonyítják az emlőrákra nézve *Halsted*, *Mikulicz*, az ajakrákra nézve *Bruns*, a méhrákra nézve *Wertheim* anyagán tett észleletek, melyek szerint oly esetekben, midőn a kiirtott mirigyek rákos megbetegedése akár csak mikroszkopice is demonstrálható volt, gyökeres gyógyulás csak az eseteknek elenyésző csekély számában következett be.

Mindebből nem az következik, hogy a mirigykiirtásokkal hagyjunk fel. Kétségtelen adatok vannak nemcsak az irodalomban, hanem saját észleleteinkben is, hogy oly betegek, kiknek csakugyan voltak rákos nyirokcsomói, tartósan gyógyulva maradtak és nem lehet kétkedni abban, hogy ha a rákos betegek tömegét nem is, de egyes egyéneket a tömegből sikerül a rákos mirigyek kiirtásával megtartani. Viszont azonban azt a tanulságot a radicalis mirigykiirtások eddigi eredményéből levonhatjuk, hogy a radicalis mirigykiirtás forcirozásával nem érünk sokat s hogy bizonyos józan határon túlmenni nem érdemes ezen mirigykiirtás radicalismusában. Feltétlen el kell távolítanunk olyan mirigyeket, melyeket megnagyobbodásuknál, keménységükkel fogva rákra gyanúsak kell tartanunk. Ugyancsak feltétlenül el kell távolítani, ha megbetegedésüknek semmi kézzelfogható jelensége nincsen is, az olyan táji nyirokcsomókat, melyek a műtét területébe esvén, a nélkül, hogy a műtét beavatkozás nagyságát érdemlegesen növelnék, könnyen eltávolíthatók, pl. emlőráknál a hónaljmirigyek, pofaráknál a szájba fordított nyaki bőrelvény által fedett állalatti nyirokmirigyek; ellenben nem kell bántani a táji mirigyeket akkor, ha nincsenek megnagyobbodva, megkeményedve és kiirtásuk a localis gócz eltávolításától különálló és komolyan számbaveendő műtétet jelentene és különösen nem akkor, ha ez a mirigyek miatt végzett műtét beavatkozás az operatio esélyeit lényegesen rontja, pl. nyelvrák kiirtása alkalmával a táji mirigyeket alkotó mindkét oldali állalatti és mély jugularis mirigyek kiirtása lényegesen hozzájárul az amúgy is fenyegető pneumonia veszélyének növeléséhez.

Dirner Gusztáv: Tóth előadásához kívánok néhány megjegyzést fűzni, habár az előttem szólók és különösen Kubinyi előadása után a Wertheim-féle műtétet — a mely miatt néhány évvel ezelőtt itt oly erős megtámadást szenvedtem — tovább védelmezni nem is volna szükséges.

A Tóth által gyakorolt Schauta-féle vaginalis methodusnak a gyengéjét éppen tegnap kellett kitapasztalnom, a mikor egy kezdeti esetben át kellett térnem az abdominalis útra, a mint hogy az ő vele is megtörtént, mert a „manchetta“ beszakadozott, a hólyag letolása és az uretereknek a látótérbe praeparálása nem sikerült, a vérzés is zavart, szóval sem áttekinthetőség, sem biztos előrehaladás és jó hozzáférés, sem exact, tiszta elkülönítése a szomszédságnak nem tette a munkát kellemessé és nyugodttá, ellentétben az abdominalis eljárással. Ezeket a gyengéket elismerte maga Tóth is az ő objectív előadásában, a mikor 4 esetben a műtétet abba kellett hagynia, a mi velem 110 Wertheim-esetben csak 1-szer esett meg, a mikor a hasmegnyitás után hozzá sem fogtam a tulajdonképpeni műtételhez. Minthogy Tóth 33 esetében csak 8-szor végezte a Schuchardt-féle paravaginalis bemetszést, a többi esete nem tartozik tulajdonképpen a „kiterjesztett vaginalis methodus“ keretébe (Schuchardt, Staude, Schauta), hanem az eredeti vaginalis eljárásához és így nem jelent haladást; különösen azért nem, mert esetei úgy vannak kiválogatva, hogy az ő operabilitása is csak olyan, mint a milyen régen volt: 16–20%. Ez pedig a két műtét összehasonlításakor súlyosan esik latba, vagyis tulajdonképpen az igazság az, hogy ezt a két műtét eljárást nem is szabad egymással összehasonlítani, nem szabad egymással szembe állítani, mert hiszen egészen más eseteket operálunk — és operál maga Tóth is — Wertheim szerint és másokat Schauta szerint. Én magam sem zárkózom el a vaginalis úttól ott, a hol javalt; bizonyosság rá 17 esetem, a melyet 1905/6 óta így operáltam. Idetartoznak a corpus-carcinomák, az egészen kezdeti portio-rák-észetek és azok a súlyosabb collumrák-észetek, a melyekben a beteg egyéb körülményei (elhízás, myodegeneratio, arteriosclerosis) az abdominalis úttól eltértenek.

A kiterjesztett vaginalis eljárás különben nem is olyan veszélytelen, mint a milyennek Tóth esetei alapján látszik, mert másoknak bizony 10–20% mortalitásuk is van; másfelől pedig nehezebb megtanulni és begyakorolni, mint a Wertheim-műtétet, a mi szintén figyelembe veendő, mert hiszen a „tanítás“ is feladata a mi ezirányú működésünknek.

Ne felejtjük el, hogy a késői, a tartós eredmények elégtelensége vitte a gynaekologusokat — mondhatnám ma már az egész világon — abba az új irányba, a melyet ma Wertheim nevével kapcsolunk össze és ne felejtjük el azt sem, hogy nagy volt eleinte a műtét halálozás a rákos méhnek vaginalis totalis exstirpációjánál is. Manapság az abdominalis úton végzett gyökeresebb eljárásnál is a halálozás már tetemesen leszállt; nálam például 110-ből meghalt 16; de az utolsó 56 közül csak 3. Ez talán mégsem véletlen, hanem bizonyára a dolog természetéből következik; ez minden új műtét eljárásnál így volt és így lesz. A magam részéről különben elejétől fogva nagy súlyt fektettem a sebtérületnek jodoformos gaze-zal való drainezésére a hüvelyen át, a mit — a mint az újabb irodalomból látom — most mindenfelé hangoztatnak és követnek, sőt azzal toldanak meg, hogy „Mikulicz“-czal a hasseb felé is draineznek.

Bársony János: Csak röviden akarok a tárgyhöz szólni, mert akármit mondok is, ismétlésekbe kell bocsátkoznom. Már 4½ év előtt az országos rák-congressuson ugyanazt csináltuk, a mit most, és ma sem csináltunk annál többet, mint 4½ év előtt tettünk. Statisztikát állítottunk össze és vitatkoztunk azon, hogy a vaginalis út a jobbik vagy az abdominalis és unos-unottig erről olvasunk az irodalomban is. Ki-ki elmondja a maga argumentumait s ezek nyomán a nem szorosan specialisan szakértő számára nagyon nehéz volna az eligazodás. A ki a régi módon irtja ki a méhet, úgy mint Ott tanár szokta kiirtani ma is, arról azt halljuk, hogy nem tudományos úton halad az operatív térer; az itt bemutatott úgynevezett Schauta-féle műtétet pedig Schaután kívül már csak Staude végzi s Wertheim legutóbbi munkájában védképpen leargumentálja, egyik főhírányaként hozván fel, hogy oltási recidivákra is bő alkalmat nyújt. A dolog pedig úgy áll, hogy Ott-nak a végleges (5 éves) gyógyulása 36%, Schautáé 36%, Wertheimé 42%. Azonban Ott 20%, Schauta 19%, Wertheim pedig 20% mortalitással dolgozik. Manap általánosan a Wertheim-féle abdominalis utat fogadják el a legtöbb külföldi szakember. Pedig Wertheim legutóbbi kimutatásából mit is olvassunk ki? Az van ott megírva, hogy az eddig összesen végzett 500 operáltja közül összesen 93 halt el mint a műtét közvetlen áldozata; továbbá, hogy az eddig öt éves 250 műtött közül meghalt a műtét áldozataként 63 asszony s öt év után él még 106 asszony, tehát 63 élet árán nyert 106 asszony öt éven túl életet, mert hiszen azt sem tarthatjuk még véglegesen gyógyultnak, a ki az öt évet megérte. Az 500 asszony közül 93 a műtétet nem élte túl, pedig ugyanez a 93 asszony a rákjával 2–3 évet is élt volna még, mert ha operabilis volt, akkor a rákja még nem volt nagyon előrehaladott. 93 asszonyra ez a 3 esztendő közel 300 esztendőt jelentett volna.

Ezek szörnyű számok, pedig ennél a végeredménynél rosszabbnak tartják a vaginalis műtét gyógyulási számát. Ezzel az eredményrel tehát nem elégedhetünk meg.

Most odajutottam, hogy megint ismételnem kell, a mit 4 év előtt mondtam, hogy a kezdődő portio-rák első útjában rendszerint a hüvely felé, még pedig a hátulso hüvelyfalra terjed, az endometrium rákja meg nagyon hamar jelentkezik és sokáig izolálva marad; ezeket én most is a hüvely felől szoktam kiirtani; a méhnyak rákja azonban

tolvajmódra csempészi be magát, a legkezdetén nem tudjuk elérni, mert semmi tünetet sem okoz, s a mikor már tüneteket okoz, bekúszott a parametriumba. A fődolog, hogy ép szövethen dolgozva irtsuk ki a rákot, s míg ez a munka kezdődő portio- és endometrium-rák eseteiben a hüvely felől is könnyen sikerülhet, nem fog sikerülni cervix-rák eseteiben. A műtét eredményei azonban sem így, sem úgy nem eléghetnek ki; meg kell hogy maradjon szükség-therapiául egyelőre az operatív út a rák gyógyítására, de nem ez a végleges, kutatnunk kell más után s a mig erre az útra kényszerít a szükség bennünket, válaszszuk leg-álább a humanusabb ösvényt.

Tóth azt állította, hogy az ő anyaga a legrosszabb, mert a rossz anyagot mindenki a Rókus-kórházba küldi. Hát ez nem így van. Nem hiszem, hogy a Tauffer-klínika, vagy Dirner klínikája, vagy Kubinyi elküldözgetné Tóth-nak a rákokat, magamról meg azt mondhatom, hogy soha senkit sem küldtem a Rókusba, sőt a saját tapasztalásom nyomán inkább mondhatom, hogy éppen a Rókusból küldik el például a curettre valókat vagy az exsudatmos betegeket, mert a nagy operációs betegek számára tartják a helyeket. A mi operabilis, megoperáljuk azt magunk is. A Rókus anyaga tehát ezek szerint sem rosszabb, sem jobb, mint más kórházé avagy klínikáé.

Még egy általános megjegyzésem volna. Az utóbbi 10 évben azt látjuk, hogy a kinek megtetszik valamely műtét methodus, pár műtét után siet feldicsérni. Pedig ez a sietség nagyon kártékony következményekkel lehet összekötve. Feldicsérték a medenczetágító operatiókat, legutóbb meg a symphysis fölötti császármetszés számtalan fajtáját, s kiki, hogy immodern ne legyen, sietett csinálni, százzszámra végeztek például hebstotomiákat s most leszólják mint olyat, mely nem is chirurgikus műtét, s végeredményképpen megmaradt egy tömeg megnyomított, sántikáló asszony. A rákoperatiókkal is ilyenformán vagyunk; először Freund ajánlatba hozta a has-műtétet, ezután a hüvely-operatiókat kezdték feldicsérni, ezután jött Wertheim, őt követte Schauta, a Schauta műtétet végleg leszólta legutóbb ugyancsak az abdominalis út nagy művelője, Wertheim. És ezt a műtétet maga Wertheim is 30% primaer halálozással kezdte megtanulni.

Bumm 40%, Faure 60% halálozással dolgozott. Ennyi volt a „tanpénz“ a legelső kezében s mennyi lehet, ha tekintetbe vennénk azokat, a kik a dicsénekekre megpróbálkoztak a műtéttel. A medicamentosus methodusokat is ki szokás dolgozni, mielőtt a köznek átadjuk, miért sietünk úgy egy-egy operatióval?

Azzal végzem, a mivel kezdtem. Négy és fél év óta semmiel sem jutottunk előbbre, legfeljebb annyival, hogy egyik-másik jobban megtanulta a mindenesetre nehéz operatív módot. Jól mondta Pólya, hogy kiirtani minden mirigyét és nyirokjáratot teljes lehetetlen. Ezek szerint nemcsak az a fődolog, hogy a technikánkat tökéletesítsük, mint a hogy Kubinyi mondta, hanem kutatnunk kell más gyógymódok után, mert a mai eredmény, akármilyen mutatós, nem eléghet ki.

Frigei József: Ha az előadók és hozzászólók előkelő sora után mégis szót kérek, teszem ezt azért, mert e discussio után lehetetlennek tartom, hogy a nem gynaekologus kollégák tiszta képet alkothassanak maguknak a tárgyaló műtét módokról. A szóban lévő három beavatkozást, még pedig az egyszerű hüvelyi kiirtást, a kiterjesztett hüvelyi operálást és a Wertheim-műtétet nem egymással szemben, hanem egymás mellett kell alkalmazni; esetenként mérlegelve az összes helyi és általános körülményeket, választjuk meg a követendő eljárást. Így jár el a II. sz. női klínikán Tauffer tanár, és azt hiszem, részben ennek köszönhetjük azokat a jó eredményeket, melyeket különösen az utóbbi években elértünk. A carcinoma-operálás valamelyik módjának elbírálásakor szerintem csak két szempont lehet döntő befolyással: 1. a primaer veszedelem, melylyel a műtét jár; 2. az adott esetben mely legyenyhébb beavatkozással lehet a rákos méhet a makroszkopice éppen haladva kiirtani. Minden más körülmény, mint például a műtőnek valamely eljárás iránt való előszeretete, vagy a hüvelyen át való operálás nehézsége, de még a minduntalan felvetődő „mirigy-keresés“ is mind mellékes.

1. Tauffer tanár klínikáján végezzük az egyszerű hüvelyi total-exstirpációt kezdődő esetekben; mert inkább választjuk ez esetekben a némelyek által „nem tudományos“ eljárásnak nevezett műtétet, ha a halálozása csaknem 0%, mint egy szebb beavatkozást, mely a ma hallottak szerint is még 15–20% halálozással jár. Csodálkozom, hogy Kubinyi a hüvelyi kiirtás ellen az Olshausen-féle statisztikából idézte a nagyszámú melléksértéseket, holott idézhette volna a hozzánk közelebb álló Tauffer-klínika eredményeit, a mely klínikán az utolsó 6–7 évben egyetlen egy így operált esetet sem veszítettünk.

2. Azon eseteket, melyek így nem operálhatók, de az úgynevezett Schauta-methodussal ugyancsak a hüvelyen át kiirtathatók, így operáljuk. Végeztünk 20 ilyen műtétet, mind meggyógyult; melléksértést, leszámítva egy újabb praeparálási mód megkísérlése alkalmával keletkezett kisebb hólyagsérülést, mely szintén gyógyult, egyszer sem láttunk. Egyáltalán nem vagyunk e kérdésben a Schauta álláspontján; hogy minden esetet így operáljunk, de az így megválasztott esetekben végezzük, mert az említett eredmények miatt nincs okunk rá, hogy ezután is ne kísérletezzünk vele. További észlelések fogják eldönteni, hogy az így operált esetekben valóban kevesebb-e a kiújulás, mint a régi, egyszerű hüvelyi kiirtás után. Ma már a gynaekologusok inkább operálnak általában a hasfalon át, mint hüvelyi úton, mert az a sepsis és a technika tökéletesítése óta nem annyival rosszabbak a laparotomia eredményei a hüvelyi műtétekkel szemben, mint régebben. Ez azonban a carcinoma-műtétekre nem vonatkozik, mert itt ma is a legnagyobb halálozással a Wertheim-féle gyökeres kiirtás jár.

3. Ezért mi a Wertheim-műtétet csak azokban az esetekben végezzük, melyek a hüvelyen át nem írható ki. Ebből a szempontból kétségtelenül ez a műtét az, a melylyel a legnagyobb százalék operabilitást tudjuk elérni. Utolsó 18 esetünk, melyet egy operáltunk, mind meggyógyult. A szomszédos szerveknek sokat emlegetett és hangzatos „resectió” sokszor nem egyebek, mint a műtét alkalmával előforduló melléksértések, ezért a némelyek részéről ez irányban tanúsított nagy lelkesedést nem tartom mindig indokoltnak.

Dollinger Gyula: Az előadások és a vita egynéhány olyan pontjára óhajt reflektálni, a melyek neincsak a nőorvost érdeklik, hanem minden sebészt, a ki rákos betegségekkel foglalkozik.

Az első állítás az, hogy a statisztikára való hivatkozást ki kell küszöbölni a rákbetegség műtéti kezelésére vonatkozó cikkekkel, mert értéktelen. *Dollinger* beismeri, hogy az olyan statisztika, a mely csupán egynéhány esetre vonatkozik és a mely célzatosan készül, káros; de mivel nem lehet visszaélni? Ha a statisztika nagy anyagot ölel fel és úgy készül, mint az, a melyet egynéhány esztendő előtt az ő klinikájáról közöltek, akkor az az alkalmazott műtéti eljárás megítélésének a leghelyesebb próbája.

A második el nem fogadható állítás, hogy a rákagitáció, a melyet a korai műtét mellett kifejtettek, eddig nem volt haszna, nem volt hatása a közönségre, mert legfőleg rákijedelmet keltett. A hozzászólónak tudnia kellene felőle, ha ilyen rákpánik keletkezett volna ezen agitatio folyamán, de ezt nem tapasztalta. Legfőleg az történt meg, hogy a sok rákos beteg között, a ki ennek folytán korábban kereste fel a klinikát, volt egynéhány olyan, a kinek nem volt rákja. Ez azonban nem baj, mert ezeket természetesen nem operálták meg, hanem megnyugtatta, kellő gyógykezelésre utasították. Kár ennek folytán nem támadt, haszon ellenben igen nagy. Ha baj van, az legfőleg abban áll, hogy az agitatio csupán egynéhány intézetre szorítkozik, nem nagyobb mérvű.

A harmadik állítás a rákos terület regionaer nyirokcsomóinak kiirtása ellen irányul. Azóta, hogy rákműteteink ezen értelemben nagyobb kiterjedésűek lettek, eredményeink lényegesen megjavultak. Egészen bizonyos, hogy kiirtunk olyan nyirokcsomókat is, a melyek nem rákosak, de csakis így tudjuk a rákosakat is eltávolítani. Lehetséges, hogy ezen az úton igen nagy tapasztalatok árán majd megtanuljuk műteteinket a legeslegszerűbb szükséges területekre korlátozni, de eddig még hiányzik ehhez a kellő tapasztalat, e nélkül pedig az eddigi módszereket elhagynunk nem szabad. A regionaer nyirokcsomókat egyszerűen otthagyni vagy csak akkor kiirtani, ha az illető regio éppen nyitva van, olyan eljárás lenne, a melyre az eddigi tapasztalatok még nem jogosítanak. A regionaer nyirokcsomók kiirtásának kiterjesztése mindenestre revisióra szorul és ebben az irányban folynak is már tanulmányok, de ítéletet mondani ma még nem lehet. A műtétet korlátozását minden sebész örömmel fogja üdvözölni, de csak akkor, a mikor ezzel nem kockáztatja a recidívát.

Tóth István: Tizenhárom esetről a gynaekologiai szakosztályban tartottam előadást, itt később akartam tartani, de szándékomban megelőzött az elnökség. Különben mikor most végighallgattam a vitát, jól esik látnom, hogy megerősítik álláspontomat.

Lovrich azt mondja, most még nem lehet sok a halálozás, 33-at operáltam csak, 20-at operált *Taufer*, 10-et *Kubinyi*, összesen csak 63 eset. Ha több lesz az operálás, akkor több lesz a primaer halálozás. Ez sophisma. Mihelyt meglátom, hogy sok a rossz eredmény, abba fogom hagyni. Az bizonyos, hogy a műtét nem könnyű, de ha egy beteg sem hal meg, akkor nem lehet épen rossz. Nagyobb alkalmazási terrenum nagyobb problémákat old meg. Ha a vaginalis eljárás ugyanazon eredményeket adja, nem zárkozhatom el előle, és ha nagyobb is a technikai nehézség, művelni fogom. Párhuzamosan művelni fogom a Wertheim-műtétet is. A pessimismus a legnagyobb baj; az optimisták viszik előre az ügyet. A középuton haladni a helyes. A mi a rökusi anyagot illeti, 21 évet töltöttem a klinikán, de vérző anyagot nem hoztak a mentők és a gyógyíthatatlan rákosokat kénytelenek voltunk elküldeni.

A mikor megköszönöm a figyelmüket és a hozzászólásokat, ismétlem, ne tekintsek úgy, hogy én Schautát propagálom. Célom, hogy minél kevesebb betegem haljon meg és minél többnek adjam vissza a végleges gyógyulást.

Kubinyi Pál: Pólya anatomiai szempontból tekintette az ügyet, de a mirigyekre nézve vannak praedilectiós helyek, melyek hozzáférhetőek és így a mirigykiirtás és mirigykérdés sem hiábavaló. *Dirner* kijelentését megerősíthetem, a Schauta-műtétről át kellett nekem is térnem a Wertheim-műtetre. Ha a méhrák operálásának eredményét a gyomor vagy a vastagbél rákja operálási eredményével vetjük egybe, a 20% primaer mortalitással meg lehetünk elégedve. De azért nem mondanak le a sebészek az operációról, csak olyan esetet nem operálnak, mely az asztalon maradna. A végtelékig nem lehet menni, de a meddig lehet, operálni kell. *Bársony* tanárnak megjegyzem, hogy nem állítottam párhuzamot a különféle műtéti eljárások között, nem lehet a háromféle módszert összehasonlítani. Minden műtéti eljárásnak megvan a maga jogosultsága. *Dollinger* tanár megjegyzése a statisztikáról félreértésen alapult. Csak annyit mondtam, hogy kívánatos, hogy a gyógyulási eredmények közzétételekor szigorúbb mértéket alkalmazzunk; ne csak az operáltakat, hanem az abszolút gyógyultakat is vegyük figyelembe. A közönség felvilágosításával nem sokat, az orvosok felvilágosításával sokat nyertünk. Laikusok az orvoshoz akkor mennek, ha betegnek érzik magukat. A ki fél, elszalad az orvoshoz, de a kinek már megvan a rákja, rendszerint nem megy, csak mikor már késő. *Frigyesi*-vel szem-

ben kiemelem, hogy nem lehet azt mondani, hogy a kezdeti szakban hiányzik a parametriumbeli beszűródés, mert kezdeti formákban is előfordul és éppen ezek az operálandók. A melléksértések nem közömbösek. Iparkodtam a Wertheim-műtét előnyeit és hátrányait feltüntetni; technikai szempontból superlativus a Wertheim-műtét, de a többi sem kicsinylenem és magam is gyakorlom.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya.

(1911. márczius 18.-án tartott VII. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Folytatás.)

A bemutatott eset lefolyása a következő: 45 éves férfi, kit 1903-ban ugyancsak a kolozsvári sebészeti klinikán a bal pofa kiterjedt rákja miatt operáltak. Kórbonczolástani diagnoszis akkor: carcinoma papillare incipiens buccae. A műtét nyoma mindkét nyakfélen és a bal pofán végighúzódó heg alakjában látható. Egész 1910 június hóig egészségesnek érezte magát, ekkor fekélye támadt a szájában a régi műtét helyén; ennek újbóli megoperálása végett vétette fel magát ismét 1910 október 10.-én. Ekkor a bal pofanyálcakárátyán, részben a szájpadra, részben a foghúsról terjedő papillomás növedékeket mutató lepedékes fekély volt látható; a pofa külső oldalán galambtojásnyi tályog, melyet piros kemény udvar vesz körül; nagyfokú szájjár; a nyakon elszórtan egész kis diónyi, tömött, fájdalomtalan mirigyek tapinthatók. Kórbonczolástani diagnoszis (szövetdarab a fekély széléből): „Kezdődő rákos burjánzások”. Mivel a daganat műtéti eltávolításra alkalmatlannak látszott, az előadó *Makara* professor úr megbízásából antimeristem-injectiókkal kezelte, melyekből összesen 42-t kapott. Ezek eredményeképp a következő változások állapíthatók meg a betegen: a beteg erőbeli állapota javult (vajjon nem-e a jobb viszonyok miatt?); szájjárja majdnem teljesen eltűnt; tályogjai beavatkozás nélkül majdnem teljesen meggyógyultak; a mirigyek a nyakon ezidőszerint nem tapinthatók; a fekély részben elhagyott, meglévő része tiszta sarjadzást mutat.

Az injectiók teljesen *Schmidt* előírása szerint adtak. A kezdetiek reactionélküliek és fájdalomtalanok voltak, a későbbiek azonban órákig tartó, éles fájdalom követte; helyükön erős beszűródések képződtek, melyek több ízben meg is puhultak; tartalmuk sterilis geny és necrosisos szövettermék volt. A hőmérsék a nagy dosisok után több ízben 39–40°-ra is felemelkedett, de 1–2 nap alatt ismét lezállt a rendesre. Fájdalmakról a daganatban több ízben panaszkodtak a betegek. A bemutatott beteg daganata körül az injectiók után többször erysipelas-szerű pír támadt. Vérzések a III. esetben többször voltak észlelhetők. Különösen ki kell emelni a nagy dosisok igen fájdalmas voltát, a mi miatt a bemutatott beteg is meg akart szokni az injectiók elől és inkább a sorsára kívánta bizni magát.

Ezen részletek nagyjában megegyeznek más szerzők észleleteivel.

Igen ellentétesek azonban az irodalom hangjai az antimeristemmel elért eredmények tekintetében. Míg a szerzők egy része (*O. Schmidt, Claes, Neander, Morelli, Schulhoff, Jensen, E. P. Aly, Aronsohn*) kedvező eredményekről, sőt még előrehaladt esetekben is teljes gyógyulásról adnak hírt, addig mások (*Beresnegowsky és Czerny*) teljesen tagadják a szer hatékonyságát. Ez utóbbi szerzők azért érdemelnek figyelmet, mert egyrészt szigorú kórbonczolástani ellenőrzés mellett (*Beresnegowsky*), másrészt igen nagyszámú anyagon (*Czerny*) végeztek kísérleteiket. Igen nagy jelentőségű *Czerny* tapasztalata, mely szerint két esetben az injectiók helyén metastasisok fejlődtek.

Mindezeket összevetve, az előadó arra a következtetésre jut, hogy sem kedvező, sem teljesen kedvezőtlen irányban végítéletet az antimeristemről ezidőszerint nem lehet mondani. Számosak azon esetek, a hol a szer teljesen hatástalan volt, de viszont nem tagadható, hogy vannak esetek, melyekben a pusztulás megállott, egyes szerzők szerint teljes gyógyulás is

bekövetkezett, mindenesetre ez utóbbiakra nézve a kórbonczolástani gyógyulás egy esetben sincsen bebizonyítva, valamint nincsen tudomásunk a közölt esetek későbbi sorsáról sem. Az antimeristem értékének kérdése egyelőre nyílt kérdés marad, melyről csak nagyszámú, pontosan ellenőrzött eset alapján fogja a tapasztalat eldönteni azt, vajjon egyes szerzők felbuzdulása jogosult-e, hogy vajjon az antimeristem specifikus szernek tekintendő-e a rák ellen, mely csak megakasztja a carcinoma növekedését, vagy egyben gyógyítja is, avagy hogy az antimeristem, *Schmidt* sok évi fáradozásának a gyümölcse, csak újabb kudarcot jelent a rákellenes nagy küzdelemben.

Hozzászól: *Makara Lajos*.

(1911 április hó 1.-én tartott VIII. szakülés.)

Elnök: *Purjesz Zsigmond*.

Jegyző: *Konrádi Dániel*.

I. *Hirsch Hugó* 50 éves egyénben kifejlődött, enormis nagyságot elért **sarcomát** mutat be *Makara* tanár klinikájáról. A daganat a bal ccomb adductor-izomcsoportjából indul ki, kerülete a czombbal együtt 97 cm., hosszátmérése 28 cm., súlya 10 kgr. A daganat kiirtásának technikájával foglalkozva, részletesen kiterjeszkedik a *Momburg*-féle vértelenítő eljárásra. A különbség e közt és a régi pelottás aorta-compressió eljárások közt egyrészt az, hogy a *Momburg*-féle eljárásnak a nyomás elosztásával az egész hasfalkerületre a zúzó hatása csökkent, viszont magasabban nyomván le az aortát, esetleg vele együtt a már elágazott art. mesent. sup.-t, oly nagy vérterületet iktat ki a vérpályából, hogy a vérkeringésre való hatása nagyobb a régi eljárásokénál. Ezért oly egyéneknek, kiknek szívizomzata beteg, vagy kiknek szíve csak tartalékerejének igénybevételével tudja a keringést jól fenntartani, alkalmazása nem ajánlatos.

Hozzászól: *Ákontz Károly*.

II. *Gyergyai Árpád* bemutatása: a) A rostasejtek erős kitágulása nagyfokú exophthalmussal: b) A koponyaalaapon levő löveg helyének meghatározása epipharyngoskopia directa segítségével.

III. *Büchler Dezső* bemutatása: Portio-tuberculosis esete. 22 éves, O P. Kiemeli a szövettani vizsgálat fontosságát, a jelen esetben is csupán ennek segítségével sikerült a portión talált fekély gümőkóros természetét eldönteni. A klinikai képből felismerni a bajt igen nehéz és csak kivételes esetekben sikerül, részint mert igen ritkán fordul elő, részint mivel, különösen a kezdeti szakban, tüdővel semmi jellemző különbséget sem lehet látni. A gyógyeljárás magas collum-amputatióból állott. A bemutatott esetben a férj vizsgálata is megtörtént, azonban gümőkórt bizonyító adat nem találtatott és bár a fertőzésre megadott alkalom nem ismeretes, valószínűnek tartja az elsődleges fertőzést, a portio elsődleges megbetegedését, a mire, bár felette ritka, éppen a jelenlévő erosio adhatta meg a kedvező alkalmat.

IV. *Purjesz Béla* előadása: A lobos és nem lobos savós folyadékfelhalmozódások felismerésére szolgáló mai eljárások. (Egész terjedelmében megjelenik az „Értesítő“-ben.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A thiosinamin gyógyító hatásáról tartott előadást *Rénon* a párisi „Académie de médecine“ április 25.-i ülésén. Hét esztendő alatt mintegy 200 esetben használta ezt a szert részint bőr alá fecskendezés alakjában, részint a szájon át, 6—10 centigrammos adagban naponként. Többször jó hasznát látta cerebromedullaris sclerosis, spasmosus paraplegia, idült csúsz, nemkülönböző tüdőbeli és mellhártya-sclerosis eseteiben. Gümőkórosakon ellenjavalt a használata. Cardio-vascularis bajokban nagyon változó a hatása. Mitralis bajokban nem használ. Az aorta idősült bajában a stethoskoppal megállapítható jeleken nem változtat, a nehézlégzésre azonban sokszor jó hatású. Arteriosclerosis eseteiben gyakran csökkenti a fejfájást és a nehézlégzést; a vérnyomást azonban csak nagyon lassan, huzamos használat esetén csökkenti.

A has palpitiójának elősegítésére *Chilaiditi* a következő módszerét ismertette a „Gesellschaft für innere Me-

dizin und Kinderheilkunde in Wien“ április 27.-én tartott ülésén. Háton fekvésben mély kilégzés után zárt hangrés mellett erőltetett mellkasi belégzés-mozgást végeztetünk. Ennek következményeként a diaphragma erősen emelkedik, a has besüpped (beszivatik) s minthogy a hasizomzat összehúzódása mellőzhető, a has puha marad, a palpatio tehát jobban végezhető. Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Noorden* kijelentette, hogy ez az eljárás talán therapeutice is értékesíthető lesz, például adhaesiók kezelésére. *Stoerk* a béltonia kezelésére tartja alkalmasnak a módszert több esetben tett tapasztalatai alapján.

PÁLYÁZATOK.

7572/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett sárréti járásorvosi állásra a 125000/1902. belügyministeri szám alatt kibocsátott vármegyei ügyviteli 2. §-a alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen évi 2000 korona fizetéssel és 360 korona lakpénzzel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy a törvényben meghatározott képesítésüket, valamint eddigi hivatali alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt és főispán úrhoz intézett kérvényeiket hozzám legkésőbb 1911. évi június hó 20.-áig bezárólag nyújtsák be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Kelt Nagyváradon, 1911. évi május hó 22.-én.

Fráter Barnabás, alispán.

6365/1911. alisp. sz.

Gölniczbánya r. t. városnál a városi tisztviselői állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Az orvosi állással — mely nyugdíjképes — évi 2000 korona törzsfizetés, 360 korona lakbér és négyévenként két ízben 200 - 200 koronában megállapított működési pótlék élvezete van egybekötve. Megjegyzem, hogy a városi tisztviselő munkabiztosító pénztár útján és a magángyakorlat révén jelentékeny jövedelemre számíthat.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtó, a német és tót nyelvet is bíró orvostudorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket, valamint a városi tisztviselői vizsga letételét igazoló okmányokkal és a születési anyakönyvi kivonattal is felszerelt kérvényeiket legkésőbb 1911. évi június hó 24. napjáig hozzám nyújtsák be, annál is inkább, mert a később beérkező pályázati kérvények figyelembe vételni nem fognak. Lőcse, 1911 május hó 26.

Neogrady Lajos dr., alispán.

1841/1911. sz.

Bars vármegye verebélyi járásához tartozó alsópéli körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz 14 község tartozik, részben tótajkú lakossággal.

A körorvos javadalmazása:

Kezdő törzsfizetés 1600 korona negyedévi, egyenként 200 koronát tevő, nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegye törvényhatósági bizottsága által megállapítandó lakáspénz és az előbb hivatkozott törvény 21. és 22. §§-ai alapján ugyancsak az előbb említett bizottság által szabályrendeletileg megállapítandó útiátalány és látogatási díj. Végül a magy. kir. belügyminister úr által az engedélyezett évi 800 korona helyi pótlék.

Felkérem mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi június hó 30.-áig hivatalomhoz nyújtsák be, mert a később érkezett kérvényeket nem veszem figyelembe.

A megválasztott körorvos kérelmére a kézi gyógyszerár tartása engedélyeztetni fog.

A választás hatánapját a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Verebély, 1911. évi május hó 31.-én.

Nedeczky, főszolgabíró.

1048/911.

A Bóka község mint székhelyvel bíró, évi 1600 korona orvosi készpénzfizetés, Bóka község részéről fizetett 200 korona húsvizsgálói, évi 90 korona halottkemi tiszteletdíjjal és jóváhagyás alatt álló szabályrendelettel megállapítandó lakbér és szabályrendelet szerű látogatási díjakkal javadalmazott, Bóka (3500 lélek és uradalom), Surján (620 lélek) és Kanak (1600 lélek és nagy uradalom) községekre kiterjedő és kézi gyógytartási jogosítvánnyal járó körorvosi állás választás útján betöltendő lévén, felkéretnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket 1911. évi július hó 10.-éig a módosi főszolgabírói hivatalhoz benyújtsák.

Módos, 1911. évi május hó 31.-én.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

1568/1911. sz.

Kiskundorozsma községnél a lemondás folytán megüresedett **külterületi községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, valamint esetleges gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **junius hó 5.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona törzsfizetés és 600 korona fuvarátalány, valamint a kiskundorozsmai „külső központ”-ban, mely a községtől műton 13 kilométerre fekszik, természetbeni lakás.

Mindezekon felül, a ki az állást el fogja nyerni — mint hivatali elődje megkapta —, szintén minden valószínűség szerint meg fogja kapni vármegeyi alispán úrtól a jogosítványt kézi gyógyszerertár felállítására.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni Kiskundorozsma, 1911 május hó 22.-én.

Gyárfás, főszolgabíró.

9413/1911.

A nagymihályi közkórháznál üresedésben levő 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi junius hó 20. napjáig** terjeszszék

Sátoraljaiújhely, 1911 május 22.

Dókus s. k., alispán.

2255/1911 sz.

Sopronvármegye csepregi járásához tartozó Bő székhelyvel Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Pórládony, Berektompaháza, Lócs, Makkoshetye és Iklanberény községekből szervezett közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés és a nyugdíjba beszámítandó négy 200 korona ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó fuvarátalány, látogatási és rendelési díjak.

3. Négy szoba, konyha, rendelő-szoba, szükséges mellékhelyiségekben álló természetbeni lakás, melyhez tágas gyümölcsöskert tartozik.

4. Vágóbiztosi díjak.
A megválasztandó körorvos kézigyógyszerertár tartására jogosult. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy **előzően** felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 20.-áig** nyujtsák be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Csepreg, 1911 május hó 12.-én.

A szolgabíró.

:: **ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL** ::

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

a Bór és Lithion tartalmu **GYÓGYFORRÁS**

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik. **Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Kitűnő forgalmú kisebb

GYÓGYINTÉZET

(nyári sanatorium)

== **eladó.** ==

A sanatorium egy stájerországi tó partján fekszik, legmodernebbül van felszerelve és más irányú elfoglaltság miatt igen kedvező feltételek mellett adatik el.

Ajánlatok „**Alkalmi vétel**” jelige alatt a „Petőfi” irodalmi vállalathoz, Budapest, VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

LYSOFORM

a jelenkor legkiválóbb, elismert fertőtlenítő szere.

Antiseptikus öblítésekhez és lemosásokhoz: (hüvely, méh, tályogüregek stb.) Hyperidrosis ellen való mosásokhoz. Műszerek, kéz és felhám fertőtlenítésére.

BIZTOS HATÁSÚ

nem izgató, szagtalanító, veszélytelen, kellemes illatú, olcsó.

A nagyrebecsült orvosi kart, — hogy értéktelen utánzatok elkerülhetők legyenek — tisztelettel felkérjük, hogy Lysoformot csak **eredeti** üvegben rendeljen. (100 grammos üveg ára 80 fillér.)

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

Ötödéves orvostanhallgató

állást (laboratoriumban, rendelőintézetben stb.) **elvállal.** Szives megkeresést **T. HENRIK** Központi klinika címre kér.

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.

7005

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Moravcsik Ernő Emil: A társadalom védelme a büntettek ellen. 421. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a Szt. István-kórház III. sz. sebészeti osztályáról. A szájnyalak-hártya defectusainak pótlása a masseteren ülő nyaki bőrlebensnyel. 425. lap.

Fejes Lajos: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. belklinikájáról (igazgató: dr. Jendrassik Ernő egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos) és az állatorvosi főiskola belklinikájáról (igazgató: dr. Marek József ny. r. tanár). A paroxysmalis haemoglobinuria aetiologiájáról. 427. lap.

Szana Sándor: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményei. 429. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Mö lers és Rothe:* Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung. — *Új könyvek.* — *Lapszemle. Belorvosstan. Muktedir:* Anaemia perni-

ciosa. — *Dimitrenko:* Az aorta thoracica aneurysmájának felismerése. — *Hecht:* A digitalis kombinálása ergotinnal. — *Sebészet. Hildebrand:* A gerincvelőn végzendő sebészi eljárások elvei. — *Elmekórtan. Oeconomakis:* A görög nők paralysisa. — *Babonneix:* Sclerosis tuberosa. — *Idegkórtan. Oppenheim:* Ideges szív- és érbajok. *Babinski, Charpentier és Delherm:* Az ischias Röntgen-kezelése. — *Gyermekorvosstan G. Röthler:* Buhl-féle betegség. — *Börkórtan. G. Rost:* A framboesia, a lepra és a granuloma tropicum gyógyítása salvarsannal. — *Fizikai és diéta gyógyításmódok. Senator:* A felső légutak betegségeinek diéta kezelése. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Ruhemann:* Radiopan. — *Hoffmann:* A szünycsípés megelőzése és kezelése. — *Weil:* Mesotan. 432–434. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — 434. lap.

Vegyes hírek. 434–435. lap.

Tudományos társulatok. 436–438. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A társadalom védelme a büntettek ellen.*

Irta és előadta: *Moravcsik Ernő Emil* dr., egyetemi tanár.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának határozata alapján hozom ezen tárgyat az igen tisztelt orvosegyesület elé s teszem ezt annál nagyobb készséggel, mert szükségesnek tartom, hogy ezen, nemcsak társadalmi és büntetőjogi, hanem természet- és különösen orvostudományi szempontból fontos és nagyon aktuális kérdéssel azon kartárs urak is megismerkedjenek, a kiknek részint nagy elfoglaltságuknál, részint az idevágó irodalom hozzá nem férhetőségénél fogva nincs alkalmuk vele foglalkozni.

A társadalom a bűncselekmények ellen való küzdelemben hosszú időn át csupán a büntetést, mint a megtorlás és elrettentés eszközét, tartotta egyedül hatásosnak, az eredmények azonban azt bizonyították, hogy ezen két eszköz sem nem helyes, sem nem vezet célhoz. A természettudományok és a sociologia fejlődésének és szélesebb térhódításának hatása alatt a büntető jogtudomány mezején a társadalom biztonságának megvédése érdekében új nézőpontok merültek fel, a melyek kényszerítették a régi keretből való kilépésre.

Lombroso-nak a büntettek ellen végzett és a 70-es évek közepétől fokozatosan napvilágot látott beható fejlődéstani, anatómiai, physiologiai, psychologiai és aetiologiai kutatásai, melyek őt a külön „veszélyes gonosztevő-typus (uomo delinquente nato)” túlhajtott felvételére vezették, bár a nyomán megindult vizsgálatok alapján veszítettek jelentőségükből s csupán csak arra a felvételre jogosítottak, hogy a testileg és szellemileg degenerált egyének inkább vannak disponálva a társadalmi renddel való összeütközésre, a figyelmet mégis

* A budapesti kir. orvosegyesület 1911. évi május 13.-i ülésén tartott referáló előadás.

új irány felé terelték, a melyből a büntetői embertani, a positivista iskola alakult ki és ez a legszigorúbb determinismus alapjára helyezkedve, elvül a büntettek ártalmatlanná tétele útján való védekezést és nem a büntetőjogi felelősségrevonást, a megtorlást tekinti.

A positivista iskola mellett, a mely önmagában nem elégitette ki a hozzáfűzött reményeket, csakhamar kibontakozott a sociologiai iskola, a mely a bűncselekmények okát a társadalmi viszonyok sajátos kedvezőtlen alakulásában látja s az orvoslást eme viszonyok megváltoztatásában keresi. A két iskolának újabban való összeolvadása eredményezte az egyre nagyobb tért foglaló amaz irányt, a mely mindinkább nagyobb méltatásban részesíti a büntettes szellemi és szervezeti egyéniségét s ennek mérve szerint a céltudatos nevelésre, javításra és szükség szerint a gyógyításra törekszik. A fősúlyt nem a felelősségrevonásra, a megtorlásra helyezi, hanem a társadalmi viszonyok olynemű megváltoztatására, az egyének már a gyermekkortól kezdve olyan feltételek közé helyezésére, a melyek a bűnözésre való hajlam kitörését megakadályozni alkalmasak. Tehát midőn egyfelől messzemenő praeventív intézkedéseket kíván foganatosítani, különös gondot fordít a bűncselekmények alanyára, a büntettes szervezeti és szellemi sajátosságaira s a büntetés végrehajtásának módját és alakját ezen viszonyokhoz és nem csupán a bűncselekmény minőségéhez mérten óhajtja kiszabni.

Ezen újabb büntetőjogi áramlatok hatása alatt az indeterminismus talaján álló régi, úgynevezett classikus iskola, mely csaknem kizárólagos célul a büntettes felelősségrevonását, a büntetőjogi elméletek fejlesztését és fogalmak tisztázását tűzte ki, erősen megingott s érezni kénytelen a közeli átalakulás szelét.

A criminalitásnak a társadalmi viszonyok különféle alakulásában, a sajátos milieuban, az egyén szervezeti és szellemi állapotában rejlő aetiologiai tényezői beható tanulmányozása, a sok évi tapasztalat azon meggyőződést érlelte meg, hogy azok az intézkedések, a melyeket a büntető igazságszolgáltatás a társadalom biztonságának megvédése cél-

jából tett, nem elégségesek s a büntettek valamennyijét nem lehet egyforma szempontból megítélni, hanem az említett tényezők szerint csoportokra kell osztani s ennek értelmében alkalmazni a legtöbb eredményt kilátásba helyező védelmi eljárásokat s a veszélyt nemcsak a jelenben elhárítani, de a társadalom nyugalma a jövőben is biztosítani.

Igy alakult ki lassankint a fiatalok, az alkalmi és a javulásra kilátást csak hosszabb idő múlva vagy éppen nem nyújtó, visszaeső, továbbá a korlátolt beszámíthatású, csökkent szellemi értékű egyének csoportja s végül ama kérdés: nem volna-e lehetséges a büntettek bizonyos csoportjában a bűncselekmény fogalmát a közveszélyességével helyettesíteni? A védekezés eszközeinek és módjainak alkalmazása körül követendő elvek gyanánt kiformalódott: az erkölcsi és értelmi nevelés átalakító hatása fiatalokakra, a megjavulás, megbánás elérése a büntetés enyhébb alakjával a bűncselekményt első ízben elkövetőkön, alkalmi büntettekben és végül a büntetés szigorítása, valamint egyéb biztonsági rendszabályok alkalmazása a visszaeső, vagy éppen javíthatlan egyénekben.

Az Északamerikában megindult humánus áramlat befolyása alatt Európa államai is csakhamar elfogadták bizonyos változatokban a feltételes elítélés rendszerét, még pedig úgy a rövidebb szabadságvesztéssel vagy pénzbüntetéssel járó bűncselekményt első ízben elkövetett felnőt, mint általában a fiatalok egyénekénél. Hazánk itt is előljár, a mennyiben a kiváló büntetőjogtudósunk *Balogh Jenő* államtitkár által kidolgozott tervezet alapján megalkotta a büntető törvénykönyvek és a bűnvádi perrendtartás kiegészítéséről és módosításáról szóló 1908. évi XXXVI. törvénycikket. E szerint a bíróság az imént említett első csoportba tartozó egyénekét elítéli ugyan, de a büntetést különös méltányolást érdemlő okokból (ha ettől az elítélt magaviseletére — egyéniségének, életviszonyainak és az eset többi körülményeinek figyelembevételével — kedvező hatást vár, 1. §) felfüggesztheti és nem is hajtja végre azon esetben, ha az illetők bizonyos megállapított próbaidő (3 év) alatt újabb büntetést nem követnek el.

A büntetendő cselekményt elkövetett gyermekekkel és fiatalokkal szemben — mondja a törvény indoklása — nem a megtorlás, hanem a megmentés és a nevelés szempontjait kell érvényre emelni. A fiatalok büntettes megdorgálható, próbára bocsátható vagy ellene javító nevelés rendelhető el és csak ha szigorúbb intézkedés mutatkozik szükségesnek, akkor alkalmazható az elítélt ellen fogház- vagy államfogházbüntetés, de a fogházbüntetés — már ezen büntettes elemek külön elbánást igénylő természeténél fogva és a kedvezőtlen befolyás káros hatásától való megóvás céljából nagyon helyesen — a fiatalok részére berendezett külön fogházban hajtandó végre. Súlyt helyez továbbá a törvény arra is, hogy a büntetőjogi beszámítás alá nem eső, tehát a bűnvádi eljárás alá nem vonható (12 éven aluli), de romlásnak kitett vagy züllésnek indult gyermek megmentése érdekében is történhessék intézkedés. Ezért a büntető törvény (1878. V. t.-cz.) 83. §-a hatályon kívül helyeztetik s helyette a 15. §. következőleg rendelkezik: „Az ellen, a ki a büntett vagy vétség elkövetésekor életének tizenkettedik évét meg nem haladta (*gyermek*), sem vád nem emelhető, sem bűnvádi eljárás nem indítható. Ha a gyermek büntetett vagy vétséget követett el, a hatóság, a mely elé kerül, őt megfenyítés végett a házi fegyelem gyakorlására jogosított egyénnek vagy az iskolai hatóságnak adhatja át. Az iskolai hatóság a gyermeket megdorgálhatja vagy iskolai elzárással fenyítheti. Ha a gyermek eddigi környezetében erkölcsi romlásnak van kitéve vagy züllésnek indult, a hatóság a gyámhatóságot értesíti és ha a gyermek érdekében halaszthatatlanul szükséges, a gyermeket ideiglenes felvétel végett a legközelebb eső állami gyermekmenhelybe szállítja. A gyámhatóság a gyermek javító nevelése iránt az erre nézve irányadó szabályok értelmében intézkedik.“

A büntető novella (1908. XXXVI. t.-cz.) hatályon kívül helyezi a büntető törvény (1878. V. t.-cz.) 84. §-át is, a mely az életkoruk 12. évét már túlhaladt, de 16. évét még be nem töltött egyének beszámíthatóságának és büntethetőségének feltételül a cselekmény bűnösségének felismerésére szükséges

belátást jelöli meg s a 16. §-ban egyrészt a korhatárt 16-ról 18-ra emeli, másrészt úgy rendelkezik, hogy a ki a büntett vagy vétség elkövetésekor életének 12. évét már meghaladta, de 18. évét még be nem töltötte (*fiatalkorú*), ha a büntethetőséghez szükséges értelmi és erkölcsi fejlettsége nem volt meg, büntetőjogi felelősségre nem vonható. De a bíróság, ha szükségesnek látja, elrendelheti, hogy az ilyen egyén házi felügyelet alatt tartassék, házi vagy iskolai fenyítést kapjon, vagy ha eddigi környezetében romlásnak, elzüllésnek indul, a fiatalok javító nevelésében részesüljön. Az oly fiatalok pedig a 17. § értelmében, a kinek a büntett vagy vétség elkövetésekor a büntethetőséghez szükséges értelmi és erkölcsi fejlettsége megvolt, megdorgálható, próbára bocsátható, javító nevelésbe adható vagy fogház-, avagy államfogházbüntetéssel sújtható.

A törvénynek javításra, nevelésre, az elzüllés megakadályozására célzó törekvését hatalmasán fogják támogatni az egyre jobban szervezkedő gyermekvédelmi (patronage) egyesületek.

A beszámítás kérdésénél a szellemi fejlődés különféle fokán kívül minden művelt állam büntető törvénykönyve az elmebetegséggel és az öntudatlansággal is foglalkozik s az ilyen állapotban elkövetett cselekedetekért az egyén büntetőjogi felelősségre nem vonható. A legtöbb büntető törvény azonban ilyen esetben az akarat, a szabad elhatározási képesség kizárásának megállapítását is kívánja. Az elmeorvosok erős küzdelme daczára sem sikerül mindenütt ennek kiküszöbölése. Így a legújabb német büntető törvény tervezete is a 63. §-ban azt mondja: nem büntethető az, a ki a tett elkövetésének idejében elmebeteg, elmegegye vagy öntudatlan volt, úgy hogy e miatt akaratának szabad elhatározási képessége ki volt zárva.

Azon hazai törvénytervezet, a melyet *Balogh Jenő* az igazságügyminister megbízásából még 1902-ben készített, helyesen szakít a régi hagyománnyal s a büntető törvény 76. §-a helyébe a következő szöveget alkalmazta: „Nem számítható be a cselekmény annak, a ki a büntett vagy vétség elkövetésekor öntudatlan állapotban volt vagy elmebetegségben szenvedett“.

A tapasztalat azonban azt mutatta, hogy ezen állapottal nincs kimerítve ama szükséglet, a melyet a gyakorlati élet a büntető igazságszolgáltatás iránt formál, az esetek bizonyos csoportja külön méltatást és elbírálást kíván. Vannak ugyanis az ép és kóros közt levő, úgynevezett határközi állapotú egyének (les individus d'états psychiques intermédiaires), a kik veleszületett vagy szerzett szervezeti és szellemi rendellenességüknek fogva habár elmebetegnek nem tekinthetők, de az épel-méjük gondolkodásával, erkölcsi érzésével, helyesen irányítható cselekvési szabadságával szemben fogyatkozást, nagyobb ingerlékenységet mutatnak, a vágyak, indulatok, szenvedélyek, ösztönök leküzdésére csekélyebb ellenálló képességgel rendelkeznek s éppen ezért könnyebben jönnek összeütközésbe a társadalmi renddel. Ezen állapot, a melynek számos változatát hozza felszínre a mindennapi élet s a hova a különféle idegbajosokat, a csekélyebb szellemi értékű egyénekét, a hysteriások, neurastheniások, epilepsiások, iszákosok, degeneráltak, koponyasérülést kiállottak, fiziologiás átalakulásban (terhesség, szülés, gyermekágy, menstruatio, climacterium) levők stb. egyes eseteit szokás sorolni, lehet mulékony és lehet tartós. Ezekre jelzett sajátságuknál fogva a beszámítás és büntetés azon mértéke, mely az épel-méjüeken számba jöhet, az igazságosság elvénél fogva nem alkalmazható. Így került felszínre a korlátolt vagy csökkent beszámíthatóság kérdése. Ezzel — mint *Babarczy-Schwartz* *Ottó* bárónak e tárgyra vonatkozó szépen kidolgozott és a magyar elmeorvosok 1906.-i értekezletén előadott tanulmányából láthatjuk — már a XIX. század első felében foglalkoztak s többé-kevésbé, de nem elég határozott formában, az egyes államok büntető törvényében is kifejezésre jutott. A 80-as évek közepétől fogva jóformán állandóan napirenden volt s úgy a jogi, mint elmeorvosi külföldi és hazai szakegyesületekben, irodalomban éles harc fejlődött ki az új büntető-

jogi fogalom érdekében és ellenében. Magam is már 1888-ban „A csökkent (korlátolt) beszámítási képességről” írott cikkemben és a Budapesten 1905-ben tartott nemzetközi büntetőjogi congressus számára kidolgozott előadványomban úgy saját tapasztalatomra, mint egyes kiváló szakemberek érveire támaszkodva, szükségesnek jeleztem ezen fogalomnak valami módon, de határozott alakban a büntetőtörvénybe iktatását. A jogi és orvosi szakembereknek az 1905.-i nemzetközi büntetőjogi congressus számára benyújtott véleménye legnagyobbbrészt egyezett ezen felfogással s *Feuillolay*, a kiváló criminalista és a párisi semmitőszék főügyésze ezt így fejezte ki: „Il est donc nécessaire que le législateur, s'inspirant de l'idée de justice, consacre, en inscrivant dans la loi le principe de la responsabilité restreinte et de l'atténuation des peines”. Ezen állásponthoz csatlakozik hazai elmeorvosi karunk kiváló tagja *Babarczy-Schwartz Ottó* báró „A korlátolt beszámíthatóság” című tanulmányában és a hazai büntetőjog terén oly nagy érdemeket szerzett *Balogh Jenő* is.

Ezen álláspontnak eleinte csekélyszámú követői lassankint nemcsak megszaporodtak, de ez manapság már minden újabb büntetőtörvénytervezetben külön méltatásban is részesül. Nálunk a *Balogh Jenő* által 1902-ben kidolgozott tervezet 76. §-a második kikezdésében azt mondja: „Ha a terhelt a büntetett vagy vétséget beszámíthatóságát korlátozó elme-egyenségben követte el, akkor gyógyítása vagy nevelése iránt a bíróság az orvosszakértők meghallgatása után, a terhelt egyéniségének megfelelő módon intézkedik”. A német tervezet 63. §-ának második kikezdésében az foglaltatik, hogy ha az akaratbeli szabad elhatározási képesség nem volt ugyan kizárva, de nagyobb mértékben csökkent, akkor a büntetés szempontjából a kísérletre (76. §) vonatkozó rendelkezések alkalmazandók (tehát enyhítés). Kifejezést nyer ez továbbá az osztrák (37. §) és a svájci (14., 16—18. §) tervezetben is.

A büntetőjogi felfogást átalakító modern irányok, a melyeknek a büntető jogászok között legerősebb oszloposai külföldön a német *Liszt*, a belga *Prins*, a holland *Van Hamel*, az olasz *Garofalo*, hazánkban *Balogh Jenő* és *Finkey Ferencz*, a büntettek több csoportját domborították ki, a melyekkel eddig a büntetőigazságszolgáltatás vagy nem megfelelő módon, vagy éppen nem foglalkozott s a melyeket külön méltatásban és elbánásban kell részesíteni, még pedig olyanban, a mely az egyéni sajátságok figyelembe részesítése mellett a társadalomnak megvédése szempontjából a legmegfelelőbb. „A büntetőjog új irányainak radikálisabb munkásai a tételes büntetőjognak jelenlegi alapfogolatai helyébe teljesen eltérő, új tételt javasolnak, t. i. azt, hogy nemcsak a büntetendő cselekményt kell büntetni, hanem a büntető bírónak ítélete hozásakor figyelembe kell venni a tettes vagy részes egyéniségét és intézkedéseket kell tenni a terhelttel szemben, tekintettel arra a jövőbeli veszélyre is, a mit egyénisége embertársaira nézve magában rejt”, mondja *Balogh Jenő* (A nemzetközi büntetőjogi egyesület magyar csoportjának büntetőjogi értekezései, 1908. 1. füzet, 7. l.).

Mivel a büntettek egy része a társadalom biztonságát állandóan vagy tartósan veszélyezteti s az elkövetett bűncselekmény következményeképpen folyó büntetés csak időlegesen alkot velök szemben óvóintézkedést, felvetődött az erélyesebb intézkedések szükségessége és a határozatlan időtartamra való elítélés eszméje, de ezzel kapcsolatban a büntető jogtudomány legradikálisabb képviselői, *Liszt* és *Prins* felvetették azt a kérdést, vajjon a büntettek bizonyos csoportjában nem lehetne-e a bűncselekmény fogalmát a közveszélyességgel helyettesíteni? A kérdés különféle oldalról való megvitatása főleg a nemzetközi büntetőjogi egyesület egyes csoportjaiban folyt és folyik le s a *Rickl Gyula* minis-teri tanácsos, elnök által kiváló szakértelemmel vezetett hazait is több ülésen át foglalkoztatta, a melyeken a kiváló jogi szakférfiak mellett elmeorvosi karunk is kivette oroszlanrészét. Az eszmecserék eredménye oda csúcsosodott ki, hogy a közveszélyesség fogalma önmagában nem helyettesítheti a bűncselekményt, hanem csak mint kiegészítő, közelebről meghatározó fogalom, mint jelző szerepelhet.

A közveszélyesség fogalma ugyanis relativ s nemcsak az egyén szervezeti és szellemi állapotától, sajátágos hajlamától, hanem a körülmények és viszonyok különös alakulásától is függ, a melyek a megnyilvánulásra az okot szolgáltatják, s nincsenek olyan határozott ismérvei, a melyeknél fogva azt bizonyos egyénre még valamely rendellenes cselekmény elkövetése előtt, előre biztosan meg lehetne állapítani. Mivel az ezen állapotból eredhető előzetes praeventiv intézkedések alkalmazásával nem mellőzhető a közveszélyes jellegnek előre meg nem határozható mértéke és kételyek merülhetnek fel az egyéni szabadság kellő megóvása és az önkény megnyilatkozásának elkerülése szempontjából, önálló fogalom- és minősítésként való szerepeltetéséről le kell mondani s egyelőre csak a társadalmi rendet tartósan veszélyeztető elemek egyes csoportjainak különös ismérve gyanánt szabad azt tartani. Ilyen közveszélyes elemek: a munkakerülő csavargók, koldusok, a tiltott cselekményekből élő kisebb-nagyobb büntettek, szélhámosok, szerencsejátékosok, a rendellenes, de elmebetegnek nem tekinthető, csekélyebb szellemi értékű, korlátolt beszámíthatású és iszákos egyének, továbbá bizonyos elme-
betegek.

A büntetőjogi újabb irány célja, hogy a megtorlás, az egyéni felelősség elvét helyettesítse a társadalomnak kellő megvédésére való törekvés, a bűncselekmények megelőzésének, elhárításának eszméje. Felmerült tehát a *biztosító rendszabályok* és eljárások szükségessége, a melyek alkalmasak legyenek az ú. n. közveszélyes büntetteknek nemcsak az elkövetett cselekmény minőségéből folyó büntetés idejére, de azontúl is ártalmatlanná tételére.

A nemzetközi büntetőjogi egyesületnek a különféle államokban levő csoportjaiban lefolyt viták leszűrődött eredményeképpen ezen tárgyról kialakult jogi felfogás az egyesület 1910. évi augusztus hóban Brüsszelben tartott nagygyűlésén nyert határozott kifejezést főleg azon előadványokban, melyeket *Garçon* párisi, *Liszt* berlini és *Van Hamel* amsterdami jogtanár terjesztett elő. Ezek értelmében vannak bizonyos, előéletüknél, szervezeti és szellemi állapotuknál fogva közveszélyes egyének (les individus dangereux), a kiknél az elkövetett bűncselekményből kifolyó büntetés a társadalom kellő megvédése szempontjából elégtelen. Ezek ellen hatásosabb biztosító, védelmi rendszabályokat (mesures de sûreté, mesures de défense sociale) kell foganatosítani és pedig — *Liszt* javaslata szerint — a javító, a nevelő, a társadalmi renhez való alkalmazkodást célzó eljárást (mesures d'assistance vagy mesures d'adaptation) ott, a hol a megfelelő eredmény elérésére kilátás nyílik, és a társadalomból való kiközösítést (mesures d'élimination) oly egyéneken, a kik javíthatatlannak látszanak s az alkalmazkodási képességük elnyerése kétséges. Az első csoportba tartoznak a fiatalokú büntettek, a kiknél éppen úgy, mint a gyermekeknél, a neveléssel, a javításra való törekvéssel kell kezdeni a társadalmi támogatást (assistance sociale) és ezt lehetőleg hosszabb ideig, a 20—21. életkorig alkalmazni, továbbá a koldulásból és csavargásból élők, a kik szintén hosszabb időn át (egész 5 évig) lennének dologházban tartandók és végül az iszákosságnál fogva büntettes egyének, a kik specialis gyógyító intézetbe kerülének, de ott 3 évnél tovább nem volnának tarthatók. Ezen rendszabályok *Liszt* szerint a büntetés helyébe lépnének. A mennyiben azonban ezekkel eredményt elérni nem lehetne, más szigorúbb elbánás szükségessége lép előtérbe. *Liszt* ezen csoportbeliek elhelyezésekor irányadónak tartja az individualizálást, a mi orvosi szempontból csak helyeselő. Kiemeli ugyanis, hogy nem minden kolduló és csavargó nevelhető a munkára s ezeknek a többiekkel való összekeverése egyrészt akadályozná az eszközök alkalmazásának egyöntetűségét, másrészt veszélyeztetné az eredményt. *Liszt* a második csoportba sorolja azon büntettes elmebetegeket és a korlátolt beszámíthatás miatt enyhébben büntetendő egyéneket, a kiknek közveszélyessége megállapított s a kik specialis intézetbe helyezendők el hosszabb időre, valamint a meg nem javult vagy javíthatatlan visszaeső büntettek; ezeket szintén hosszabb időre kellene letartóztatni.

Ezen utóbbi, javíthatatlan, visszaeső büntettek ellen követendő eljárások módjaival minden állam behatóan foglalkozik, de egyöntetű megállapodásra nem jutottak. A legradikálisabb eszközt alkalmazzák a francziák, a kik ezeket a tengerentúli gyarmatokba, egyes szigetekre relegálják s *Liszt* kiemeli, hogy így mintegy 17.000 közveszélyes egyéntől szabadultak meg.

A büntető jogászok és a törvényhozók a biztonsági rendszabályok alkalmazásánál bizonyos aggodalommal hangsúlyozzák a személyszabadság megővésének elvét.

Aschaffenburg a nemzetközi büntetőjogi egyesületnek említett nagygyűlésén ezen kérdés érintésekor indokolt szemrehányással jegyzi meg, hogy egy állam sem lát abban semmi különös dolgot, ha az elmebajosokat vagy a leprás betegeket elkülönítik a társadalomból, míg a jogainkat, biztonságunkat lépten-nyomon veszélyeztető büntettek személyszabadságának megsértését olyan óvatosan kezelik. Hangsúlyozza, hogy a társadalomnak erőlyesen bele kell nyúlnia azon emberek személyszabadságába, a kik veszélyesnek bizonyulnak.

Liszt előadványában a társadalom védekezését ki akarja terjeszteni azon egyének ellen is, a kik ugyan még nem követtek el bűncselekményt, de állapotuknál, egyéni hajlamuknál fogva veszélyeztethetik a társadalom biztonságát. Ide sorolja egyelőre a gyermekek és fiatalok bizonyos részét, a közveszélyes elmebetegeket és a szokásos iszákosokat. Felhívja, hogy ha tudják, hogy valaki közveszélyes, nem szabad bevárni, a míg büntetést követ el, hanem előre meg kell akadályozni a kedvezőtlen, káros következményeket. Ezekre czélszerűnek tartaná a gondnokság alá helyezést és vagy ennek kapcsán, vagy ettől elkülönítve a biztonsági rendszabály, az internálás foganatosítását. Fontosnak tartja a büntetést elkövetett és el nem követett egyének ellen alkalmazandó biztonsági rendszabályoknak külön törvénybe való iktatását.

A szakembereket élénken foglalkoztatják még azon kérdések, hogy az úgynevezett biztonsági rendszabályok beleilleszthetők-e a büntetési rendszerbe, a büntetésnek koordinált, kiegészítő vagy helyettesítő elemei-e s így külön törvénybe vagy a büntetőbe iktatandók-e, továbbá, hogy azok elrendelése melyik (büntető vagy polgári) bíróság hatáskörébe tartozzék s végül melyik forum gyakoroljon felügyeletet ezen intézetek felett és illetékes megállapítani a közveszélyesség jellegének megszűnését s elrendelni az egyének szabadonbocsátását?

A vélemények még elágazók. Egyesek a biztonsági rendszabályokat a büntetést helyettesítőnek tekintik, mások a büntetéssel össze akarják kötni, még pedig a bűncselekményből kifolyó büntetés kiállása után kívánják alkalmazni. A svájci büntetőtörvénytervezetben az előbbi álláspont nyer kifejezést, a német a biztosító rendszabályt vagy a büntetés mellett vagy helyette kívánja alkalmazni, míg az osztrák a már kiállott büntetés után rendeli el azt. Abban meglehetősen egyeznek s *Liszt* is azt javasolja, hogy a biztosító rendszabály elrendelése a büntető bíró hatáskörébe tartozzék, mert ennek van leginkább alkalma a lefolytatott bűnper alatt beszerzett különféle adatokból, így a terhelt előéletéből megállapítani a közveszélyesség jellegét. Az elrendelt őrizet alól való elbocsátás kérdésében a svájci és az osztrák büntetőtörvénytervezet szerint szintén a bíróság határoz, míg a német erre illetékesnek a rendőrhatalóságot jelöli meg, úgy azonban, hogy ennek intézkedése ellen a bíróság határozatához lehet folyamodni. *Liszt* azon nézeten van, hogy mivel itt új intézményt létesítenek, új organum szervezése is szükséges, a mely a felügyeletet gyakorolja és határoz a felől, vajjon a közveszélyesség megszűnik-e már. Az szerinte mellékes, vajjon ez bírósági, közigazgatási, vagy mindkettő együtt legyen-e, de lehetne külön bizottságot is szervezni (commission de surveillance).

Aschaffenburg nem tartaná helyesnek a biztonsági őrizet alá helyezés kimondására a büntető bírót, mert az az elkövetett büntetett hatása alatt alkotja véleményét, de meg nincs is módjában tovább kísélni a tettes sorsát és a tárgyalás alatt

idegen egyének döntenek az ügyben. Szerinte legjobb volna a pszichológiában képzett polgári bíróra bízni az ügyet, a ki aztán mérlegelje nemcsak az egész egyéniség tulajdonságait, hanem ehhez mérten ama viszonyokat is, a melyek közé a büntetést helyezni lehet. Kedvező körülmények között ugyanis a közveszélyesnek látszó egyén is ártalmatlan lehet és megfordítva, a békés természetű veszélyes, ha nem megfelelő körülmények közé jut. A biztonsági rendszabályok és büntetés egymáshoz való viszonya felett való vitát meddőnek tartja, mert szerinte a biztonsági rendszabály széles kört jelez, a melybe szűkebb határokkal illeszkedik a fiatalok nevelése, a feltételes elítélés, a megkegyelmezés, a feltételes elbocsátás és a letartóztatási intézetek, a dologház és a büntetés is csak biztosító, praeventív eljárás, a melyek tartama alatt a büntetést tiltott cselekményt nem követhet el. Erősen sikra száll a bűncselekmény minőségétől független határozatlan időre való elítélés elve mellett. Ha ez megvan, akkor — nézete szerint — közönyös, hogy külön biztonsági intézetek állnak-e rendelkezésre. Felhívja, hogy a büntetést nem a letartóztatási intézet szigorúsága, hanem az elzárás időtartamának hosszúsága riasztja el. Hangsúlyozza továbbá, hogy a fiatalokat, a koldulókat és csavargókat nevelni, munkára szoktatni kell bizonyos kényszer alkalmazása mellett, míg az iszákosokat, a psychopathiás, degenerált és elmebeteg egyéneket elsősorban gyógyítani. Mindehhez pedig előre meg nem állapítható idő kell.

Az ismertetett elveket a különféle eszmecserék annyira megérlelték, hogy az újabb büntetőtörvénytervezetek már új tételekként felvették a biztonsági rendszabályokat is s külön foglalkoznak a büntettek egyes csoportjaival.

Az elmeorvost a már méltatott gyermek- és fiatalok büntetéseken kívül főleg az elmebetegek, a csökkent szellemi értékű, rendellenes, korlátolt beszámíthatású és iszákos egyének érdeklik.

Az úgynevezett koldulók, csavargók, szélhámosok egy része is ezek közül kerül elő. *Pekáry Ferencz* főkapitányhelyettes adatai szerint a fővárosban a rendőrség elé került ilyen egyéneknek körülbelül 30%-a abnormis. *Wilmanns* pedig felhívja, hogy azon finemű 85 elmebeteg csavargó és kolduló között, a kiket a rendőrség a badeni nagyhercegség kislai dologházából a klinikára szállított, 52 a dementia praecox valamely formájában szenvedett. *Bonhöffer* 12%-ban határozott elmebetegséget és 75%-ban különféle, a korlátolt beszámíthatás feltételeit tevő fogyatkozásokat (szerzett vagy veleszületett szellemi defectus, imbecillitás, epilepsia, alkoholismus stb.) talált. A koldulók, csavargók és szélhámosok csoportjával a nemzetközi büntetőjogi egyesület magyar csoportja is foglalkozott, különösen *Finkey Ferencz* jogtanár és *Pekáry Ferencz* főkapitányhelyettes igen érdekes előadásai kapcsán s bizottságot is küldött ki az ezen ügyben foganatosítható sürgős intézkedések tárgyában előterjesztendő javaslat céljából. A bizottság elsősorban szükségesnek tartotta, hogy a csavargás és koldulás ismétlése esetén a büntetés szigorítottassék, a letartóztatás ideje meghosszabbítottassék, továbbá, hogy az ilyen egyének — tekintettel a finansziális nehézségekre — egyelőre a letartóztatási intézetekben úgyszólván nagy számban levő üres helyeknek egy területre való koncentrációja mellett, elkülönítve ide internáltassanak s munkára szorítottassanak.

Időközben elkészült *Balogh Jenő* törvénytervezete „a közveszélyes büntettek ellen alkalmazható biztonsági rendszabályokról“, a mely II. fejezetében a csavargókkal és munkakerülőkkel is foglalkozik. A 8. §. szerint „a ki, habár dolgozni tudna, tisztességes foglalkozás nélkül él és arra gyanura ad alapot, hogy büntetendő cselekmények elkövetéséből tartja fönn magát, ha a rendőri hatóság felhívására záros határidő alatt nem vállal megfelelő munkát vagy a hatóság által felajánlott munkát ok nélkül visszautasítja, mint csavargó egy hónapig terjedhető elzárással, ha pedig büntetésének kiállása után két éven belül ugyanezen körülményeket állapítják meg ellene, három hónapig terjedhető elzárással büntetendő.“ Az elítelt büntetését a helyi viszonyokhoz

képezt akár bírósági, akár közigazgatási fogházban s lehetőleg magánzárkában tölti ki s köteles a kijelölt munkát végezni (9. §.). 10. §. „Ha az a tettes, a kit a bíróság fogházra ítél, állandóan munkakerülő életmódot folytatott és bűncselekménye ezzel az életmóddal összefüggésben van, akkor a bíróság őt, a mennyiben előreláthatólag valamely munkában kiképezhető lesz, munkára nevelése végett legalább egy és legfeljebb három év tartamára dologházba utalhatja.“ Dologházul, a míg ilyenek létesítettek, egyelőre egyes fogházak külön osztályát kell berendezni (11. §.). Az ide utalt egyént képességének megfelelő munkában kell kiképezni, mely alkalmassá tegye a tisztességes úton való megélhetésre (13. §.). 15. §. „Minden dologház mellett felügyelő hatóságot kell szervezni“. Ennek javaslatára az egyén egy év kitöltése után kísérletképpen elbocsátható, ha remény van arra, hogy munkájával fentarthatja magát. Ha azonban a próbaidő alatt munkakerülőnek vagy iszákosnak bizonyul, vagy erkölcstelen életet folytat, büntetendő cselekményt követ el, az illetékes bíróság ismét visszaküldheti a dologházba, a midőn a kísérleti kihelyezés ideje nem számítatik be javára (16. §.). 17. §. „Ha a dologházban tartás ideje alatt kiderül, hogy az elítelt munkában nem képezhető ki, a felügyelő hatóság kezdeményező lépéseket tesz aziránt, hogy az illető szabadságvesztésbüntetésre ítéltesék.“

A tervezet I. fejezete a többszörös visszaesők ellen fogantatosítandó biztonsági rendszabályokról szól s ezt a büntetés kiállása után rendeli el. Az 1. § ugyanis azt mondja: „Az ellen, a ki már három ízben fegyház- vagy börtönbüntetést állott ki és az utolsó büntetés kiállításától számítva három év alatt újból büntetést követ el, a mennyiben az elíteltnek eddigi életmódja őt olyan kocsászerű vagy üzletszerű büntettesnek tünteti fel, a kiről alaposan feltételezhető, hogy újabb bűncselekményt fog elkövetni, a bíróság, ha ezt a közbiztonság érdekében szükségesnek tartja, az ítélethozáskor külön határozattal elrendelheti, hogy a büntettes az ellene kiszabandó fegyházbüntetés kiállása után legalább két és legfeljebb tíz évig fogva tartassék“. Az utólagos biztonsági fogság valamely letartóztatási intézet külön osztályán vagy külön intézetben hajtandó végre. A végrehajtásra az igazságügyminisztérium ügyel fel (3. §.). A tervezet ezek számára is külön felügyelő bizottság felállítását célozza, a melynek tagjai évenként többször látogatást tesznek az intézetben, az elítélteket kihallgatják, az eredményről, az esetleg tapasztalt hiányokról jelentést tesznek az igazságügyminiszternek. (4. §.). Az ilyen egyének is képességüknek megfelelő munkában képeztetnek ki. Ha kifogástalanul viselik magukat s alapos kilátás van kedvező átalakulásukra és arra, hogy újabb bűncselekményt nem fognak elkövetni, legalább két év elteltével a felügyelő bizottság javaslatára az igazságügyminiszter feltételes szabadságra bocsáthatja (6. §.). Oly esetben, midőn az ily módon szabadságra bocsátott egyén a megállapított idő letelte előtt a szabályokat megszegi, iszákos vagy munkakerülő életmódot folytat, újabb bűncselekményt követ el, az igazságügyminiszter elrendelheti az intézetbe való visszazállítását. (7. §.) Sem az I., sem a II. fejezetben említett egyének szeszest italt nem kaphatnak.

A tervezet tehát a nemzetközi büntetőjogi egyesületben kiforrt elveket valósítja meg, valamennyi csoportban súlyt vet a társadalom védelmére, az egyéni sajátságokra, a javulás, az egyéni átalakítás lehetőségére, az elérni kívánt cél érdekében a megfelelő elkülönítésre, az esetleges visszaélések elkerülése szempontjából a legmesszebbmenő cautelákat létesíti, csak az kár, hogy a rendellenes szellemi állapot eseteivel s az azokban alkalmazható eljárásokkal nem foglalkozik. Fel kell tenni tehát, hogy ezeket már a priori kirekesztette a tervezet keretéből.

Abban, hogy az elmebeteg kóros állapotánál fogva nem büntethető, úgy az orvosok, mint a jogászok egyetértenek, bár a beszámítási kérdésnél a rendellenes szellemi állapot körülírásában nem egyeznek a vélemények. Az elmeorvosok — mint már említettem — a mellett küzdenek, hogy az akaratbeli szabad elhatározási képességnek, mint a beszámíthatatlanságnak ily esetben jogi részről megkívánt kriteriuma

elhagyassék. *Aschaffenburg* pl. a német tervezetnek már említett szövegét így kívánna módosítani: „Nem büntethető az, a ki a büntetés idejében elmezavar, elmeengesség vagy öntudatzavar állapotában volt, a melynél fogva cselekménye jogtalanságának belátására és ezen belátás szerint való cselekvésre való képességgel nem bírt.“

Az is elfogadható álláspont, hogy a közveszélyes elmebeteg megfelelő gyógyító intézetbe helyeztessék, és pedig vagy gyógyulásáig, vagy közveszélyességi hajlamának megszűnéséig. Az ellen sem lehet kifogást emelni, hogy valamely büntetett elkövetése után, a midőn a beszámíthatatlanság alapján a további eljárás megszüntetése vagy a felmentés következik, a büntető bíróság — természetesen elmeorvosi szakvélemény alapján — az elmebeteg gyógyító intézetbe szállítást rendelje el, azonban az ellen igen, hogy az elmebeteg további sorsát is az irányítsa és az határozza meg az intézetben tartás idejét. *Cramer* helyesen jegyzi meg, hogy az elmebeteg gyógyító intézeteket nem lehet a letartóztatásiak közé sorolni, mert ez a sötét középkorra emlékeztetne.

Habár tudjuk azt, hogy a közveszélyesség jellege nem függ mindig az elmebetegség tüneteitől, hanem sokszor éppen a körülmények, a helyzet, a környezet kedvezőtlen alakulása váltja ki, a tapasztalat azt bizonyítja, hogy vannak bizonyos chronikus elmebetegség, a kik sehogyan sem illenek be a gyógyító intézet liberalisabb légkörébe s a kik az egyöntetű eljárás alkalmazását akadályozzák, kitörésekre, erőszakos cselekedetekre hajlamosak. Felmerül tehát az a kérdés, vajjon nem volna-e célszerű ezek számára külön intézet, avagy a rendesek keretében is jól megtarthatók-e?

Ebben a kérdésben nem egyeznek egészen az elmeorvosi vélemények. A pszichiatrikus álláspont ugyan az, hogy az elmebajos elmebeteg gyógyító intézetbe való s a rendellenes cselekedetekre sarkaló motivumok is csak a zavart elme tünete s így azokat a külső cselekedetek alakja és mértéke szerint osztályozni nem lehet, mégis vannak sokan, a kik a büntettes elmebeteg számára külön intézeteket kívánnak, sőt azok közül is sokan, a kik a fenti elvet hangoztatják elméletben, de a gyakorlatban másképpen cselekszenek, mert mihelyt módját ejthetik, igyekeznek ezektől áthelyezni vagy más úton megszabadulni. *Heilbronner* és *Aschaffenburg* azt javasolja, hogy a nagyobb városokban, mint culturalis központokban, az elmebeteg gyógyító intézetek keretében külön, erősebben védett, szigorúbb felügyelet alatt álló külön függelék-osztályok létesíttessenek az ilyen elmebajosok számára. A letartóztatás alatt elmebeteggé váló büntettesek számára a fogházak vagy fegyházak keretében már is sok helyen vannak ilyen intézetek (pl. Budapesten is a gyűjtőfogház mellett), a melyek céljuknak jól megfelelnek. Ujabb jogi részről határozottan állást foglalnak a mellett, hogy a büntettes elmebeteg külön, jobban őrzött s kevesebb szabadságot engedő intézetekben nyerjenek elhelyezést, úgy mint ez Angliában van (*Broadmoor*). *Dreyer* homburgi bíró felhozta, hogy midőn a porosz képviselőház 1910. évi február 18.-án a büntettes elmebeteg elhelyezésének kérdésével foglalkozott, egynek kivételével valamennyi szónok a külön intézet felállítása mellett nyilatkozott s az igazságügyminiszter is hangsúlyozta, hogy a tapasztalat szerint a meglevő intézetek nem elégségesek a szükséges biztonság megóvására és ezért az új büntető törvény megalkotásakor ezen kérdést is szabályozni kell.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Szt. István-kórház III. számú sebészeti osztályáról.

A szájnyalakhártya defectusainak pótlása a masseteren ülő nyaki bőrlebenynyel.

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

A vestibulum oris buccalis része nyalkahártya-defectusainak pótlására két kiváló, sokszorosan kitapasztalt módszerünk van: a *Gersuny*-féle, mely az állkapocs periosteumán ülő nyaki bőrlebenyt, és a *Kraske*-féle, mely a defectus szélén és

a bőralatti kötőszövetből táplálkozó bőrlebenyt fordít be a szájba.

Ha az állkapocs hiányzik, a szájtorncz ezen defectusait szépen lehet a nyelv haránt behasításával vagy oldalából vett lebenynyel pótolni, a mint azt *Eiselsberg* és *Lexer*¹ leírta és a mint azt magam is már évek óta, még mielőtt ezen cikkekét ismertem volna, gyakorlom.

A száj hátulsó részében, különösen az isthmuson és garatfalban levő defectusok pótlása a fentemlített módszerekkel nem eszközölhető. Pedig e helyen is kívánatos rák-kiirtás után a keletkezett nyálkahártya-defectus pótlása, ha mindjárt egészen más megfontolások alapján is, mint a szájtorncz defectusaié. Míg ugyanis ez utóbbi defectusokat elsősorban azért kell pótolnunk, hogy a heges szájjárt elkerüljük, az isthmus és garatfal defectusainak plastikus pótlásakor a vezérlő szempont a szájüregnek a nyaksebtől való elzárása, a mi ismét a beteg per os való táplálásának lehetősége, a nyakseb infectiójának elkerülése és gyors begyógyulása szempontjából bír fontossággal. Ha a rák, a mint az gyakran megtörténik, a pofanyálkahártya hátulsó zúgából terjed reá az isthmusra és a garatfalra, a nyálkahártyahiány pótlása mindkét okból szükségessé válik.

Az isthmuson és az oldalsó garatfalon ülő, illetve ide áttérjedő rákok kiirtására 4 út kínálkozik:

1. a szájnnyílás,
2. a haránt pofametszés,
3. az alsó állkapocs temporaer átfűrészélése (*Langenbeck*),
4. az állkapocs felhágó ágának kiirtása (*Mikulicz*).

Ezek közül az első kettő csak egész kicsi rákok eltávolítására alkalmas, nagyobb és hátrább terjedő rákok radikális eltávolítása csak a két utóbb említett módon lehetséges.

A kettő közül a bővebb betekintést kétségtelenül a *Mikulicz*-féle eljárás adja, ennek hátránya azonban az, hogy tartós defectust okoz. Másfelől azonban ez a defectus semmiféle functionális zavart sem okoz, sőt a functionális eredmény kétségtelenül jobb, mint a temporaer állkapocs-átfűrészelés után, ha az állkapocs törésvégei — a mi bizony megtörténik, — nem egyesülnek szilárdan, vagy ha a rák átkapaszkodása miatt a pterygoideus internust ki kell irtani, vagy a trigeminus III. ágának mozgató ága megsérül, a midőn is hegesedésen, illetve izomcontracturán alapuló szájjár állhat be, és a kozmetikai hiba sem túlságosan kifejezett. Mindössze egy kis behúzóadás áll elő az állkapocs felhágó ága helyén és az állcsúcs valamivel hátrább kerül.

A mi azonban kétségtelen előnye a felhágó állkapocság enucleatiojának, az az, hogy lehetővé teszi az alább leírandó módszer segélyével a szájnnyálkahártya-defectusnak azonnal való pótlását. Ezáltal elkerüljük azt, hogy a száj- és garatsebet szélesen kelljen tamponálni a nyak felé, elkerüljük a lassan gyógyuló nyakfistulák keletkezését és lehetővé tesszük azt, hogy a beteg már 1—2 nappal a műtét után a szájon át táplálkozzék, míg ha a szájjárt bőven kell a nyak felé tamponálni, a beteget sokszor heteken át szondával kell táplálni, a mi nemcsak kényelmetlen, hanem veszedelmeket is rejt magában. Magam is láttam állandó garatkatheter után halálos végű aryporc-necrosist.

A methodusnak, a melyet az alábbiakban az isthmus és garatfal defectusainak pótlására ajánlok, előfeltétele az állkapocs felhágó ágának kiirtása.

A defectus egy az arczról és a nyakról vett téglányalakú bőrlebenynyel pótolom, mely a musculus masseteren ül, egyébként teljesen körül van vágva.

Legcélszerűbb a műtétet ennek a lebenynek a körülírásával és felpraeparálásával kezdeni, csak arra kell vigyázni, hogy a lebeny a masseterrel széles összefüggésben maradjon. A masseter a lebenyt egyfelől kielégítően táplálja, másfelől hosszú nyelet alkot, melyen a lebeny kényelmesen befordítható a szájba.

A műtét további menetében a szokott módon kiirtjuk a nyaki mirigyeket, kitarjuk a száját, skeletizáljuk az alsó állkapocs felhágó ágát; ezen momentum alkalmából nagyon óvatosan kell bánnunk a masseterrel és vigyáznunk, hogy a rajta lógó bőrlebenyt le ne válaszszuk. Azután enukleáljuk az állkapocs felhágó ágát, kiirtjuk a carcinomát s a szájbeli defectuson befordítván a masseteren lógó bőrlebenyt, ennek sebszéleit a defectus sebszéleihez varrjuk — legcélszerűbben catguttel — úgy, hogy a szájür a nyak felé teljesen el legyen zárva. Végül a nyak-sebet zárjuk s azt a szükség szerint vastagabb vagy vékonyabb csikkal tamponáljuk.

A leírt műtétet ez ideig négy esetben hajtottam végre a pofa-nyálkahártya hátulsó zúgából az isthmusra és tonsillára reáterjedő, illetve e helyen keletkezett rák miatt. Mind a négy beteg meggyógyult; a lebeny 3 esetben kifogástalanul megtapadt, a negyedik esetben csúcsa elhalt, azonban ez alkalommal is lényegesen megkönnyítette a betegnek a táplálását. Végül egy esetben megpróbáltam egy igen kiterjedt pofa- és ajakrák esetében a teljesen elpusztult alsó ajak nyálkahártyáját pótolni egy ilyen masseteren ülő lebenynyel. Az ajak bőrét a túloldali állalatti tájból vett téglalakú bőrlebenynyel pótoltuk. Ez a beteg, a kinél a mindkét oldali nyakmirigyeken kívül az egész jobb pofát, az egész alsó ajkat s a felsőnek $\frac{1}{3}$ részét el kellett távolítanunk és velük együtt az alsó állkapocsnak majdnem egész vízszintes ágát, 7 nappal a műtét után mindkét tüdőben székelő kiterjedt bronchopneumonia folytán meghalt. Az esetből azt az impressiót merítettük, hogy az ajaknyálkahártya pótlására ez a masseteren ülő lebeny nem alkalmas, mert bár a lebeny megmaradt, nem tudta a nyálcsorgást megakadályozni. Úgy, hogy legfeljebb az utolsó berlini sebészcongressuson *Läwen* által ajánlott csontimplantatióval válhatnék az alsó ajak funkciójának végzésére alkalmassá.

Az isthmusban és garatfalban székelő defectusok pótlására azonban a masseteren ülő lebeny feltétlenül bevált s az e tájon székelő carcinomáknak kiirtása után támadt defectusoknak ily módon való pótlását ajánlhatom. Végül legyen szabad ily módon operált eseteimet röviden ismertetnem.

1. M. I. 58 éves földmives. Felvétetett 1910 augusztus 5-én 2 év óta vannak fájdalmai bal állkapocsában, 1910 év tavaszán fekélyedés keletkezett a pofanyálkahártyáján, mely azóta folyton nő. Felvételtkor erős szájjár, a száj hiányosan nyílik. A pofanyálkahártyát baloldalt egy kemény, felhánt szélű fekély foglalja el, melynek elülső széle majdnem a szájjúgig terjed, hátulsó széle nem állapítható meg.

Műtét augusztus 9-én. Regionaer anaesthesia novocain-adrenalin. Bemetszés az állalatti tájon a nyelvcsont felett; az állalatti táj összes képleteit in toto eltávolítjuk. A szájjúgból függőlegesen lefelé haladó metszés az előbbi seb elülső végpontjáig. A pofarék áttört az állkapocsba, hátul áttérjedt az elülső garatívre. A mandibula bal felét enukleáljuk. A nyálkahártya-defectust egy, a masseteren lógó négyszögletes nyaki lebenynyel pótoltuk, a nyak-sebet majdnem teljesen bevarrtuk, csak a hátulsó zugban drainezés vékony jodoform-csikkal. Láz-talan lefolyás, sima gyógyulás, úgy a lebeny, mint a külső sebek primára meggyógyultak. Augusztus 8-án kis borsónyi, felületes nyak-sebvel gyógyultán távozik. Száját ad maximum tudja nyitni, az alsó fogsor a felső mögött áll, külsőleg feltűnő deformitás azonban nincs.

2. Sz. J. 52 éves földmives. Egy év óta fejlődött a bal pofa hátulsó zúgában egy kis seb, melyet folyó évi április 30-án a szájon át kiirtottunk és kipaquelineztünk, ugyanekkor az állalatti táj mirigyeit is kiirtottuk. Augusztus óta száját nehezen nyitja. Felvételtkor a Szt. István-kórházba (1910 október 13-án) nagyfokú szájjár, a szájból penetrans, jellegző büz. Műtét. A szájjúgból az állalatti tájba húzódot s annak hegében folytatódó metszésből kitarjuk a száját, az állkapocsot az I. molaris előtt átfűrészeltjük, a nyálkahártyán levő rákos fekélyt körülmetszszük s az állkapocs felhágó ágát exartikuláljuk. A massetert előzőleg óvatosan leválasztjuk a csonttól. A nyakon egy a masseteren tapadó négyszögletes bőrlebenyt irunk körül s ezt hámos színével a defectusba fordítva, az elülső garatíven, a nyelv oldalán, a felső foghúson és a pofanyálkahártyán levő sebszélekhez varrjuk, felette vezetett jodoformgaze-zal drainezzük az állkapocs izárkát s az infratemporalis tájat; a nyaksebet teljesen bevarrtuk. A gyógyulás teljesen sima, az összes sebek per primam gyógyultak, a lebeny kifogástalanul megtapadt. Az állkapocs izárka helyén székelő kis, sarjadzó felülettel november 6-án elhagyta a kórházat. A szájnnyitás tökéletes, a szájból jól látszik a transplantiált lebeny.²

¹ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 100.

² Bemutatva a budapesti kir. Orvosegyesület 1910 november hó 5.-i ülésén.

3. Sz. Gy. 46 éves munkásnő 6 hó óta veszi észre, hogy torkában daganat nő, mely különösen az utolsó hetekben igen fájdalmas, úgy hogy szilárd ételeket egyáltalán nem tud nyelni. Felvételek a Szt. István-kórházba a bal tonsilla táján körülbelül gyermekökölnyi kifehélyesedett daganat, a nyakon a glandulae jugulares profundae superioresnek megfelelőleg jókora diónyi kemény daganat. Műtét november 22.-én. A masseter alatt négyzetes bőrlébenyt irunk körül, ezt felpraeparáljuk, a sebet lefelé, a sternocleidomastoideus mentén meghosszabbítjuk, a regio submaxillaris képleteit egy darabban távolítjuk el és kiirtjuk a vena jugularis internán lévő mirigyeket, melyek közül az egyik szilvamekkoraságú, a többi bab-borsónyi. Most a szájtúgtól a nyaksebbe vezetünk egy metszést, átfűrészeljük a masseter tapadása előtt az állkapcsot és felhágó ágát Mikulicz szerint enukleáljuk. Így bőséges terünk nyílik a nyelvgyökere is ráterjedő tonsilla-ráknak kiirtására. A defectusba most már befordítjuk a műtét elején készült, a masseteren lógó bőrlébenyt és egyesítjük a garatfalon, szápadon, nyelvgyökön és pofanyálkahártyán lévő nyálkahártyaseb széleivel. Majd bevarrjuk a pofanyálkahártya sebet s a bőrséb legnagyobb részét. Ennek legmélyebb pontját drainezzük, a parotis tájára pedig egy gaze-csíkot vezetünk. A gyógyulást a befordított bőrlébeny szélének elhalása komplikálta, ennek folytán néhány napig kicsurgott kevés étel a parotis-tájon. Ez azonban csakhamar megszűnt. A fonálkiszedés után a 8. napon a külső pofavarrat is kissé szétvált, egészében azonban a seb szépen meggyógyult és távozása alkalmával (1911 január 16.) csak a tamponálás helyén volt egy lencsényi kis felületes sarjfelszín. A beteg nyelése kifogástalan, a tonsilla helyén a transzplantált bőrlébeny jól látható. Az állkapocs felhágó ágának kiizelése folytán az alsó fogcsor $\frac{1}{2}$ cm.-rel áll a felső mögött, a rágást azonban ez nem akadályozza.³

4. K. A., felvételt 1910 november 24.-én. 1 év előtt keletkezett alsó ajkán egy pattanás, mely azóta folyton nőtt. Felvételt a jobb pofán egy ökölnyi kifehélyesedett daganat, melynek közepe a szájtúgtól körülül s reáterjed az egész alsó ajakra s a felső jobb harmadára, a foghúrra is és 2 cm.-rel túlterjed a középvonalon. Mindkét állalatti és a submentalis tájban kemény mirigyek. Műtét november 28.-án. Körülírva a daganatot, kiirtjuk az állkapocs jobb oldali vízszintes ágát s a balnak egy 3 cm.-nyi darabját. Azonban ez utóbbiból egy vékony lemez és rajta a genioglossus és geniohyoideus tapadására szolgáló belső állkapocsgumót meghagyjuk; kitakarítjuk mindkét submaxillaris és a submentalis tájat. A nyálkahártyadefectust a masseteren lógó négyzetes lebenynyel fedjük, melyet a szájba fordítva, a felső foghús, a nyelv, a jobb hátulsó garatív és a bal pofa sebébe varrunk. A bőrdefectust egy a bal állalatti tájból vett négyzetes lebenynyel pótoljuk, úgy hogy az alsó ajak teljesen ezen 2 bőrlébeny által van alkotva, melyeket az ajak szélének megfelelőleg összevarrunk. Az arc jobb felén visszamaradt defectust transzplantáljuk, a nyaksebet szűkítjük. A beteg a műtét utáni napon subfebrilis, a következő napon 38°5-re megy a hőmérsék, december 2.-án kifejezett kétoldali pneumonia, december 4.-én meghal. Az ajkát alkotó belső lebeny teljesen ép, a külső csúcsa kékes. Sectio (Genssich tanár): kiterjedt bronchopneumonia mindkét tüdőben, kis rákos áttételek a vesében; rákos nyakmirigyek nem találtak.

5. P. S. 58 éves földmives. $\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt vette észre, hogy szájában daganat nő, száját nyitni azóta mind rosszabbul tudja. Felvételt a Szt. István-kórházba 1911 március 20. A bal pofa hátulsó zugában egy kemény, ki nem fehélyesedett daganat ül; szájtár, a metszőfogak csak $\frac{1}{2}$ cm.-nyire távolíthatók el egymástól. A bal állalatti tájon kemény mirigyek.

Diagnosis: Carcinoma buccae.

Műtét március 29.-én novocainadrenalin-anaesthesiában. A műtétet avval kezdjük, hogy a nyakon négyzetes bőrlébenyt irunk körül, mely csak a masseter alsó felével függ össze. Azután a szájtúgtól ferdén lefelé vitt metszéssel kötjük össze az így támadt nyaki sebfelületet. A submaxillaris tájat a szokott módon kitakarítjuk; az art. maxill. externa, vena fac. comm. ant. és post. előzetes leköltése, majd a duct. Warthonianus és az azt kísérő vénák leköltése után egy darabban kivesszük az állalatti nyálmirigyét és nyirokcsomókat. Most a szájtúgtól kiinduló metszést melytől áthatolunk a pofa összes rétegein; az állkapcsot a masseter tapadása előtt átfűrészeljük és a felhágó ágát a masseter gondos letolása után enukleáljuk. A carcinoma a pofanyálkahártya hátulsó zugában ül és reáterjed a bal tonsillára is, összekapcsolódik a pterygoideusokkal és reáterjed a felső állcsont fogmedernyűványára is. A carcinomát gondosan kiirtjuk, az izmokat ollóval, a felső állcsont beteg részét bőven az épen vésővel eltávolítjuk, s a keletkezett nyálkahártya-defectusba, melyet felül a szápad, hátul a garattal, elől a pofanyálkahártya, alól a nyelv sebszélei határolnak, bevarrjuk a masseteren ülő bőrlébenyt és ezáltal a száj nyálkahártyáját teljesen zárjuk. Azután a bőrdefectust varrjuk össze: csak a nyakon, a kimetszett lebeny helyén marad egy körülbelül forintnyi defectus, melyen át az állalatti tájat és az állkapocs izárkának helyét jodoformos gaze-zel tamponáljuk.

Az első 5 napon kisebb hőemelkedések, egyszer 38°50, egyébként legfeljebb 37°50–37°90. A seb bevarrt része per primam egyesül, a szájba ültetett lebeny kifogástalanul megtapadt. A beteget az első 5 napon az orrán át bevezetett katheterral tápláljuk, azóta per os kapott eleinte folyékony, később rendes táplálékot. A seb teljesen begyógyult s a beteg május 5.-én gyógyultán távozott.⁴

³ Bemutatva a budapesti kir. Orvosegyesület 1911 január 14.-én tartott ülésén.

⁴ Bemutatva a sebészeti szakosztály 1911 május 4.-én tartott ülésén.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem II. belklinikájáról (igazgató: dr. Jendrassik Ernő egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos) és az állatorvosi főiskola belklinikájáról (igazgató: dr. Marek József ny. r. tanár).

A paroxysmalis haemoglobinuria aetiológiájáról.

Irta: Fejes Lajos dr.

A paroxysmalis haemoglobinuria nevével egy ismeretlen aetiológiájú betegséget jelölünk, még pedig éppen legfeltűnőbb symptomája után; az ilyen betegségben szenvedő aránylag igen csekély lehülésre, mint pl. hideg levegőn rövid ideig való tartózkodás után már megkapja a typosos rohamot, sőt ezt mesterségesen is előidézhetjük egyik végtagjának hideg vízbe mártásával. A roham teljesen az acut, általános infectio kezdetének képeben jelentkezik, a mennyiben a rázóhideg, az ezt követő erős hőemelkedés, az elesettség teljesen arra a képre emlékeztet, melyet a sepsises megbetegedésekben a kórokozó virusnak a véráramba való tömeges átlépése idéz elő. A roham után bekövetkező haemoglobinuriát csakhamar a hőmérsék lezárása követi, az általános állapot rohamos javulásával. Ezt az ilyen rohamokban visszatérő betegséget különböző megelőző betegségekkel hozták oki összefüggésbe, legfőképpen a luessel. A betegek nagy részében az előző luesses infectio csakugyan ki is mutatható. Mások a malariát, illetve ennek kapcsán a chronikus chininmérgezést tartják az előidéző oknak. A többi betegség, melyet a paroxysmalis haemoglobinuria előidézőjeként említeni szoktak, nem tartozik ide, mert ezek nem paroxysmusokban visszatérő haemoglobinuriát, hanem mérgező, még pedig különösen vérséjtoldó hatásuknál fogva haemoglobinaemiát és így haemoglobinuriát okoznak. Ide tartoznak a vegyi mérgek, mint a chlorsavas kálium, a pyrogallussav, a naphthol, a kénsav, a glycerin, a toluylendiamin, a mérgező gombák; nyilvánvalóan épp így elkülönítendőek azon esetek, melyekben egy acut infectiós betegség, mint a scarlatina, typhus abdominalis, pneumonia, tetanus stb. kapcsán áll be haemoglobinuria. Éles különbséget kell ugyanis tennünk azért, mert a paroxysmalis haemoglobinuriában általános megbetegedéssel járó önálló kórformával állunk szemben, míg az utóbbi esetekben a haemoglobinuriát csak következményes symptomának tekinthetjük.

Magának a paroxysmalis haemoglobinuriás megbetegedésnek, a rohamok létrejöttének lényegét a szerzők azon változásokban keresik, melyek az ilyen betegek vérsavójában, illetve vörös vérséjtjeiben végbementek. A kérdés eldöntését igen megnehezíti azon körülmény, hogy egy állatfajban sem fordul elő az emberi paroxysmalis haemoglobinuriával teljesen megegyező megbetegedés mint önálló kórkép, sem pedig kísérletileg ilyen nem állítható elő. Midőn megelőző vizsgálataimban (Fejes és Kentzler: Adatok a paroxysmalis haemoglobinuria kórtanához. Magy. Orv. Archiv. 1910) házi nyulakat immunizáltunk a saját mosott vörös vérséjtjeivel, azon cél vezetett, hogy autolysin termelésével az állatot oly állapotba hozzuk, melyben valamely vegyi (pl. oxalsav-mérgezés) vagy hőbeli (lehűtés) ingerre a paroxysmalis haemoglobinuriához hasonló rohamot tudjunk kísérletileg előidézni. Ez nem sikerült ugyan, azonban az autolysin termelését el tudtuk érni s ki tudtuk mutatni a vörös vérséjteken egy a kezelés folytán beállott érdekes változást, nevezetesen a vörös vérséjtek resistenciájának növekedését vérséjtoldó anyagokkal szemben, éppen úgy mint ez a haemoglobinuria paroxysmalisban szenvedő ember vörös vérséjtjein is kimutatható. Minthogy e kísérleteinkben igen nagy akadály volt, hogy a házi nyúlak saját vérével kezelése aránylag nagyobb beavatkozás, melyet az állat már ezért, de talán még inkább azon mellékhatás miatt, melyet e kezelés az állat idegrendszerére kifejt, nagyon rosszul tűr, nagyobb ellenállóképességű állaton óhajtottam kísérleteimet folytatni. Kísérleti állatnak a lovat választottam, még pedig azért, mert a lóban az emberi paroxysmalis haemoglobinuriához sok tekintetben hasonló megbetegedés fordul elő. Eltekintek a lovak infectiós betegségeitől, melyek haemoglobinuriával járnak s a melyeknek többnyire trypanosomás vagy egyéb protozoonos

infectio az alapja, és csakis az ú. n. rheumás haemoglobinuriát veszem tekintetbe, mely mint jól ismert önálló kórforma szerepel a lovak pathológiájában. A lovak ezen rheumás haemoglobinuriájának (synonymái: haemoglobinaemia paralytica, haemoglobinaemia rheumatica, haemoglobinuria toxæmica stb.) tünetei: rendszerint hosszabb istálló pihentetés és bő táplálás után a munkába fogott ló, kivált ha meghűlésnek volt kitéve, borzongani kezd, néha kifejezett hidegrázása van, utána izmaiban fibrillaris rángások következnek be, izzadság borítja el, heves kólikát kap s csakhamar kifejlődik a jellemző bénulás (az izomhűtés terjedelme az eset súlyossága szerint igen változó, egyes izmok bénulásától egészen a hátulsó végtagok teljes paraplegiájáig terjedhet); ezzel egyidejűleg beáll a haemoglobinuria is. Ha az állat meggyógyul, akkor ezen stadiumból néhány órai somnolens állapot után ismét csakhamar magához tér. Ha hosszabb ideig marad ilyenkor hidegen, állapota rohamosan romlik, nagyfokú dyspnoë fejlődik ki, cyanosissal, 70—85 lélegzéssel, 120—130 pulssal, 39—40^o-os hőmérsékkel s az állat néhány óra alatt elpusztul.

E betegség aetiológiájáról még meglehetősen eltérők a nézetek. Fröhner (Friedberger und Fröhner: Spez. Pathologie und Therapie der Haustiere. VI. Aufl. I. Bd. Stuttgart, 1908) a rheumás myositist tekinti a betegség okául, mely a jelzett körülmények között egészen acutan fejlődik ki s a melyben az izomhaemoglobin feloldódik s a vérbe jut. A betegség kiváltó okának a meghűlést, praedisponáló tényezőnek a hosszabb pihentetést és bő táplálást tartja. Tanítványa, Koenig (Untersuchungen über das Verhalten der roten Blutkörperchen und über den Hämoglobingehalt des Blutes bei der rheumatischen Hämoglobinämie der Pferde. Inaugural-Dissertation. Stuttgart, 1909) 19 typusos rheumás haemoglobinuriás lovat vizsgált, mindegyik esetben a typusos anamnesist találta s a betegség lényegét ő is a rheumás természetű izommegbetegedésben keresi. A haemoglobinaemiát annál kevésbé tartja primaernek, mivel a vörös vérszámát csökkentenek sohasem találta, ellenben a haemoglobintartalom mindig nagyobb volt a rendesnél. Adrien Lucet (Hémoglobinurie paroxystique à frigore du cheval. La Presse Médical, 1910. 417. o.) igen számos esetet észlelt s mindig a typusos anamnesist találta. Histologialilag vizsgálta a betegségben elhullott lovak izomzatát s azokban súlyos elváltozásokat talált, így a zavaros duzzadáson kívül néhol Zenker-féle elfajulást.

Jean Camus (Les hémoglobinuries. Thèse. Paris, 1903) a lovak paroxysmalis haemoglobinuriáját az izomeredésű haemoglobinuriák (hemoglobinurie musculaire) csoportjába sorolja s szerinte is e haemoglobinuria független a vörös vérszámától s csakis a rheumás izommegbetegedés folytán a keringésbe jutott izomhaemoglobintól származik. Camus ily izomeredésű haemoglobinuriát állatkísérletben az izomzat sértésével elő is tudott állítani.

Már régebbi szerzők is utaltak a betegségnek auto-intoxicációs eredetére, kiváltképpen az izomzatban képződő hústejsavnak tulajdonítván fontos szerepet.

Marek (Hutyra und Marek: Spez. Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena, 1909. II. Aufl. 840. o.) az auto-intoxicációs magyarázat mellett foglal állást s oly módon magyarázza a betegséget, hogy az izomműködés folyamán keletkező mérgek okozza az izomzat degenerációját s a vörös vérszámát feloldódását. Pihenés és bő táplálás mellett e mérgek fokozott mértékben termelődnek s a hideg behatása is előmozdítja képződését. A vörös vérszámát és a haemoglobintartalmát csökkentenek találta.

E kivonatosan felsorolt irodalmi adatok tekintetbe vételével kísérleteimet úgy rendeztem be, hogy lehetőleg elkerüljem azon tényezők hatását, melyeket a szerzők a lovak paroxysmalis haemoglobinuriájának aetiológiájában fontos szereppel bíróknak tekintenek.

Kísérleti eljárásom a következő volt: A kezelés megkezdése előtt megvizsgáltam a kísérleti ló vérsavóját és vörös vérszámát, az előbbi haemolysin-tartalomra, az utóbbitak resistenciájukra nézve, azonban egyikben sem találtam a normalistól eltérést.

A kezelés abban állott, hogy a ló vena jugularisából vett egy liter vért sterilén felfogva és defibrinálva, physiologiai konyhasó-oldattal 5-ször kimostam s az így nyert, a savótól teljesen elkülönített vérszűrtet subcutan ugyanabba a lóba befecskendeztem. Hat napi időközökben 4 ízben kezelttem így a lovat s ekkor megvizsgáltam ismét a vérsavóját és a vörös vérszámát; azonban sem a savóban haemolysint, sem a vörös vérszűrtet resistenciájában (saponinnal és staphylohaemolysinnal szemben) eltérést kimutatni nem tudtam. Ekkor a lovat erős munkába fogtuk (4 óráig megakarták szekeret húzani), utána a ló teljesen jól érezte magát, semmi olyan tünetet sem mutatott, mint a minő a lovak paroxysmalis haemoglobinuriájánál jelentkezni szokott. Közvetlenül a munka végeztése után a lóból vért vettem, egy részét defibrinálva, a vörös vérszűrtet vizsgálatára használtam fel, másik részéből centrifugálással savót nyertem; úgy a savóban, mint a vörös vérszűrtetben feltűnő eltérést találtam.

Kezelt ló 5 ^o / _o -os vérszűrtetm. s.	Serum	Eredmény	Normalis ló 5 ^o / _o -os vérszűrtetm. s.	Serum	Eredmény
0.5	kezelt lóból 0.1	gyenge oldás	0.5	kezelt lóból 0.1	nyomokb. oldás
0.5	kezelt lóból 0.2	erős oldás	0.5	kezelt lóból 0.2	gyenge oldás
0.5	normalis lóból 0.1	—	0.5	normalis lóból 0.1	—
0.5	normalis lóból 0.2	—	0.5	normalis lóból 0.2	—
0.5	physiol. NaCl. 0.2	—	0.5	physiol. NaCl. 0.2	—

Mint e táblázatból kitűnik, a kezelt állat vérsavója saját vérszűrtetét in vitro erősen oldotta, előzetes lehűtés után a thermostatba helyezve (Donath-Landsteiner-féle kísérlet). A lysis — bár csekélyebb mértékben — az előzetes lehűtés nélkül is bekövetkezett a thermostatban. Teljesen egyenlően következett be az oldás, akár a friss, haemolysint tartalmazó serumot adtam a vörös vérszűrtetnek, akár úgy, ha előzetesen inaktiváltam és complementet adtam hozzá. Ezen autolysisek hatás mellett isolysin jelenlétére utal azon körülmény, hogy a kezelt ló vérsavója normalis ló vörös vérszűrtetét is feloldotta. Feltűnő eltérés mutatkozott a vörös vérszűrtet resistenciájában is.

0.5 cm ³ saponinoldat	Kezelt ló 5 ^o / _o -os vérszűrtetm. s.	Eredmény	Norm. ló 5 ^o / _o -os vérszűrtetm. s.	eredmény
1:50.000	0.5	—	0.5	—
1:40.000	0.5	—	0.5	nyomokban oldás
1:30.000	0.5	—	0.5	közepes oldás
1:20.000	0.5	igen gyenge oldás	0.5	erős oldás

Egyenlő mennyiségű híg saponinoldattal hozva össze a kezelt lónak és egy normalis lónak vérszűrtetét, mint a táblázatból látható, a kezelt ló vörös vérszűrtetét csak sokkal koncentráltabb oldattól mutattak némi oldódást. Staphylohaemolysint használván fel lysinnek, ugyanezen eredményt kaptam, a normalis ló vörös vérszűrtetét nagyobb hígításban oldódtak fel, mint a kezelt lóé.

Kísérletem második része abban állott, hogy a leírt módon kezelt lovat trypanosomával inficiáltam és pedig e célra a trypanosoma equiperdumot, a tenyésztésénél (dourine, maladie du coit) kórokozóját használtam fel. Trypanosomával inficiált egér vérvételt a lovat subcutan beoltottam. A fertőzés után az állat nyolczadnapra lázas lett, az ekkor vett vért feldolgoztam savónyerés és vérszűrtetvizsgálat céljára s a savót lysintartalomra, a vörös vérszűrtet resisten-

tiájukra nézve vizsgálat alá vettem. Ki kell emelnem, hogy a trypanosomával történt fertőzés előtt szintén megvizsgáltam a ló vérsavóját és vörös vérsajtjeit, azonban a normalistól eltérést nem találtam, ugyanis a fent leírt különbségek csakis közvetlenül a munka végzése után vett vérben voltak kimutathatók s maradandó eltérés visszahagyása nélkül, már néhány óra alatt, nyomtalanul visszafejlődtek.

Kezelt ló 5% vérsajt-emulsiója	Serum	Eredmény	Normal. ló 5% vérsajt-emulsiója	Serum	Eredmény
0.5	kezelt lóból 0.1	erős oldás	0.5	kezelt lóból 0.1	közepes oldás
0.5	kezelt lóból 0.2	teljes oldás	0.5	kezelt lóból 0.2	erős oldás
0.5	normal. lóból 0.1	—	0.5	normal. lóból 0.1	—
0.5	normal. lóból 0.2	—	0.5	normal. lóból 0.2	—
0.5	physiol. NaCl 0.2	—	0.5	physiol. NaCl 0.2	—

A táblázatból látható, hogy a trypanosoma-infectio még sokkal fokozottabban idézte elő a hatást, mint a munka. A lysis úgy előzetes lehűtésre, mint a nélkül a thermostatban bekövetkezett s különösen fokozódott a kezelt ló vérsavójának oldó hatása normalis ló vörös vérsajtjeivel szemben. Az oldás egyenlően következett be, akár a friss haemolysin használtam, akár előzetes inaktiválás után megfelelő complement-mennyiséget adtam hozzá. A vörös vérsajtjei resistenciája ugyanolyan értelemben fokozódott, mint az előzetes kezelés után a munka hatására. Azon éppen leírt elváltozás, mely ezen megfelelően kezelt lovak vérsavójában és vörös vérsajtjeiben a trypanosomával történt fertőzés után beállott, állandó maradt egészen az állat elpusztulásáig, a mi 14 nappal az infectio után következett be; az állaton a tenyészbénaság klinikai tünetei fejlődtek ki, sem a haemoglobinuria, sem a rheumás haemoglobinuriának semmiféle tünete sem fejlődött ki.

E feltűnő kísérleti eredmények ellenőrzésére még a következő két kísérletet végeztem. Egészséges lónak megvizsgáltam a vérsavóját haemolysin-tartalmára, a vörös vérsajtjeit vérsajtoldó anyagokkal, saponinnal és staphylohaemolysinnal szemben tanúsított ellentállóképességükre nézve. Most ugyanolyan munka végzése után, mint a minőt kezelt lovakmal végeztem, a vizsgálatot megismétltem. Eredményül azt nyertem, hogy előzetesen nem kezelt lónak sem vérsavójában, sem vörös vérsajtjeiben a munka folytán semminemű ily értelmű változás nem áll be. A másik ellenőrző kísérletet a trypanosoma equiperdummal történt fertőzés szerepének felvilágosítása céljából végeztem; a kísérlet abban állott, hogy egy egészséges lónak megvizsgáltam a vérsavóját és a vörös vérsajtjeit a fent vázolt szempontokból, azután inficiáltam a lovat ugyanazon trypanosoma equiperdum törzsszel, melyet a kezelt lovak fertőzésére használtam. A kifejlődött lázas roham alatt vett vért ismét feldolgoztam lysin-tartalmára, illetve a vörös vérsajtjei resistenciájának szempontjából, azonban eltérést egyik irányban sem találtam.

Tekintettel arra a körülményre, hogy az emberi paroxysmalis haemoglobinuria eseteinek túlnyomó többségében az anamnesisben a lueses infectiót vagy directe ki lehet mutatni, vagy olyan adatokat lehet találni (gyanus ulcus, esetleg kiütéses bőrbetegség, többszöri abortus stb.), melyekből a lues jogos gyanuja támad, közelfekvőnek látszik a lues és a paroxysmalis haemoglobinuria között az oki összefüggés felvétele. Tekintettel a spirochaeta pallida protozoon-természetére, ezen az emberi paroxysmalis haemoglobinuria aetiologiájában szereplő momentum utánzásának gondolata vezetett arra, hogy a kezelt lovak trypanosomával inficiáljam s azért választottam éppen a trypanosoma equiperdumot, mivel az általa előidézett megbetegedés, a tenyészbénaság is mutat némi analogiát a luesel (innen régebben lues venerea equinek is nevezték). Ámbár e fertőzéssel sem tudtam lovon a

paroxysmalis haemoglobinuriához hasonló rohamot kiváltani, mégis két fontos elváltozást tudtam kimutatni: 1. *Szabad autolysin-hatást*; a lázas állapotban vett vérsavó úgy a saját, mint a normalis ló vörös vérsajtjeit erősen oldotta, a kompletálási kísérlet mutatta, hogy a lysin inaktíválva is kapcsolódik a vörös vérsajtjeihez (sensibilizálás), a mi az oldó anyagnak serologiai értelemben vett lysin-természetét igazolja. 2. *A vörös vérsajtjei resistenciájának növekedését* a lázas állapotban.

E két jelenségnek jelentőséget azon körülmény nyújt, hogy az emberi paroxysmalis haemoglobinuriában is ugyanilyen eltérés mutatható ki.

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből.

Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei.

Irta: *Szana Sándor* dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója és főorvosa.

(Folytatás.)

Mindenekelőtt azonban tiszta képet kell kapnunk külön az intézet és külön a telepek működéséről. Ezeket élenként kell választani, ha tisztán akarunk látni. Az intézet eredménye egész más tényezőktől függ, mint a telepek eredménye.

Eddig ezen élénk szétválasztást a magyar állami gyermekvédelemben nem tettük meg.

Az hiszem, hogy ezen élénk szétválasztást megejthetjük úgy, hogy mindenekelőtt elkülönítjük mindazon gyermekeket, kik már betegen vétettek fel, a felvétel után az intézet kórházában kezeltettek és itt meghaltak. Tehát meghaltak a felvétel után, mielőtt még a telepre kihelyezhetők lettek volna. Ezeket a telepről betegen visszahozott csecsemőkkel statisztikailag összekeverni egyáltalán nem szabad.

A telepen sohasem volt ezen csecsemők halálozása függ első sorban az anyagtól, másodsorban az intézet viszonyaitól, beleértve a kihelyezhetési lehetőséget.

Nálunk, a hol az intézetekben anyatej mindig rendelkezésre kellene hogy álljon, túlnyomóan az anyagtól kellene, hogy függjön e szám, mert a kihelyezhetés — országos intézményről lévén szó — túlságos nehézségekbe nem szabadna hogy ütközzék.

Ezen, a felvétel után, de a telepre való kihelyezés előtt meghalt csecsemők számaránya az összes felvettekhez úgy Budapesten, mint Párisban évente majdnem állandóan 9—10% között mozog. Bécsben ez a százalék 1.75, a mi egész kétségtelenné teszi, hogy ott az anyag jóval jobb. Budapesten a felvett csecsemők 1.75%-a a felvételt követő 48 órán belül hal meg az intézetben. Bizonyos, hogy ezek halálozása nem írható az intézet rovására s így kétségtelen, hogy a bécsi anyag aránytalanul jobb.

Ezen szám, a kihelyezhetés előtti halálozás arányszáma, össze nem tévesztendő az intézeti halálozás arányszámával, melyet már eddig is mindig kimutattunk. Az intézeti halálozásban a telepekről betegen visszahozott és az intézetben meghalt csecsemők is szerepelnek. Az intézetben elhaltak száma a betegség miatt az intézetben kezelték számával hozott arányba. Az így nyert szám értéktelen. Mert hisz azt, hogy mely csecsemő beteg s mely csecsemő tekintendő egészségesnek, az esetek igen nagy számában alig lehet megállapítani. A határ az egészséges és beteg között éppenséggel nem éles és mindenképp egyéni nézet dolga.

„Krank und gesund ist schwer zu unterscheiden“ mondja azért *L. F. Mayer* is, midőn a Finkelstein-intézet statisztikájáról ír. Így tehát az intézetben kezelt betegek halálozási száma akkor, ha egészségesek és betegek vegyest vannak az intézetben, összehasonlításra nem használható, mert az egyik szám egyéni elbírálás alapján nyert.

„A kihelyezhetés előtti halálozási arányszám“ azonban oly szám, melyet két objective nyert, határozott és ellenőriz-

hető számból, a felvételek és a kihelyezés előtt elhaltak számából nyerünk és mely így az intézetet élénken elkülöníti a telepektől.

Egyenlő intézeti feltételek mellett (beleértve a kihelyeztetési lehetőséget is) ezen szám, „a kihelyeztetés előtti halálozás arányszáma“ a csecsemőanyag indexének lesz tekinthető.

Az intézet tökéletlenségei e számot azonnal rosszabbítják, mert hiszen mint más helyen részletesen ki fogom mutatni, még a legtökéletesebben berendezett csecsemő-kórházakban is „szűkebbek a határok a táplálkozási sikerek dolgában, mint az egyes elhelyezésben levő csecsemőnél“ és „a fertőzés és az alkalmatlan táplálkozás ártalmainak kizárása után is még mindig számolni kell az intézeti ápolás finomabb ártaimaival“.¹⁹

Mint hogy azonban, sajnos, vidéki intézeteink berendezése főleg az ápoló személyzet dolgában még éppenséggel nem tökéletes, bizonyos, hogy a kihelyeztetés előtti halálozási arányszámban az anyag mellett az intézet állapota is erősen kifejezésre jut

De kifejezésre jut tudományunk mai állapota folytán ezen számban az egyes intézeteknek azon felfogása is, hogy a csecsemőt mily állapotban kell, illetve lehet telepre, tehát egyes gondozásba kihelyezni. Ezen kérdés felől egyértelmű nézetek — mint ezt más helyen bőven kifejtetni alkalmam lesz — még nem alakultak ki.

Végre pedig e számra befolyással bír — mint már jeleztem — a kihelyeztetés lehetősége. Sokszor a csecsemő teljesen egészséges; ahhoz, hogy telepre kihelyezhető, semmi kétség sem fér, de az intézet nem rendelkezik alkalmas nevelőnőakkal. Ez a nevelőnőihiány egyes intézetekben állandó a menhely körletének socialis viszonyai folytán, de időszerte, így a nyári mezei munkák idején, a nagy ünnepek előtt (karácsony, húsvét) s a nagyon esős, sáros időkben majd minden intézetben előfordul ily hiány. Ezekről a „A telep szerepe az elhagyott csecsemők magyar állami rendszerében“ című dolgozatomban részletesen fogok beszámolni.

7. sz. tábla. A magyar állami gyermekmenhelyek intézeteiben a felvétel után, de a telepre való kihelyeztetés előtt meghalt csecsemők 1910-ben.

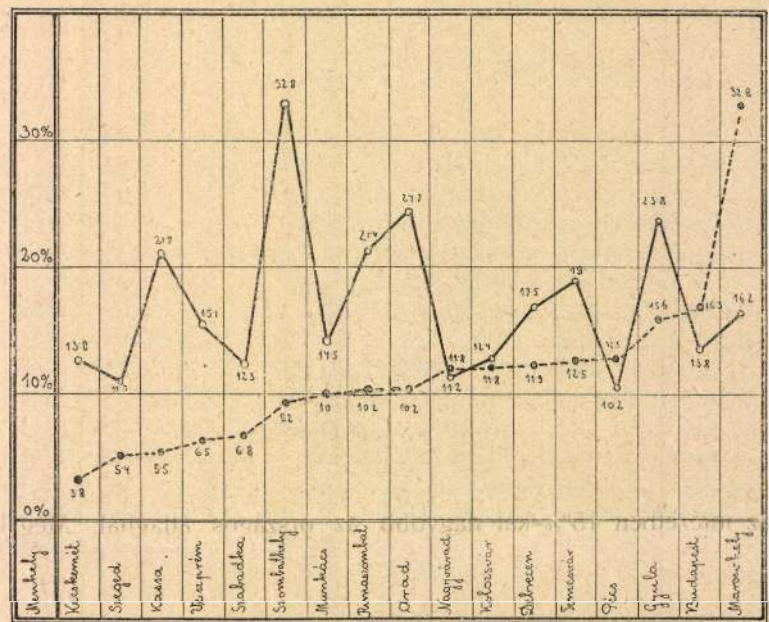
Menhely székhelye	Felvétetett csecsemő	Meghalt az intézetben a kihelyeztetés előtt	Száz felvett közül
Arad	234	24	10·25
Budapest	1805	296	16·39*
Debreczen	373	44	11·79
Gyula	186	29	15·64
Kassa	270	15	5·55
Kecskemét	486	15	3·08
Kolozsvár	192	22	11·45
Marosvásárhely	70	23	32·85
Munkács	179	18	10·05
Nagyvárad	358	40	11·00
Pécs	151	19	12·58
Rimaszombat	196	20	10·20
Szabadka	294	20	6·80
Szeged	479	26	5·42
Szombathely	411	38	9·24
Temesvár	431	54	12·52
Veszprém	305	20	6·55
Összesen:	6420	723	11·26

* Ezen szám az elhaltaknak a budapesti menhely administratív kötelékébe való felvételéből kiszámított szám. Ha valamennyi Budapesten felvett, de mint egészségeset azonnal a vidékre küldött csecsemőt is számítjuk, akkor ezen szám 9^o/_o.

¹⁹ Freund (Breslau): „Ueber den „Hospitalismus“ der Säuglinge“. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. IV. Bd. p. 367. (1911).

Látjuk, hogy a kihelyeztetés előtti halálozás az átlagon jóval alul van a következő kelyeken: Kecskemét, Szeged, Kassa, Veszprém, Szabadka, Szombathely. Ezeknél fel volna tehető, hogy az anyag is jó. Az átlagon jóval felül van Gyulán. Budapesten a szám 16·39^o/_o, de ezen szám csak administratív szám, amennyiben csak azon gyermekek után lett kiszámítva, melyek a budapest menhely administratív kötelékébe felvétettek. Azok a Budapesten felvett gyermekek, a kik teljesen egészségesen lettek felvéve, úgy hogy azonnal vidéki menhelyre voltak szállíthatók, hogy annak a telepein elhelyeztessenek, itt nem szerepelnek. Ezek tekintetbe vételével a kihelyeztetés előtti halálozás arányszáma 9·8^o/_o.

8. sz. tábla. A magyar állami gyermekmenhelyek által 1910-ben felvett csecsemők kihelyeztetés előtti halálozásának arányszáma s az ugyan-ezen évi telephalálozás, beleértve a telepről az intézetbe visszahozottak halálozását is.



Kihelyeztetés előtti halálozás: - - - - - A telepeken történt halálozás: — o —

A 8. számú táblán összehasonlítjuk a kihelyeztetés előtti halálozási arányszámot a telepeken való halálozással. Látjuk, hogy Kassán s Szombathelyen nagy a különbség a kihelyeztetés előtti arányszám és a telephalálozás között (16·2, 23·6). A mennyiben Kassának is, Szombathelynek is kicsi a kihelyeztetés előtti halálozási arányszáma, ellenben telephalálozása nagy. Ebből az következhetik csak, hogy ezen két intézetnek jó anyaga, de rossz telepei vannak, vagy pedig hogy igen gyorsan kell kihelyezniök a reconvalescens csecsemőket, ki kell helyezni azokat a stadium reparationisban, vagy plane beteg csecsemőket is ki kell helyezniök.

Máthé, a kassai menhely igazgató-főorvosa, ki a szombathelyi menhelyet is jól ismeri, mert egy hónapig mint kiküldött igazgató vezette azt, úgy nyilatkozik, hogy az anyag mindkét helyen rossz, s csak az intézetek kicsinysege miatt kénytelenek a gyermekeket gyorsan kihelyezni. Szerinte a mindkét helyen levő elsőrendű bábaiskola anyaga nem jön közvetlenül az intézetbe, mint az esetek nagy számában Budapesten, hanem már a vegyes vagy teljesen mesterséges táplálásra fogott csecsemőket hozzák a menhelyekbe, rendszerint beteg. Az intézetek kicsinysege miatt a csecsemőket az intézetben addig tartani lehetetlen, míg a restitutio ad integrum beáll, mert Kassán 50—60 is volna a csecsemő-létszám, holott 16 dajkaágy van csak s 28 az ágyak száma együttesen a csecsemők és az elválasztottak, vagyis idősebbek számára. Szombathelyen még rosszabbak a viszonyok, mert igen nagy az anyátlan csecsemők száma, kik az austriai lelenczházból transportáltak. Dajka ott sincs s a dajkaanyag mindkét helyen selejtes. „Mindkét helyen ezen okoknál fogva beteg helyezik ki a csecsemőket.“

A szombathelyi menhelyre vonatkozólag az intézet jelenlegi — bár még csak rövid idő óta — vezetőjének, *Ormós Béla* dr.-nak nézete szerint „ezen a kihelyeztetés előtt való csecsemőhalálzási arányszám alacsonyága a telepeken való halálzás magasságával szemben onnan származhatik, hogy a rossz felvételi anyagot (igen sok ott a mesterséges táplálás által már agyonnyomorított bécsi és pozsonyi anyátlantul odakerült csecsemőanyag) az intézetben való helyszűke miatt a reparálásnak az intézetekben való megkísérlése előtt ismét csak mesterséges táplálásra azonnal telepekre tovább adják.“

Ezen megbízható adatok szerint, melyeket *Lévai*, a szombathelyi intézet volt vezetője is megerősít, bizonyos, hogy a kassai s szombathelyi anyag rossz s bizonyos, hogy a kihelyezés a telepekre túlgyorsan történik. Kétségtelen, hogy az állami gyermekvédelem vezetői ezen az állapoton mihamarabb segíteni fognak, az intézetek támogatása által, vagy a Szombathelyen már létező s Kassán épülő gyermekkórháznak az állami gyermekek gyógyításába való bevonása által, vagy mint ezt *Máthé* igen helyesen javasolja, a bécsi anyagnak Szombathelyről való elterelése által. Mindenesetre a Bécsből s Pozsonyból kikerülő anyag javítása az által, hogy gyorsabban s közvetlenebbül kerül állami gondozásba, fontos feladat.

A kihelyeztetés előtti halálzás átlagos vagy azt megközelítő, ellenben a telephalálzás az átlagnál (16%) nagyobb Rimaszombatban és Aradon. Pécs az átlagos intézeti halálzás tekintetében a telepeken az átlagnál jobb eredményt ér el.

Marosvásárhelyen a nagy intézeti halálzás és a kicsi telephalálzás úgy magyarázható, hogy alig tud csecsemőket anya nélkül elhelyezni.

Épp a kihelyeztetés előtti halandóság mutatja, hogy *Lévai* téved, midőn a marosvásárhelyi gyermekmenhely halálzását a telepeken történt járványokból magyarázza. A marosvásárhelyi gyermekmenhely halálzása a telepeken az országos átlagosnál nem nagyobb, de a kihelyeztetés előtti halálzás az intézetben 15%-kal nagyobb az országos átlagnál. Még érdekesebb, ha az anya nélkül gondozottakon nézzük Marosvásárhelyt a kihelyeztetés előtti halandóságot s a telephalandóságot (17. sz. tábla). Azt látjuk, hogy e csoportban a telephalálzás Marosvásárhelyt az országos átlagosnál 7%-kal jobb, de az intézeti halálzás 17.01%-kal rosszabb az országos átlagnál.

Nyilvánvaló ezek után, hogy az állami gyermekmenhelyek intézeteinek mai állapotánál, beleértve mindig a kihelyeztetési lehetőséget, a kihelyeztetés előtti elhalálzás arányszáma még nem indexe az anyagnak. De már most is látjuk, hogy ezen szám kimutatása s összehasonlítása a telephalandósággal mily nagy haszonnal jár, mennyire elősegíti a halandóság okainak megismerését.

A telepen elért eredmények exact értékelése azonban csakis úgy ejthető meg, ha a telepeken gondozott gyermekeket szétosztjuk a szerint, a mint saját anyjuknál meghagytak, anyjukkal együtt telepre helyeztetek, vagy nevelőszülőhöz adtak gondozásba. Nyilvánvaló, hogy a mely intézetnek sok csecsemője anyjával együtt van gondozásban, annak a telephalálzása kicsi lesz.

Bizonyos, hogy Nagyvárad, hol a csecsemők 84.8%-át az anya szoptatja, jó halálzást kell hogy mutasson.

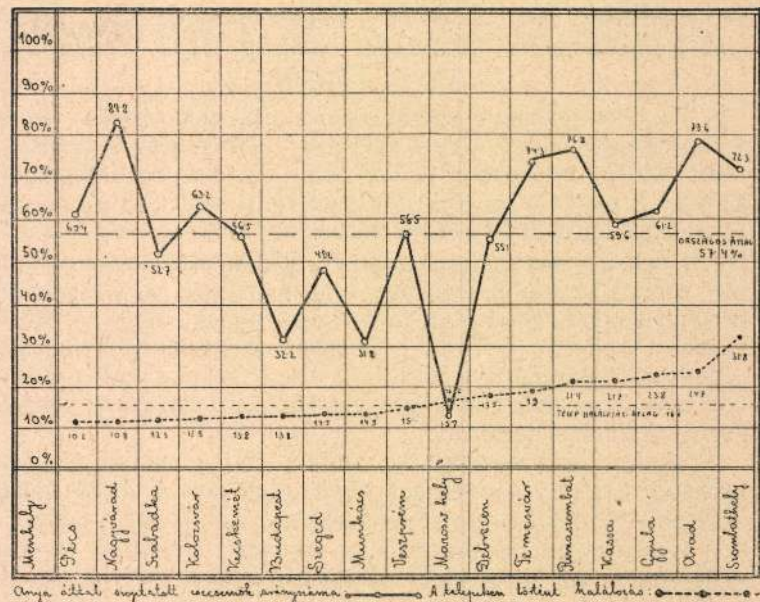
A 9. sz. tábla mutatja azonban, hogy ezt az arányt is más tényezők erősen megzavarják.

Igy az országos átlagon a telephalálzás felül van több mint 20%-kal, Temesvár, Rimaszombat, Kassa, Gyula, Arad, Szombathelyen, pedig mindegyikben az anya által szoptatott csecsemők arányszáma az országos átlagon felül van. Temesvár, Rimaszombat, Gyula s Aradnál láttuk, hogy az anyag rossz. Kassánál az eltérés az országos átlagtól minimalis. Szombathelynél a magyarázat az, hogy az anyánál s anyákkal együtt kihelyeztetek halálzása is óriási (25.95—31.4%).

E tábla mutatja azt is, mily rendkívül különbözően van keresztülvive az az elv, hogy a csecsemővel az anyát is felvesszük. Látjuk, hogy Nagyváradon a csecsemők 84.8%-át szoptatja az anya, sőt 60.66%-a a csecsemőknek a saját anyja

háztartásában marad. Ezzel szemben Marosvásárhelyt a csecsemők 13.7%-át szoptatja csak az anya.

9. sz. tábla. Az 1910-ben a magyar állami gyermekmenhelyek által gondozott csecsemők halandósága a telepen s a telepen gondozottak között az anya által szoptatott csecsemők arányszáma.



Nézzük most már a telepen gondozott csecsemők halálzását a gondozás módja szerint. Erről a következő táblák adnak felvilágosítást.

10. sz. tábla. Az 1908-ban a magyar állami gyermekmenhelyek kötelékében gondozott csecsemők halálzása az ellátás módja szerint.

(Intézet és telep együtt.)

Ellátás módja	Csecsemők száma	Száz gondozott közül	Meghalt	Száz ily gondozott közül meghalt
Anyánál maradt szoptatási engedéllyel	783	8.39	81	10.34
Anyával együtt felvéve	3405	38.34	513	15.06
Anya nélkül felvéve	5325	53.27	1327	24.92
Összesen ...	9513	100.00	1921	20.19

11. sz. tábla. Az 1910-ben a magyar állami gyermektelepeken gondozott csecsemők halálzása. (Hozzászámítva a telepről az intézetbe beteg visszahozott csecsemők halálzását is.)

Ellátás módja	Az ily gondozott csecsemők száma	Száz gondozott közül ily volt gondozva	Meghalt az ily gondozott közül	Száz ily gondozott közül meghalt
Anyánál maradt szoptatási segélylyel	1239	15.39	132	10.65
Anyával együtt telepen gondoztatott	3388	42.09	376	11.09
Nevelőanyánál gondoztatott	3421	42.52	790	23.09
Összesen ...	8048	100.00	1298	16.12

Látjuk, hogy 1910-ben a csecsemők 15%-a maradt saját anyjánál tartásdíj mellett, 42%-a adott anyjával együtt gondozásba, tehát összesen 57%-át a csecsemőknek a saját édesanyjuk szoptatta. 42%-át nevelőanya szoptatta.

Az eredmény ezen három csoport szerint most már az, hogy az anyánál megmaradtak halálzása 10%, az anyával együtt gondozásba adtak halálzása 11%, a nevelőanyánál gondozottak halálzása 23%.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung. Heft 1. B. Möllers: *Über den Typus der Tuberkelbazillen im Auswurf der Phthisiker.* Heft 2. Rothe: *Untersuchungen über tuberkulöse Infektion im Kindesalter.* Leipzig, 1911. Verlag von Georg Thieme.

A gümöbacillus felfedezésének 25. évfordulója alkalmából létesült Koch Róbert-alapítvány által kiadott dolgozatok sorát Möllers értekezése nyitja meg, a melyben beszámol azokról a nagyarányú vizsgálódásokról, a melyeket az emberi és a marha-gümőkór közötti különbség kérdésére vonatkozólag a német császári egészségügyi hivatal által megállapított terv szerint az utóbbi években végeztek. Ezek a vizsgálatok kétségbevonhatatlan bizonyítékát adták annak, hogy a tüdővérszben szenvedő betegek köpetében nem található marha-gümőkór- (gyöngykór-) bacillusok, hogy tehát a marhagümőkór csak lényegtelen szerepet játszhatik az embernek gümőkóros megbetegedésében.

A 2. füzet szintén az emberi és a marhagümőkór különbözőségének kérdéséhez nyújt adatokat. A Rothe által összeállított adatok 400 gyermekhullára vonatkoznak, a melyeknek mesenterialis és bronchialis mirigyait átoltották tengeri malaccokra. Az állatkísérlet eredményeképpen kiderült, hogy a 400 gyermek közül 78-nak mirigyében voltak gümöbacillusok. Ha ezen 78 eset közül 2-t nem számítunk, a mennyiben ezekben nem sikerült a gümöbacillust tisztán kitenyészteni: a megmaradó 76 eset közül csak 1-ben (1'32%) bizonyultak a bacillusok marhából eredőnek. A marhagümőkór tehát ezen vizsgálatok szerint sem játszhatik nagy szerepet az emberi gümőkór terjesztésében. A füzetben egyébként arra is találunk adatokat, hogy a légzőszervek a gyermekkorban is gyakoribb bejutási kapui a gümöbacillusoknak, mint az emésztőszervek. Az emberi és a marhagümöbacillus megkülönböztetésére teljesen biztos mód a házinyulak bőre alá oltás a tenyészetnek 10 milligrammnyi mennyiségével; ilyen fertőzőmód mellett ugyanis emberi gümöbacillusokkal sohasem sikerül házi-nyulakon progrediáló gümőkört előidézni.

Új könyvek:

J. Bayerthal: *Erblichkeit und Erziehung in ihrer individuellen Bedeutung.* Wiesbaden, J. F. Bergmann, 2 m. — O. Borchgrevink: *Die Hernien und ihre Behandlung.* Jena, G. Fischer, 5 m. — K. Birnbaum: *Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen.* Wiesbaden, J. F. Bergmann, 2 m. — E. Hitzig: *Der Schwindel.* Neu herausgegeben von Ewald und Wollenberg. Wien, A. Hölder, 3 m. — H. Gocht: *Handbuch der Röntgen-Lehre.* 3. Auflage. Stuttgart, F. Enke, 13 m. — H. Gocht: *Die Röntgen-Literatur.* Stuttgart, F. Enke, 12 m. — M. Fränkel: *Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie.* Berlin, R. Schoetz, 7'50 m. — P. Jacob: *Die Tuberkulose und die hygienischen Misstände auf dem Lande.* C. Heymanns Verlag, 5 m. — L. Arnspenger: *Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit.* Halle, C. Marhold, 2 m. — J. Bloch: *Der Ursprung der Syphilis.* 2. Abteilung. Jena, G. Fischer, 11 m. — F. Jessen: *Ueber den künstlichen Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose.* Würzburg, C. Kabitzsch, 0'85 m. — O. Schellong: *Die Neuralgien der täglichen Praxis.* Berlin, J. Springer, 1'80 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Anaemia pernicioza súlyos esetét ismerteti Muktedir. A 30 éves férfi vörös vérszámjének száma 1,280.000 volt, a haemoglobin mennyisége 38%, a testsúly 42 kilogramm; e mellett nagyfokú poikilocytosis. Kezelés közben az állapot rosszabbodott, a vörös vérszámjének száma 970.000-re, a haemoglobin mennyisége 20%-ra, a testsúly 38 kilogrammra csökkent. Ekkor eszükbe jutott Tallquist ajánlata s megkezdették a glicerint adását, naponként három evőkanálnyi mennyiségben. A javulás már néhány nap múlva mutatkozott úgy objective, mint subjective. 14 nap alatt a vörös vérszámjének

száma 1,640.000-re, a haemoglobin mennyisége 50%-ra, a testsúly 48 kilogrammra emelkedett. További 14 nap múlva a vörös vérszámjének száma 4,200.000, a haemoglobin mennyisége 100%, a testsúly 52 kilogramm volt; a poikilocytosis eltűnt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 20. szám.) Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy Walter anaemia pernicioza egy esetében polycythaemiás vérnek rendszeres befecskendezésével a gyógyulással határos javulást ért el, a mely most már $\frac{3}{4}$ éve tart. (Medizinische Klinik, 1911. 19. szám.)

Az aorta thoracica aneurysmájának felismerésére fontos jelnek tartja Dimitrenko a verőeres vérnyomás 30 milliméteres vagy ennél nagyobb különbségét a test két felében. Két esetét ismerteti részletesebben, a melyekben ezen jel alapján — a melyre Williamson hívta fel néhány év előtt először a figyelmet — sikerült az aorta-aneurysma diagnózisát felállítani, a melyet azután a Röntgen-kép beigazolt. (Prakt. Wratsch, 1911. jan. 2.)

A digitalis kombinálását ergotinnal ajánlja Hecht. A hatást olyan módon magyarázza, hogy az ergotin a digitalis éresszehúzó hatását megszünteti és főleg a kis veseereket kitágítja. Az említett kombinációt már Huchard ajánlotta: Rp. Pulv. digitalis 1'0; Calomelanos 2'0; Bulbi scillae 3'0; Extr. secal. corn. 4'0. M. f. pil. No. 40. D. S. Naponként 4—6 pilula veendő be. Hecht következő módon rendeli: Rp. Pulv. fol. digitalis titr. 1'0—2'5; Ergotin. 2'5; Bulbi scillae 3'0; Calomelanos 0'5. M. f. pil. No. 50. D. S. Naponként 1—3-szor veendő be 2 pilula. Az igazság kedvéért még megemlíti a szerző, hogy egy esetben, a hol az említett Huchard-féle pilulák használata teljesen eredménytelen maradt, a hydrops teljesen eltűnt a Fürbringer ajánlotta combinatio használata után: Rp. Inf. fol. digital. 1'5 : 135'0; Tinct. strophanthi 3'0; Coffeini citr. 2'0; Liq. kalii acetici 40'0; Syr. liquirit. ad 200'0. M. D. S. Naponként 5 evőkanállal. (Therapie der Gegenwart, 1911. 3. füzet.)

Sebészet.

A gerinczvelőn végzendő sebészi eljárások elveit fejtegeti Hildebrand. Oly esetekben, a melyekben csigolyasérülés folytán gerinczvelőtünetek jelentkeznek, a korai műtét álláspontjára helyezkedik, azaz már az első napokban végzi a műtétet. Négy nyakcsigolyasérülés-esetet operált, kettőben teljes harántsérülés jelei mutatkoztak, kettő pedig részleges sérülés volt. Három beteg, a ki a baleset utáni napon operáltatott, nemsokára tüdőoedema, tüdőembolia stb. következtében halt meg. Az egyik részleges sérülés-eset, a melyben a műtét a baleset utáni 16. napon végeztetett, javult, de négy hóval később halálosan végződött. Továbbá 5 hátcsigolyasérülést operált, még pedig 4 látszólag teljes harántsérülést és egy részlegest. Az esetek 2—3 $\frac{1}{2}$ héttel a baleset után kerültek műtétre. Három lényegtelen javulás után körülbelül egy év múlva halállal végződött. Egy beteg — látszólag teljes harántsérülés — a hólyag- és végbélnéval teljesen megszűnt, míg az alsó végtagok motilitása csak kevéssé javult. A műtét óta 2 $\frac{1}{2}$ év telt el s a beteg jelenleg is életben van, motorius zavarai nem fejlődtek vissza. Azon beteg, kin részleges volt a hátcsigolyasérülés, javult ugyan, de 3 $\frac{1}{2}$ hóval később hólyagbénulás következtében meghalt. Ágyéki gerinczszlopsérülés egy esetéről is beszámol a szerző. A műtét alkalmával a gyökök kiterjedt sérülése találtatott. A motilitás javult, de a hólyagbénulás megmaradt, a melynek következtében a beteg egy év múlva meghalt.

Másodsorban a szerző azon kérdést fejtegeti, hogy spondylitises bénulás esetén, illetőleg gerinczvelő-tünetek jelenlétekor kell-e egyáltalán és mikor sebésziileg beavatkozni? Tapasztalatai azt bizonyítják, hogy ha az orthopaediai gyógykezelés aránylag rövid idő alatt nem eredményez javulást, legcélszerűbb műtétre folyamodni. A szerző 10 esete közül négyben műtét után sem mutatkozott javulás, négyben javulás állott be, egyben megszűntek a gerinczvelő-tünetek, de a csigolyatest tuberculosisa nem szűnt meg, végül egy esetben

teljes gyógyulás állott be. Az utóbbi gyermekre vonatkozik, a ki most már évek óta teljesen egészséges. Bénulása egyáltalán nincsen, a hólyag bénulása is régóta eltűnt, tuberculosisa teljesen meggyógyult. A többi beteg hosszabb idő múlva bénulások és gümőkör következtében meghalt. A műtét miatt egy beteg sem pusztult el.

Hátgerinczdaganat eseteiben a diagnosishoz elsősorban azt kell eldöntenie, hogy van-e tumor, másodsorban, hogy extra- vagy intramuscularis-e. A szerző 17 esete közül 4 tumor a nyaki gerincoszlop területén volt, 10 a hátgerincoszlop, 3 pedig az ágyéki és sacralis gerincoszlop területén.

Két intramedullaris daganatot leszámítva, egy extramedullaris túlságos kiterjedtsége folytán inoperabilisnak bizonyult. A 14 inoperabilis eset közül 2 a műtét következtében halt meg, egy collapsusban, a másik pedig 3 héttel a műtét után meningitis következtében. Sebe ekkor már teljesen be volt gyógyulva. Egy beteg genyes középfülgyulladásban, egy pedig ulcus duodeniból eredő vérzésben pusztult el. Jelenleg még 10 beteg él többé-kevésbé gyógyult állapotban. Közülük 5 teljesen egészséges és munkabíró. Ezek közt van több endothelioma és egy sarcoma, a mely 2 $\frac{1}{2}$ év óta nem recidivált. Ezen betegeken a gerincoszlop szilárdsága és mozgékonyága nem szenvedett a laminectomia folytán, tekintet nélkül arra, hogy a gerincoszlop melyik részén történt a műtét és hány ív (egészen 4-ig) távolított el.

Meningitis serosának bizonyult egy gerinczagi daganatnak imponáló eset. A betegen (71 éves nő) mind a négy végtagon súlyos mozgás- és érzés-zavarok állottak fenn; az alsó nyakcsigolyákon végzett laminectomia gyógyulásra vezetett. A szerző körülírt, zsákszerű, tiszta folyadékfelhalmozódást talált az arachnoideában. Továbbá hét esetben végzett intraduralis gyökátmetszéseket és pedig a karban lévő zsábszerű fájdalmak, recidiváló carcinoma következtében jelentkező türethetetlen fájdalmak, a lábszárakban lévő neuralgia és multiplex sclerosis folytán támadt alsó végtag-contractura eseteiben, végül 2 gyermekben Little-féle betegség miatt. Egy beteg a műtét közben halt meg, alkalmasint azért, mert túlsok cerebrosinialis folyadék ürült.

A szerző a laminectomiát akként végzi, hogy a legtöbb esetben a tövisnyúlványokat feláldozza. Szorosan a tövisnyúlványok mellett hosszmetzés, fölül és alul harántmetzés. Miután a proc. spin.-ről és csigolyaivról az izmokat lefejtette, a tövisnyúlványokat az ívekről vésővel leválasztja és oldalt húzza. A gerinczvelőn végzett műtét után a lebenyt visszahelyezi. A csigolyák helyes megszámlálása céljából ajánlja a 7. nyakcsigolyának fémlemezkeivel megjelölését, azután Röntgen-felvételt és ilymódon megállapítja a jelnek biztos helyzetét a 7. csigolya tövisnyúlványához viszonyítva. (Archiv für klinische Chirurgie, 94. kötet, 2. füzet, 1911.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Elmekórtan.

A görög nők paralysiséről ír *Oeconomakis*. Míg a görög férfiak között épp oly gyakori a paralysis progressiva, mint Európa egyéb országaiban, addig a nők között sokkal ritkábban fordul elő, a férfiparalysishoz képest 1:19 arányban (más országban 1:4 vagy 1:3). Ennek oka a görög nők sajátos életében kereshető, a mennyiben sokkal nyugodtabb, visszavonultabb életet folytatnak, így a lueses fertőzés is ritkább és a paralysist elősegítő egyéb káros befolyásoktól (főképpen túleröltetéstől) is mentesek. Az önfentartásért küzdő nők száma nagyon csekély. Ugyanezen okokra vezethető vissza az is, hogy a tabes nagyon ritka a görög nők között. (Zeitschrift f. g. Neurol. u. Psych. IV. kötet, 48. 1.)

Goldberger Márk dr.

A sclerosis tuberosáról értekezik *Babonneix* és vizsgálatai eredményét a következőkben foglalja össze. A sclerosis tuberosa nem tekinthető gyuladós folyamathoz, mert arra valló jelenségek mindenkor hiányoznak, hanem veleszületett fejlődési rendellenességnek fogható fel, a mit egyrészt az agyvelő szövettani lelete, másrészt a szerveken

található makroszkopos fejlődési rendellenességek bizonyítanak. A sclerosis tuberosára jellegző elváltozások az intrauterinalis élet vége felé mutatkoznak különböző okok következtében. A kóros folyamat az idegelemekben kezdődik és nem a neuroglián. Az agyvelőben, a visceralis szervekben és a bőrön található elváltozások között összefüggés különbözőképpen magyarázható. Egyrészt feltehető, hogy a szív-, vese- és bőrdaganatok az agyvelőelváltozás következményei, de másrészt nem lehetetlen, hogy az agyvelőlaesiók a szervek, és pedig főképpen a mellékvese megbetegedése folytán jönnek létre, végre a harmadik és legvalószínűbb nézet szerint úgy az agyvelő, mint a szervek és bőr rendellenességeit általános fejlődési zavar okozza. (L'encephale, VI. évf., I. félév, 313. 1.)

Goldberger Márk dr.

Idegkórtan.

Az ideges szív- és érbajokról ír *Oppenheim*. A szerző orosz zsidó betegein, ezen súlyosan ideges terheltségű és nagy lelki megrázkódtatások között élő embereken gyakran észlelte, hogy az ú. n. ideges szívhajok (palpitatio cordis, ideges tachycardia) organikus elváltozásba mennek át. Arteriosclerosis, angina pectoris, endarteriitis obliterans kifejlődését követhette az ilyen alapon, a nélkül, hogy lues vagy alkoholismus közbejárt volna. A claudicatio intermittens aetiológiájában is nagy szerepet játszik a neuropathiás terheltség, sőt vannak esetek, melyeket csak ideges érgörccs felvételével magyarázhatunk; a valódi, endarteriitis obliteranson alapuló claudicatioiban is sokszor megvan a functionalis componens. Ezen tapasztalatok a neuropathiás diathesis s bizonyos organikus ér- és szívhajok közötti szorosabb összefüggésre mutatnak; ezen összefüggésre világot vet a szerző két esete, melyekben endarteriitis obliterans folytán gangraena keletkezett az alsó végtagon s az anatómiai vizsgálat az arteria femoralis nagyfokú hypoplasiáját fedezte fel. Az említett összefüggés pedig kifejezést nyer a szerző azon hypothesisében, hogy az ideg- és érrendszer világrahozott csekélyebb ellentállóképessége gyakran szövődik egymással s ezen duplán terhelt esetek azok, melyekben a functionalis ér- és szívhajok igen súlyosak és organikus elváltozásokhoz is vezethetnek. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 41. köt., 1911.) — L.

Az ischias Röntgen-kezelését ajánlják *Babinski*, *Charpentier* és *Delherm*. 4 súlyos esetben, melyekben a gyógyszeres és physicalis kezelés nem használt, gyógyulást értek el; kettőben az eltűnt Achilles-reflex is visszatért. A lumbosacralis tájékat és a különösen fájdalmas területeket kell besugározni. A tabes arthropathia Thomas és Barré szerint feltűnő jó hatással van a kéneső-kezelés. A párisi societé neurologique-ben tartott előadásuk (egy saját, több irodalmi eset) azonban (mint ezt mások megjegyezték) nem egészen meggyőző, mert közvetlen a kénesőkezelés után is kifejlődhetik az arthropathia. Mindazonáltal *Babinski* is e kezelést általában hatásosnak tartja. (Revue neurologique, 1911, április.) — L.

Gyermekorvostan.

Buhl-féle betegség egy esetéről számol be *G. Röthler* (Breslau). Az először *Buhl* által leírt betegségnek 3 jellemző tünete van: heveny zsíros elfajulása minden szervnek, erős icterus és végül csillapíthatatlan köldökvérzés. Az ezen betegséghez hasonló *Winkel*-féle betegségtől az különbözteti meg, hogy ez utóbbihoz még haemoglobinuria is járul.

A szóban forgó beteg 30 órai vajadás és $\frac{1}{2}$ órával a magzatburok megrepedése után született meg. A születés utáni 6. napig teljesen egészségesnek látszott. A 7. napon bőrszíne sárgás-zöldes lett, feltűnően apathiás. Két nappal később a köztakarón s a látható nyálkahártyákon haemorrhagiák mutatkoztak, a hőmérsék subnormalis (34.5° C.), a mely subnormalis hőmérsék a halálig fennállott. A 11. napon köldökvérzés jelentkezett, majd véres szék, később tiszta vér szivárgott a végbélen keresztül. Ezen vérzések csillapíthatatlanok voltak. Majd eclampsiás görcsök támadtak. A vizelet mindvégig vérmentes maradt. Végre a 13. napon beállott a

halál. A bonczolás alkalmával a köztakaró icterusán s különböző helyein levő bőralatti vérzéseken kívül a köldök körül mintegy tallérnyi területen erős bőralatti véres beszűrődés volt látható. A szív parenchymásan elfajult, a vér feltűnően barnás-vörös, folyékony. Különböző nyálkahártyákon apró vérzések. A lép kétszer akkora, mint rendesen. Még az élőlöv vett vérből tiszta staphylococcus volt kitenyészthető.

A *Buhl*-féle betegség aetiologiája ezideig teljesen homályos. Kétségtelen, hogy súlyos sepsises megbetegedés, ezt bizonyítja valamennyi klinikai tünet, valamint az, hogy a vérből staphylococcus volt kitenyészthető. Tekintettel arra, hogy a *Buhl*-féle betegségben szenvedő csecsemők legnagyobb része asphyxiában születik, a szerző véleménye az, hogy e betegség létrejöttében nagy szerepet játszik a korai inspiratio s az esetleg lenyelt fertőzött magzatvíz. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 12. szám.) *Sidlauer Ödön* dr.

Bőrkórtan.

A framboesia, a lepra és a granuloma tropicum gyógyítását kísérte meg salvarsannal *G. Rost* (Vineta, Nyugat-India). A szerző tapasztalása azt mutatja, hogy a salvarsannal szemben a színes fajtájú ember csak úgy viselkedik, mint a fehérbőrű. Kivétel nélkül olajos intramuscularis injecciókat alkalmazott. A framboesiás betegek (számra nézve 18) nagyobb része gyermek volt. A framboesiás bőrkiütés a legtöbb esetben már az első két napon feltűnően javult. Az 5.—6. napon túl a fekélyek már mind meggyógyultak s helyüket már csak könnyen levakarható száraz pörk jelezte. A jó sikerrel szemben kivételt csakis a framboesiás orrelváltozások mutattak. Míg a betegek testén a betegség hamar meggyógyult, addig ugyanazon egyének orrán a framboesiás bántalom még csak nem is reagált. Tudnivaló, hogy a mirigycsomók a framboesia kapcsán még nagyobbak szoktak lenni, mint a lues eseteiben; ezekre nézve a szerző azt tapasztalta, hogy ugyancsak rohamosan visszafejlődnek. Sajnos, hogy a kísérletekben hiányzik a spirochaeta pertenuisra vonatkozó vizsgálatok. A teljes gyógyulást a 18 eset közül 9-ben állapították meg (megfigyelés ideje 1½—2 hónap). Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a framboesia spontán is szokott gyógyulni. A gyógyulási idő Nyugat-Indiában átlag 3 év. *Rost* 9 leprás betegről is tesz említést, a ki szintén salvarsannal lett kezelve. A kezelés semmiféle feltűnő javulást vagy változást nem okozott. A leprabacillusok szemcsés degenerációja (Bjarulgédnison) semmit sem bizonyít, mert ez a jelenség salvarsannal nem kezelt esetekben is észlelhető. Nem járt sikerrel a salvarsanos kezelés granuloma tropicum eseteiben sem. A kísérlet indokolt volt, mert némelyek fölveszik, hogy ezt a burjánzó tömegekből álló daganatszerű betegséget egy spirochaeta-fajta okozza. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 21. sz.) *Guszman*.

Fizikai és diéta gyógyításmódok.

A felső légutak betegségeinek diéta kezelése. *Senator M.* (Berlin) reámutat arra, hogy az étrend szabályozása az orr-, torok- és gégebajok kezelésében fontos, sőt némely esetben a legfontosabb tényező. Ez könnyen megérthető mindazon esetekben, a melyekben az említett szervek bántalma tulajdonképpen valamely általános szervi bajnak részjelensége, mint a minő a felső légutak azon hurutja, a mely diabetes, köszvény, vese- vagy szívbaj, kevésvérűség vagy emésztési zavar következtében keletkezik. Fontos tehát, hogy ezen okozati összefüggésre ügyeljünk, mert hiába kezeljük pl. az emésztési zavartól eredő gége- vagy orrhurutot lokálisan, ha az eredeti bajt alkalmas diétával meg nem szüntetjük. Az emésztési zavar ugyanis, még a csekély méretű is, vértörlést okozva, számos esetben részes a felső légutak hurutjának keletkezésében. Figyelemre kell méltatni azonban azt is, hogy az étel a nyelés alkalmával a garat és torok nyálkahártyájával közvetlenül is érintkezik, hogy az tehát erropusztán helyi megbetegedés esetén is hatással van. Ismeretes,

hogy a légutak nyálkahártyájának hurutját a dohányzás, a szeszes ital (még a sör is) fentartja, sőt fokozza. Megárt ennek a kemény vagy terjedelmes falat és minden csipős, savanyú, erősen sós étel és ital, tehát az eczet, a mustár, a bors, a paprika, az uborka, a füstölt hús, a hagyma stb. Ezen szervek nyálkahártyájára az ételnek s itálnak hőmérséke is jelentős hatással van. A túlságos meleg vagy hideg ital ártalmas. Nagyon helytelen az a szélében elterjedt szokás, hogy meghűléstől eredő hurut ellen lehető forró italt ajánlanak. (Med. Klinik, 1911. 19. szám.) *Lenkei V. D.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Radiopan elnevezéssel radioactiv süteményt illetve kétszersültet hoz forgalomba egy berlini cég (Hofbäcker Grundei). A mint *Ruhemann* dr. írja, a kísérletek bebizonyították, hogy az ilyen sütemény radiumemanatio-tartalma hetekig megmarad s hogy jól használható mindazon esetekben, a melyekben a radium belső használata javalt. (Medizinische Klinik, 1911. 23. szám.)

A szúnyogcsipés megelőzéséről és kezeléséről ír *Hoffmann* (Koblenz). A mi a megelőzést illeti: a régóta használatos oleum camphoratum nagyon gyorsan múló hatású, azonkívül piszkít. Sokkal jobb a szegfűolaj kenőcs-alakban: Rp. Ol. caryophyllorum, 5:0—10:0; Lanolini 30:0; Ungu. glycerini ad 100:0. Még hatásosabb a *Lewy* ajánlotta tinctura pyrethri rosei, továbbá a „zacherlin“ nevű rovarirtó szer alkoholos kivonata, a melynek alig van szaga, hatása órákon át tart, bőrizgalmat legfeljebb nagyon érzékeny bőrű egyéneken okoz mulóan, hosszabb használat esetén; a bőrön csak alig észrevehető sárgás színeződést okoz. A mi a szúnyogcsipés kezelését illeti, nagyon jó hatású a menthol és a thymol 3—5%-os tinctura alakjában. De talán még jobb a naftalan. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 20. szám.)

A mesotan nevű, külsőleg alkalmazandó salicylkészítmény a bőrre gyakorolt izgató hatása miatt nem tudott annyira elterjedni, a mennyire egyébként kedvező tulajdonságai miatt megérdemelte volna. Olajjal elegyítve, csökken ugyan az izgató hatása, érzékeny bőrű egyéneken azonban mégis érvényesül. Újabban azonban — a mint *Weil* írja — a bőrre teljesen ártalmatlan crême alakjában kerül forgalomba. Ebből reggel és este annyi dörzsölendő be hol a kóros helyen, hol pedig a közvetlen környékén, a mennyit a bőr felvesz; az illető helyet azután vékony réteg vattával vagy flannellel betakarjuk. Még megjegyezzük, hogy a mesotan-crême nem drága: egy tubus ára 90 német fillér. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 11. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 23. szám. *Kolbinger János*: Súlyos tuberculosissnál a vérben fellépő autolysinekről. *Hoor Károly*: A szaruhártya bántalmairól.

Orvosok lapja, 1911. 23. szám. *Bókay Árpád*: A czélszerű és olcsó táplálkozás.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 23. szám. *Szabóky János*: A tüdőgümőkóros betegek hőmenetének prognosztikai értékéről. *Pólya Jenő*: Epifistula gyógyítása a ductus hepaticusnak a duodenumba való implantációjával. „Fülészet“ melléklet 2. szám. *Krepuska Géza*: Casuistikai közlemények. *Pogány Ödön*: Hangbehátások okozta hallóideg-megbetegedések, különös tekintettel a nagy zajjal járó ipari foglalkozásokra. *Freystadtl Béla*: A salvarsan használata után jelentkező hallóideg-bántalmakról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Valovics Gyula* dr. vármegyei tiszteletbeli főorvosnak, a nagyikikindai vármegyei közkórház főorvosának, a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Roskopf Béla* dr.-t, a nagybajomi járás orvosává, *Róth Kálmán* dr. temesvári orvost pályaorvossá nevezték ki.

Választás. *Szentirmay József* dr.-t Billéden körorvossá választották

A radiumemanatiós viznek és iszapnak kiszolgáltatása és elárúsítása tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: Ujabb időben egy külföldi czég radiumemanatiós vizet és iszapot hoz forgalomba. Minthogy azonban a radiumemanatiós viz és iszap gyógyszernek tekintendő, melynek hatása kétségtelennek látszik és a melylyel való visszaélés vagy könnyelmű bánás bajoknak lehet okozója és így szükséges, hogy azoknak kiszolgáltatása orvosi rendelőkhöz köthessék, annál is inkább, mert adagolásuk ma már meghatározott emanatiós egységek alapján történik, a melyek lemérését gyógyszerész vagy orvos tudná csak eszközölni: ennél fogva figyelemmel a fent elmondottakra, az országos közegészségi tanács javaslatára kijelentem, hogy ezen gyógyanyagoknak tartására és árusítására az 1876. évi XIV. t.-cz. 126. §-ában foglalt rendelkezések irányadók, minél fogva radiumemanatiós viz és iszap ásványvíz-csarnokokban, vízgyógyintézetekben és fürdőkben nem árusítható.

A Budapesten legutóbb megtartott tiszti orvosi vizsga alkalmával képesítést nyertek a következő orvosdoktorok: *Barok József* h. városi rendelő orvos Gyöngyös, *Bene Jenő* közkórházi segédorvos Budapest, *Benedek Jakab* körorvos Mozsor, *Bergsmann Ignác* hatósági orvos Budapest, *Blau Henrik* közkórházi alorvos Budapest, *Bojársky Béla* ideiglenes körorvos Lőcse, *Bornemissa József* mütönövendék Budapest, *Bródi Samuel* m. gyakorlóorvos Mátészalka, *Czakó Lajos* m. gyakorlóorvos Hódmező-Vásárhely, *Földesi Mór* körorvos Kisúczajhely, *Gescheit József* körorvos Pelsőcz, *Gretzmacher György* m. gyakorlóorvos Budapest, *Grigorijevits Emil* m. gyakorlóorvos Zombor, *Hámos Aladár* m. gyakorlóorvos Ipolyság, *Heinrich Béla* közkórházi alorvos Budapest, *Hüpsch Ignác* körorvos Lugos, *Kabdebó György* városi kerületi orvos Arad, *Kerekes Pál* tb. járásorvos, körorvos Lakócsa, *Kertész Géza* közkórházi segédorvos Budapest, *Kiss Béla* kórházi alorvos Hódmező-Vásárhely, *Kurtucz Valéria* állami gyermekmenhelyi másodorvos Gyula, *Laufer Lipót* m. gyakorlóorvos Léva, *Linberger Albert* városi tiszti orvos Nagyrőcze, *Lusztig Sándor* körorvos Berczel, *Marton Jenő* járási t. orvos Ökörmező, *Majer Gyula* fonógyári orvos Rózsahegy, *Neumann Ignác* m. gyakorlóorvos Apatin, *Pap István* m. gyakorlóorvos Budapest, *Sarló Alfréd* m. gyakorlóorvos Budapest, *Schaffner Aladár* m. gyakorlóorvos Budapest, *Schick Adolf* m. gyakorlóorvos Budapest, *Spernát Dezső* közkórházi alorvos Budapest, *Strasser Géza* közkórházi alorvos Szeged, *Szaller Miklós* közkórházi segédorvos Budapest, *Szilágyi Pál* körorvos Pocsaj, *Takács Sándor* klinikai externista Budapest, *Török Lajos* városi kerületi orvos Kaposvár, *Ungar Jenő* klinikai gyakornok Budapest, *Varga István* körorvos Martonvásár, *Verzár Gyula* közkórházi segédorvos Budapest, *Vincze Aladár* h. városi t. orvos Lugos, *Záboji Béla* községi orvos Páhi.

A VI. országos elmeorvosi értekezletet Budapesten 1911. évi október hó 29.-én és 30.-án fogják tartani. Ezen értekezlet napirendjére a szervező bizottság a következő három referáló előadást tűzte ki: 1. a) Melyek a korlátolt beszámíthatóságnak törvény által felsorolható esetei? Referensek: *Balogh Jenő*, vallás- és közoktatásügyi m. kir. államtitkár és *Németh Ödön*, egyetemi magántanár. b) Milyen eredményre jartak az Angliában és az Egyesült-Államokban degeneráltak részére nyitott telepek? Referens: *Finkey Ferencz*, sárospatiki jogakadémiai tanár. 2. Lehet és kell-e a magánjogban egy a korlátozott beszámíthatóságnak megfelelő fogalmat alkotni? Referensek: *Szászy Béla*, ministeri tanácsos, *Friedmann Ernő*, ügyvéd és *Konrad Jenő*, ministeri tanácsos. 3. A züllött gyermekek psychopathiája és socialhygieneje. Referensek: *Ranschburg Pál*, egyetemi magántanár és *Szana Sándor*, a budapesti állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa. Az országos elmeorvosi értekezlet tagja lehet minden magyarországi orvos, továbbá nem orvos is, ha olyan tudományágat művel, vagy olyan hivatású, mely az elmeorvossal vagy az elmebetegséggel kapcsolatban áll, vagy ha az elmeorvost és annak ágai iránt érdeklődik. A tagsági díj 7 K. A tagok vasúti kedvezményben részesülnek, ha tagságukat és kedvezményes vasúti jegyekre való igényüket előre bejelentik és a tagsági díjat beküldik. Az értekezleten való részvétel és a tartandó előadás lehetőleg július hó 15.-éig a szervező bizottság titkáranak (*Hudovernig Károly* dr., Budapest, IV., Váci-utca 83) jelentendő be.

Személyi hírek külföldről. Az A. *Hensen* tanár nyugalmazásával megüresült kieli élettani tanszékre A. *Bethe* dr. strassburgi magántanárt nevezték ki. — E. *Aberhalden* dr., az élettan tanára a berlini állatorvosi főiskolán, elfogadta a meghívást a hallei egyetem élettani tanszékére. — A boroszlói egyetem gyógyszer-tanszékére *J. Pohl* prágai tanárt nevezték ki.

Meghalt. E. B. *Whitcombe* dr., az elmeorvostan tanára a birminghami egyetemen, május 13.-án, 67 éves korában. A. *Fallot* dr., a közegészségtan és törvényszéki orvostan tanára a marseillei egyetemen. — *J. N. Donforth* dr., valaha a belorvostan tanára Chicagóban.

J. Y. Simpson. Junius 7.-én volt *Sir James Young Simpson*, a híres edinburghi nőorvos születésének századik évfordulója. Legnagyobb érdeme, hogy ő alkalmazta először a chloroformot az érzéstelenítésre s ő honosította meg az érzéstelenítést a szülészet terén. 1847 január 19.-én altatta el az első vajudó nőt. Eleinte aethert használt az altatásra, később a chloroformmal kísérletezett s erre tért át. Főműve erről „Anaesthesia or the employment of chloroform and ether in surgery, midwifery etc.”, London, 1849. *Simpson*-nak egyéb nagy érdemei is vannak a szülészet és nőorvostan terén s mondhatni, ő a megalapítója a gynaekologiai sebészetnek. Az első műtétet narcosis mellett emberen egy évvel *Simpson* előtt, 1846 október 17.-én *J. C. Warren* bostoni orvos végezte, de a narkotizálás felfedezője nem ő, hanem *Ch. T. Jackson*, a ki magamagán

kísérletezett, de sohasem jutott hozzá, hogy az aethert operatióknál alkalmazza. Az ő ajánlatára alkalmazta az aetherrel való érzéstelenítést foghúzáshoz *J. Morton* fogorvos és tulajdonképpen műtételhez *Jackson*.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletéből befizettek: *Grauer Adolf*, *Gyárfás Ferencz*, *Hoór Károly*, *Hering Miklós*, *Kovács Emil*, *Kovacszy Ferencz*, *Kaldrovics Andor*, *Lencső János*, *Lieli József*, *Neumann Gyula*, *Netter Ottó*, *Neu Nándor*, *Palugyai Sándor*, *Stein Ferencz*, *Steiner József*, *Szebecsényi Zsigmond*, *Taufner Jenő*, *Takács Adolf*, *Varga Mór*, *Weisz Mór*, *Wiedermann Elemér*, *Scholt Lipót*, *Andor Samu*, *Bézy Elemér*, *Veress Pál*, *Ambró Nándor*, *Balog J. Zs.*, *Belloncsik Márton*, *Csató Sándor*, *Csatkay Ignác*, *Engel Nándor*, *Frieder Zsigmond*, *Fischer Lipót*, *Haáz Simon*, *Heller Jakab*, *Hofbauer Lajos*, *Hertskó Adolf*, *Jankovich Pál*, *János József*, *Kuszting János*, *Klein Jakab*, *Kremer Lipót*, *Kelemen Mihály*, *Lendvai Mór*, *Lehotzky János*, *Murádi Árpád*, *Moskovity Miksa*, *Majer János*, *Minich Károly*, *Neuwirth Nándor*, *Nagy Károly*, *Platzer Sándor*, *Rejtő Sándor*, *Sági Lajos*, *Szauer György*, *Szilárd Lipót*, *Száva Aladár*, *Váradai László*, *Weisz A.*, *Adler Béla*, *Balogh Ernő*, *Dóczi Imre*, *Faller Gusztáv*, *Fischer Agoston Fáy Aladár*, *Gaal Artur*, *Hámorszky Oszkár*, *Hennig György*, *Kerekes Pál*, *Lamp József*, *Laufer Lipót*, *Révai Izidor*, *Szeliga János*, *Zigler Károly*, *Biró Henrik*, *Antal Mihály*, *Holczer Miklós*, *Löwy Ignác*, *Mészöly József*, *Reinkopf Izidor*, *Perényi István*, *Horony Vincze*, *Csillag Gyula*, *Chalupeck József*, *Dabasi Ödön*, *Görgényi Károly*, *Grasser József*, *Gámán Béla*, *Gerő Károly*, *Horváth Antal*, *Klein Mór*, *Kiss Gyula*, *Katona Zoltán*, *Lengyel Soma*, *Neuwirth Mór*, *Mezei Gyula*, *Mauks Károly*, *Mester Attila*, *Nádor Henrik*, *Pásztor Dezső*, *Pauncz Lipót*, *Reisz Lipót*, *Schön Hugó*, *Fény Ödön*, *Varga István*, *Wilhelm Ignác*, *Wagner Dániel*, *Winkler Jenő*, *Weinberger Mór*, *Viola Ignác*, *Vajda Zsigmond*, *Tóth Lajos*, *Baum Ignác*, *Kerekes Ödön*, *Gmelin Ottó*, *Dembitz Mátyás*, *Dobosi Márton*, *Rozs István*, *Breuer Sándor*, *Ékei Antal*, *Lévy József*, *Mosászky Titusz*, *Póka Dezső*, *Rosenberg Samu*, *Zsigmondy Zoltán*, *Herzog Jakab*, *Kaczander József*, *Kasztriner Mór*, *Kovács Henrik*, *Kovács Péter*, *Petraskó Illés*, *Révész Zsigmond*, *Pertik Ottó*, *Schwartzter Ottó*, 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

Mai számunkhoz a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* és *Farbenfabr. vorm. Fr. Bayer & Co. Leverkusen* czégek „*Ferrosajodin-tabletták*” című prospectusa van mellékelve.

Fogászati kurzus elméletileg és gyakorlatilag orvosok részére június és július hónapban tart. Jelentkezőknek felvilágosítással szolgál **Kreuter József**, a k. m. t.-egyet. stomat. klinika v. technikusa, Budapest, IV., Pápnővelde-utca 8. sz.

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

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

Iglófüred

Elsőrangú vízgyógyintézet, gyógyfürdő Szepesmegyében tenyvesek közepén. Fekvő-csarnok, inhalatórium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla**.

Orvosi laboratórium: **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utca 39.

Epileptikus betegek intézete

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

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

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



Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sörvkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiairuk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

BAD HALL □ OBERÖSTERREICH

Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése. 436. l. — A német sebésztársaság XL. nagygyűlése. 437. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1911 április 8.-án tartott IX. szakülés) 438. l.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr.

A Magyar Sebésztársaság június hó 1.-én kezdte meg 3 napra terjedő 4. nagygyűlését a Nemzeti Múzeum dísztermében, *Ludvik Endre* dr. m. kir. udvari tanácsos, a dunajbólyi kórházak igazgatójának elnöke alatt.

Az elnök üdvözlő a megjelent tagokat; sajnálattal tudatja az elmúlt év folyamán elhunyt tagok névsorát s egyúttal jelenti, hogy az újonnan belépett tagokkal együtt a társaság tagjainak száma már meghaladja a 350-et.

Az elnöki megnyitó után *Makara Lajos* (Kolozsvár) ismertette a Magyar Sebészeti Múzeum célját és szabályait.

A múzeum megteremtésének eszméjét még a mult gyűlésen *Makara Lajos*, az akkori elnök adta; az igazgatóság az eszmét elfogadta és az előmunkálatokkal az elnökséget bízta meg; a szorgalmas gyűjtés, mely *Manninger Vilmos* titkárnak köszönhető, nagyszámú, rendkívül becses anyag beállítását eredményezte a múzeum céljaira. Ezen tárgyak részben a magyar sebészekre vonatkozó személyadatok (arczképek, kéziratok, dolgozatok, levelek stb.), specialis magyar műszerek a multból, régi magyar orvosok használta műszerek; régi és mostani magyar kórházak fényképei és tervei; kórházi felszerelések, továbbá a népies sebészet és kurzslás eszközei. A gyűjtemény számára a 2000-et is meghaladó rendkívül becses anyag gyűlt össze.

Makara Lajos megnyitottnak jelenti ki a Magyar Sebészeti Múzeumot, mely szerinte a magyar sebészet történetét van hivatva szolgálni. Szerinte a múzeum alapítása a Magyar Sebésztársaság történetében oly momentum, melyre mindenkor örömmel és dicsőséggel tekinthetünk. Célja, hogy a magyar sebészet multjának személyi és dologi vonatkozású tárgyait az elkallódástól megóvja és hogy összegyűjtött anyagával okulásul szolgáljon egyetemi ifjúságunknak, fiatal orvosainknak s önmagunknak.

Makara Lajos egyúttal a következőket indítványozza: Jelentse ki a közgyűlés, hogy

1. a gyűjtés eddigi eredményéből a Magyar Sebészeti Múzeumot megalakítja;
2. hogy a múzeum a Magyar Sebésztársaság tulajdona, a társaság azzal szabadon rendelkezhetik;
3. hogy a Magyar Sebésztársaság a múzeum tárgyait letétként a Nemzeti Múzeum igazgatóságának őrizetbe és elhelyezésre átadja;
4. hogy a múzeum felügyeletével és fejlesztésével megbizsa a mindenkori igazgatótanácsot és végül
5. hogy a Magyar Sebésztársaság feloszlása esetén a feloszlást elhatározó közgyűlés intézkedik a múzeum további sorsáról, de az összegyűjtött anyag mindenesetre együtt marad és valamely kulturális intézmény gondozására bízatik.

Makara indítványát egyhangúlag elfogadták.

Ugyancsak *Makara* indítványára a nagygyűlés jegyzőkönyvi köszönetet szavazott *Manninger Vilmos* titkárnak önzetlen fáradságáért; a Nemzeti Múzeum nagyérdemű igazgatójának, *Szalay Imré*-nek, a ki a múzeum tárgyainak megőrzését a legnagyobb készséggel elvállalta, és *Seemayer Vilibald* úrnak, a Néprajzi Múzeum igazgatójának, ki a kiállítás elhelyezését személyesen vezette és kinek fáradozásából a sebészeti múzeum tárgyai a Néprajzi Múzeumban méltó keretbe jutottak.

Első tudományos ülés.

Az első tudományos ülés főkérdése a *diabetes sebészeti vonatkozásai* volt. A főkérdést *Benedict Henrik* (Budapest) és *Szigethy Gyula Sándor* (Kaposvár) referálta.

Elsőben *Benedict* tárgyalta a cukorbetegség sebészeti vonatkozásait. Szólt a *cukorbetegség kóroktanáról* és behatóan méltatta azon komplikált folyamatokat, a melyekkel a legújabb kutatások ezen megbetegedés lényegét illetőleg megismertettek. Sorban részletezte a különböző diabetogen szervek sebészeti megbetegedéseit, ú. m.: a máj, a pancreas, a chromaffin rendszer, az autonóm és sympathicus-idegrendszer, továbbá a pajzsmirigy és hypophysis, a központi és környi idegelemek és végül az ivarmirigyek egymással való correlációját. *Részletezte ezen különböző diabetogen szerveken végezhető sebészeti beavatkozásokat és azok javalatait.* Külön beható méltatást nyert a *traumás diabetes kérdése* is; *Benedict* szerint nem indokolt, ha a traumás gyógyuló glycosuriát a nem gyógyuló diabetestől elvben különválasztjuk.

Ezután *Benedict* a *cukorbeteg kisértő sebészeti szövödmények és a műtétek különleges veszélyeit* fejtegette. A cukorbeteg szöveti egyrészt fertőzésre, másrészt üszkösödésre nagyon hajlamosak.

A cukorbetegyek könnyű fertőzőképességét *Benedict* szerint a hyperglykaemiát kell felelőssé tennünk; a bacteriumok a magasabb cukortartalmú vérben és szövetnedvekben kedvezőbb életfeltételeket találnak.

A cukorbetegyek üszkösödésében pedig óriási szerepet játszanak a vérkeringés zavarai a végtagokban, esetleg a végtagok arteriosclerosis.

A mi a *cukorbetegyek viselkedését műtétekkel szemben* illeti, a műtéti javalatok szempontjából *Benedict* szerint *célyszerű a cukorbetegyek osztályozása* könnyű, középsúlyos és súlyos esetekre. Könnyűk azon esetek, melyekben a cukormentesítés néhány nap alatt végezhető; középsúlyosak azok, melyekben a cukormentesítés csak néhány hét alatt és csak igen szigorú diéta árán érhető el; végül súlyosak az acidosis és erősebb positiv *Gerhardt*-féle reakcióval járó esetek. A súlyos eseteket kivéve, a műtéti eredmények úgy a könnyű, mint a középsúlyos esetekben nem mondhatók kedvezőtlenebbnek, mint a nem cukorbetegyekben.

A legrettegettebb szövödmény, a *coma diabeticum*, épp úgy csatlakozhatik sebészeti megbetegedésekhez, mint szövödménye lehet a nem sebészeti megbetegedéseknek. Vele a sebésznek még a látszólag legkönnyebb diabetes-esetekben is számolnia kell.

Benedict ezután a *coma pathogenesiséről* szólt. Igazi comát szerinte csak akkor találunk, ha az aceton-testek nagyobb mennyiségben képződnek. Az acet-ecetsav, de főleg az oxyvajsav azok, melyek savtermészetüknél fogva mérgeznek. A coma nem is egyéb, mint savmérgezés, mely többnyire régi, az évek során mindinkább súlyosbodó kórfarmák végső felvonása. Jóval tragikusabb az előre nem látható, meglepetés-szerűen ható, postoperatív coma, mely ellen az sem biztosít, ha a beteg a műtét előtt cukormentes volt. A postoperatív coma fejlődésére befolyással lehetnek a narcoticumok, első-sorban a chloroform, miért is lehetőleg rövidtartamú aether-narcosis ajánlatos; az elhasznált narcoticum kevés legyen és többször egymásután ne narkotizáljunk. Befolyással lehetnek azonkívül a coma kifejlődésére a műtéti beavatkozással járó izgalom, valamint a műtéti shock is.

Benedict ezután az *általános orvosi teendőket* méltatta, melyeket a *sebészeti szövödménybe esett vagy valamely oknál fogva műtét előtt álló cukorbetegnél követni kell* s a melyekről szerinte kívánatos, hogy ne csak egyes specialisták, hanem az egész orvosi világ szakszerűen gyakorolja. A klasszikus út a diéta eljárások útja. Ha azonban a cukorbeteg diéta segítségével cukormentesíteni akarjuk, igen fontos a *tolerantia nagyságának megállapítása*; nem elegendő ennek megállapítására a vizelet cukortartalmának $\frac{0}{100}$ -os meghatározása, hanem

feltétlenül szükséges a 24 óra alatt kiválasztott cukormennyiség ismerete.

A hol diatával nem érhetünk célzt, ott *kísérletet tehetünk a gyógyszerekkel is*, melyek közül az opium, aspirin, antipyrin és a Kelet-Indiából importált syzygium jambulanum 10⁰/₀-os maceratiós főzete a leghatásosabb.

A *karlsbadi kúra Benedict* szerint sem az operatio előtt, sem utána nem lehet a kezelés integráló alkotórésze a rendszeres diatás kezelés mellett.

Az acidosis leküzdésére más szerek is állanak rendelkezésre. A műtét előtt vagy a műtét után Karlsbadban töltött kúrának is az ott követett diaeta a legfontosabb tényezője.

Végül *Benedict a coma diabeticum kezeléséről* is szólt; prophylaxisa az acidosis leküzdésével esik egybe; próbálhatjuk híg cukoroldatok intravenosus alkalmazását (*Kausch*) vagy lassú cukorinfúziókat *Katzenstein*-féle készülékkel (*Bálint*). A coma diabeticum klasszikus ellenszere a natr. bicarbonicum nagy adagokban; vagy 5⁰/₀-os natr. bicarbonicum-oldatot adunk *Katzenstein*-féle készülékkel, vagy még jobb, ha 3⁰/₀-os natr. bicarbonicum-oldatot adunk a vena cubitalisba. E mellett stimuláljuk a beteg szívét és igyekszünk a test hőmérsékét külső melegítéssel fentartani.

(Folytatása következik.)

A német sebésztársaság XL. gyűlése.

Ismerteti: *Tóthfalussy Imre dr.*, műtőorvos.

(Vége.)

Negyedik nap, 1911 április 22.

Fedoroff (Szt.-Pétervár) 530 esetben alkalmazta az *intra-venás hedonal-narcosist* kitünő eredménnyel. Az eljárás technikájára vonatkozólag kiemeli, hogy 4—600 cm³ ³/₄⁰/₀-os hedonal-oldatot *lassan* fecskendez be a gyűjtőérbe.

Kümmel (Hamburg) 90 esetében az *intra-venás aether-narcosis* complicatiók nélkül bevált. Az 5⁰/₀-os aether-oldatból 2—300 cm³-t használ el.

Az előadásokat követő *discussióban* sokan vettek részt.

Brunn (Tübingen) jó eredményeket látott a *pantopon-scopolamin-narcosistól*, melyet 500 esetben alkalmazott; az esetek ³/₅-részében azonban mégis kénytelen volt kevés aethert is használni. A pantopon dosisa 0.04 gr., a scopolaminé 0.0006 gr.

Brüstlein (Biel) hasonlóképpen jó eredménnyel használta a *pantopon-scopolamin-narcosist* 2.0 esetben; főleg strumectomiáknál ajánlja e módszert.

Martens (Zabrze) új altatási eljárást dolgozott ki, melynek lényege a következő: a beteg előkészítő tisztítóklisma után végelébe aether-alkoholos *isopral*-oldatot kap (0.1 gr. isopral 1 kgr. testsúlyra számítva), mely után 1 óráig besötétített helyiségben fekszik; a bódulat hamarosan beáll, úgy hogy már csak igen kevés chloroformra van szükség; a módszer előnye, hogy excitatio nincs, a betegek nem hányanak a műtét után csaknem egész nap nyugodtan alszanak és hogy igen kevés chloroform fogy.

Neu (Heidelberg) altatókészüléket szerkesztett, melylyel a nitro-gen-monoxyd-oxygen keveréket 80 : 20 arányban adagolja és kifogástalan eredményeket látott.

Arnó (Bern) a rectalis aether-altatást ajánlja 5⁰/₀-os oldattal. Megelőzőleg pantopon-scopolamin adagolása megkönnyíti a narcosist.

Rehn (Frankfurt a M.) az aethernek olajos oldatát használta, de kielégítő eredmény nélkül.

Láwen (Leipzig) az általa ajánlott *extraduralis* anaesthesiát ismerteti 120 eset kapcsán. 1.5—2⁰/₀-os novocain-oldatot használ és a fősúlyt a lassú befecskendezésre helyezi. A módszer ellenjavallatai az öregkor, az arteriosclerosis és az idegesség.

Ritter (Posen) állaton 5⁰/₀-os cocain-oldatnak intravenás adagolása által teljes érzéstelenséget ért el, bár az állatok ébren maradtak.

Hagemann (Greifswald) intravenás aether-narcosistál *albuminuriát* és *haemoglobinuriát* észlelt.

Clairmont (Bécs) állatkísérleteiben az intravenás aether-narcosis nem vált be. Az *Eiselsberg*-klinikán használatos *scopomorphin-aether-narcosist* ajánlja.

Wendel (Magdeburg) szerint az intravenás aether-narcosisnak csak a túlnyomósos altatásnál van jogosultsága.

Peitmann (Hörde) 97 esetben alkalmazta kifogástalan eredménnyel az intravenás aether-narcosist; úgyszintén *König* (Greifswald) különösen arcműtétéknél nagyon ajánlja e módszert.

Kausch (Berlin) *veronal-scopomorphinnal*, *Bier* (Berlin) *morphium-atropinnal* kombinálja az aether-narcosist.

Müller (Rostock) a gyakorló orvos érdekében a régi közönséges cseppentő-narcosis mellett nyilatkozik.

Braun (Zwickau) a n. trigeminus helybeli érzéstelenítésének technikáját és az eljárás javallatait részletesen ismerteti.

A *discussióban Hertel* (Berlin) a *Bier*-klinikán a *Braun*-féle eljárással operált esetekről referál.

Riedel (Jena) egy esetről számol be, melyben az arteria tibialis anterior arteriosclerosisos alapon hirtelen elzáródott, úgy hogy kezdődő gangraena miatt a végtag térdben való amputatiója vált szükségessé. Az esetnek az kölcsönöz érdekességét, hogy az art. tibialis postica ép volt és hogy a folyamat *csak az érző* idegeket támadta meg (túrheteren fájdalom alakjában), ellenben a láb functiója nem szenvedett.

Coenen (Breslau) az úgynevezett *Wieting-féle műtétet* bírálja kísérletei alapján; a műtét lényege a véráram megfordítása azzal, hogy a verőeret a gyűjtőérbe varrjuk. Az előadó kutyakísérleteket végzett ezirányban, de teljesen negatív eredménnyel; a hajszálerekben fordított áramlás nem lehetséges, a végtagokon a gyűjtőerek billentyűi akadályozzák meg a fordított áramlást.

Bier (Berlin) a *Wieting-féle műtét*tel múltó hatást ért el.

Smoler (Olmütz) eszközt szerkesztett, mely a nagy értörzseknek (carotis, iliaca) megelőző fokozatos leszoritása (Drosselung) által azoknak későbbi lekötését káros hatás nélkül lehetővé teszi. Az eljárás emberen 7 esetben bevált.

Bramann (Halle), *Küttner* (Breslau), *Heller* (Königsberg) casuistikai adatokkal egészítik ki az előadásokat.

Heinecke (Leipzig) erős izommunka, ütések után *vena-thrombosisokat* látott a felkaron; a baj többnyire spontán gyógyul; ellenkező esetben érvarrat válik szükségessé.

E Hesse és *Schack* (Szt.-Pétervár) az alsó végtag gyűjtőértágulatait azzal szüntetik meg, hogy a vena saphenát beömlése helyétől mélyebben (distalisabban) varrják be a vena femoralisba, miáltal a vena saphena fölé is kerülnek billentyűk s így a véroszlop súlya nem nehezedik az egész saphena-rendszerre (*Delbet-féle műtét*). Az eljárás 23 esetben bevált. A műtét csak különben egészséges egyéneken és *positiv Trendelenburg-féle* tünet jelenlétekor jogosult.

Hackenbruch (Wiesbaden) a mélyben fekvő alsóvégtag-varixok diagnosztikájára új módszert ismertet.

Katzenstein (Berlin) a varixok megszüntetésére a vena saphenát a m. sartoriusba ágyazta, miáltal a vena természetes támasztékot nyer és ezen izom összehúzódásai a vénabeli vérkeringést előnyösen befolyásolják.

Coenen (Breslau) a vena saphena-beli pangást azzal igyekezett megszüntetni, hogy ez utóbbi gyűjtőeret a térd-árokban a vena tibialis posticába varrta; a műtét végeredményéről még nem szólhat.

Müller (Rostock) szerint legjobb az egész varicosus érpamat kimetszése.

Frangenheim (Königsberg) jó sikerrel végezte a *Delbet-féle műtétet*.

Stieda (Halle) a *Rindfleisch-féle műtétet* (spiralis metszés a végtagon) ajánlja.

Dollinger (Budapest) az *idült csípőzületi ficzamosodások kezelésénél* nyert tapasztalatairól számol be részletes előadásban. Figyelmét főleg az eddig még nem eléggé tanulmányozott kórboncolástani viszonyokra fordította, melyek az izvápa, czombfejec, tokszalag és izomzat elváltozásaira vonatkoznak és a ficzamosodások vértelen helyretevését akadályozzák. 22 esete közül 5 esetben vértelen úton sikerült a repositio, a többi arthrotomiával kezelt 17 esetben a helyretevés 12 esetben volt lehetséges, míg 4 esetben a czombfejecet reszekálni és 1 esetben osteotomizálni volt kénytelen. Az előadó továbbá részletesen kifejti a különböző fajtájú csípőzületi ficzamosodások műtétekor tekintetbe veendő kór- és tájboncolástani viszonyokat és a műtét eljárást, majd a betegek utóvizsgálatánál nyert tapasztalatairól számol be. Különös figyelmet érdemel 2 vértelen úton reponált ficzamosodás esete, mert határozottan demonstrálják, hogy az ízület elcsontosodása vértelen

repositio után is lehetséges. Végső következtetéseiben az előadó a véres műtét egyedüli jogosultságát hangoztatja.

Klapp (Berlin) *asthma* 2 esetében jó sikerrel végezte a mellkas mobilisatióját bordaresectio által.

Zimmermann (Dicsőszentmárton) *góc-epilepsia* eseteiben az illető agykéregrészt kimetszésével, diffus genuin epilepsia eseteiben pedig agykéreg-massage-zsal ért el jó eredményeket.

Unger (Berlin) kutyákon jó eredménynyel végzett *oesophagus-resectiót*.

Heyrovsky (Bécs) esetről referál, melyben az oesophagust egy mélyen ülő diverticulum miatt reszekálta s a beteg meggyógyult.

Bakes (Brünn) laparotomiáknál a *Sprengel-féle haránt-metszéseket* ajánlja, mert erős hegeket adnak.

Röpke (Jena) a *gerinczagytmorok* diagnosisánál nagy súlyt vet a liquor cerebrospinalis viselkedésére: a folyadék a tumor alatt sárgás színeződésű és erősen fehérjetartalmú, míg a tumor fölött nem az; e jelenség oka a megzavart keringési viszonyokban keresendő.

Kausch (Berlin) új műteti módokat ismert az *epeutak*, illetőleg a pancreas és a béltractus közötti anastomosisok létesítésére.

Arnsperger (Heidelberg) a *gyuladós icterus okát* a pancreas fejének megduzzadásában látja, a mi viszont az epehólyagtól és duodenumtól vezető nyirokerek okozta gyuladásban leli magyarázatát. Ezen nyirokkeringés demonstrálására *Franke* (Heidelberg) készítményeket mutat be.

Reichel (Chemnitz) tapasztalatai alapján az *elsődleges vastagbélresectiót* ajánlja, melynek főfeltételei a beteg elég jó erőbeli állapota, az összevarrandó belek életképesége és a leggondosabb műteti technika; tamponálni nem szabad.

Hasonló értelemben nyilatkozik *Haberer* (Bécs) is.

Pels Leusden (Berlin) a *vesetuberculosis* keletkezésében a vér útján való terjedésnek tulajdonít legnagyobb fontosságot.

Barth (Danzig) *prostata-atrophia* eseteiben jó eredményeket látott a transvesicalis prostatectomiától.

Kaisin (Floreffe-Namur) és *Linhart* (Prag) *végtagtörések* kezelésére új készülékeket mutatnak be.

Saar (Graz) a *törések* műteti kezeléséről értekezik.

Caro (Hannover) *törések* kezelésére ragtapasztkötést szerkesztett.

Ludloff (Breslau) *calcaneus-törés* esetében csak az általa megjelölt helyzetben való Röntgen-felvételt tartja megbízhatónak.

Steinmann (Bern) *kétoldali calcaneus-törés* röntgenogramjait demonstrálja.

Thöle (Hannover) *állkapocstörés* kezelésére készüléket mutat be, mely a csontvarratot fölöslegessé teszi.

Semeleder (Bécs) az *alsó végtag deformitásának* kezelésére a testsúlyt használja föl külön e célra szerkesztett készülékek segítségével.

Heusner (Barmen) a *pes valgus* kezelésére szerkesztett készülékét demonstrálja.

Gulecke (Strassburg) gastrikus crisis eseteiben a *Förster-féle műtét* nem ért el jó eredményeket.

A *discussióban Clairmont* (Bécs), *Gümbel* (Charlottenburg), *Förster* (Breslau), *Martens* (Berlin) casuistikai adatokat közölnek.

Bauer (Breslau) kis gyermekek *végbéllelőésének* gyökere orvoslására rugós készüléket szerkesztett.

Hoffmann (Offenburg) egy esetben asszonyon a *végbéllelőés* úgy szüntette meg, hogy a vaginába és végbélbe pessariumot vezetett be és ezeket sodronnyal összekötötte.

Dreesmann (Cöln) az *aranyeres csomók* műteti kezelésére új módszert ismert.

Ringleb (Berlin) új *cystophotographiai készüléket* szerkesztett.

A jövő évi congressus elnökévé szótöbbséggel *Garré* tanárt (Bonn) választották meg.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya.

(1911 április hó 8. án tartott IX. szakülés.)

Elnök: *Davida Leó*.

Jegyző: *Konrádi Dániel*.

I. *Blazsek Emilia*: *Ovarialis cysta* két érdekesebb esetét mutatja be.

a) Az 55 éves nő 2 $\frac{1}{2}$ év óta klimakteriumban van. 1 $\frac{1}{2}$ év óta nő a hasa, ugyanezen idő óta méhe is előesik. Vizsgálatkor a szabad hasvízkór physikai tüneteit kapták, ellenben daganatot mélyebb tapintással sem sikerült kimutatni. Mivel légzési nehézségei is voltak, műtétre határozták el magukat a klinikán. Műtét 1911 márczius 21.-én lumbalanalgesiában (*Szabó* tanár). Hasmetszés a peritoneumig. A peritoneum kékesen áttűnő, mintha folyadék volna mögötte, punctióra azonban folyadék nem ürül. A peritoneum megnyitása után bőven ürül barnás, kocsonyaszzerű tömeg, melyet részben nyomással, részben kézzel eltávolítanak mintegy 9 kgr.-nyi mennyiségben. Baloldalt az adnexumokkal összefüggésben találták a megpukkadtt és zsugorodott cysta falát. A mindkét oldali adnexumokat eltávolítják. Réteges hasfalvarrat, prima gyógyulás.

b) 43 éves nő, hatszor szült, utolsó szülése 6 hét előtt rendes lefolyással, azóta székelése renyhe és nagyon fájdalmas; lázas, erősen elgyengült. Vizsgálatkor a portio erősen felhúzott, a méhszáj ujjhegynyi harántrés, elől a symphysishez szorított, a Douglas mérsékelten kitöltött, vastag, kemény térszatapintatú. A néhány napi észlelés alatt állandóan lázas. Újabb vizsgálatkor a hátulsó hüvelyboltozatot ledomborító képlet felett hullámlás, próbapunctio alkalmával genynyel kevert barnás-vörös vér. Keresztmetszés. A hüvelyfalon át üregbe jutnak, melyből geny és vér mellett fibrin és szőrgomolyag ürül ki; ez a körülmény azt bizonyítja, hogy *dermoid cystával* van dolguk. A cystát, mely a terhesség és szülés lefolyását nem befolyásolta, a gyermekágyban, midőn a has ürterének megváltozása következtében a hosszú kocsányú cysták gyakran kocsánycsavarodást szenvednek, a jelen esetben is hasonló sors érte.

Hozzászól: *Szabó Dénes*.

II. *Szabó József* előadása: *Acut (apoplexiás) bulbaris paralysis esete*. (Megjelenik az „*Értesítő*“-ben.)

III. *Vidakovich Kamill* előadása: *A benőtt köröm műtévének egyszerű módja*. A régi módszerek ismertetése után kiemeli a saját eljárása előnyeit. Ollóval lecsapja a körömszélét egész hosszában, ezt lecsavarja, a matrixot eltávolítja, a sarjakat kikanalazza, a körömbarázdát mennél teljesebben meghagyja, a sebet carbolos alkohollal kitörli, a köröm-barázdával teljesen fedi, ügyelve, hogy annak széle a köröm széléig érjen. A műtétet ambuláner végzi. A műtét egyszerű, nincsenek utó fájdalomak, azonnal járhat a beteg.

IV. *Gergely Endre* 50 éves nő *bal czombjáról kiirtott daganatot* mutat be. A daganat súlya 10 kiló, szélességi átmérője 32—33 cm., vastagsága mintegy 20 cm. A daganat főtömegében *kereksejtes sarcomából* áll, melynek legnagyobb része már teljesen elhalt, jó része pedig necrosisban van. A daganat egyik polusán myxomás, chondromás és fibromás részek vannak, tehát csupa jóindulatú daganatszövet, a miből a bemutatott azt következteti, hogy e nagy tumor kezdetben jóindulatú volt s utóbb fajult el sarcomásan. A daganat kiindulását megállapítani nem lehet.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi m. kir. bábaképző intézetben betöltendő az újonnan szervezett *első tanársegédi állás*, melynek javadalma évi 2000 korona fizetés és teljes ellátás. Az intézet nagy betegforgalmával kiválóan alkalmas ez állás arra, hogy betöltője magát a szülészetből és nőgyógyászatból kiképezze. Eddigi tanulmányait igazoló irásait a pályázók *junius 20.-áig* küldjék be az intézet igazgatóságának. Előnyben részesülnek azok, a kik németül, vagy valamely délszláv nyelven beszélnek.

Doktor Sándor dr., igazgató.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Lénárt Zoltán: A chronikus mandulagyulladás és gyógykezelése. 441. lap.
Moravcsik Ernő Emil: A társadalom védelme a büntettek ellen. 445. lap.
Szana Sándor: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei. 447. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A Hecht: Die Faeces des Säuglings und des Kindes. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan. Pal: Typhus abdominalis. Glaesgen: Salicylkészítmények. — Sebészet. Heyrovsky: Az oesophagus ritka megbetegedésének esete. — Elmekórtan. Trapet: A fiatalokú paralytikusok agyvelejének fejlődészavari és jelentőségük a betegség keletkezésében. — Laures: A zavartság és gyengeelméjűség tünetei. — Gyermekorvostan. Grosser és Dessauer: A tapintható könyökmirigyek jelen-

tősége a gyermekkorban. — Sörensen: A diphtheria retour-esetei. — Venereás betegségek. P. Richter: A condom története. — Húgyszervi betegségek. Necker és Gagger: Az ureterbe ékelt kövek kórtana és gyógyítása. — Orr-, torok- és gégebajok. Freudenthal: A felső légutak rossztermészetű daganatainak radiummal való kezelése. — Fizikai és diéta gyógyításmódok. Tschlenoff: A német és a francia hydrotherapia összehasonlítása. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Althoff: Lábszár-fekély. — Boos, Newburgh és Marks: Digipuratum. — Moschetti: A heveny gonorrhoea kezelése. 450—453. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — Orvosképzés 453. lap.

Vegyes hírek. 454. lap.

Tudományos társulatok. 455—458. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A chronikus mandulagyulladás és gyógykezelése.

Irtá: Lénárt Zoltán dr., egyetemi magántanár, közkórházi rendelő orvos.

A mandulák élettani szerepével még ma sem vagyunk tisztában. Még mindig vitás kérdés, vajjon a mandulák védelmi szervek-e, a melyeknek az a rendeltetésük, hogy a torokba jutott fertőző csírákat ártalmatlanná tegyék, vagy pedig ellenkezőleg a szervezetre veszélyes képletek, a melyek a bacteriumok bemeneti kapui lehetnek.

A Stöhr által felfedezett állandó lymphocytá-kivándorlás, a mely a mandula állományából annak felületére végbemegy, arra a feltevésre vezetett, hogy a kivándorló fehér vörsejtek phagocyták módjára ártalmatlanná teszik a mandulára kerülő bacteriumokat. Később kétségbe vonták, hogy a lymphocyták active vándorolnak ki a mandula állományából és az a nézet jutott érvényre, hogy a fehér vörsejteket a nyiroknedv-áramlás passive sodorja a mandula felületére s a bacteriumok bejutását a mandulába ez a nedv-áramlás mechanikusan akadályozza meg.

Ezzel a védelmi funcióval szemben áll a másik, ellenkező felfogás, a mely szerint a mandula nagy mértékben fogékony az infectiók iránt, mert a kivándorló fehér vörsejtek megszakítják a mandula epithel-burkolatát és az így keletkezett rések előmozdítják a bacteriumok bejutását a mandula szövetébe.

Akármelyik álláspontra helyezkedünk is a mandulák élettani szerepét illetőleg, az a tény nem vonható kétségbe, hogy a mandulák nagy mértékben fogékonyak nemcsak helybeli infectiók iránt, hanem kiinduló helyei lehetnek különböző súlyos általános fertőzéseknek is.

Erre a legtisztább példát a diphtheritis szolgáltatja, a melyben a mandulák megbetegedését a szervezet súlyos secundær megbetegedése követi.

* Előadta az Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának VI. rendes ülésén.

A diphtheritisen kívül még hosszú sorozata van a secundær fertőzéseknek, a melyekben a mandulák aetiologiai szerepe annyira valószínű és sokszor annyira félre nem ismerhető, hogy nem lehet kétségbe vonni az összefüggést a mandula megbetegedése és az ahhoz csatlakozó bántalom között.

Ezek sorában első helyen említem meg a polyarthritist. Már régen ismeretes volt, hogy a polyarthritist rheumatica sokszor mandulagyuladással kezdődik. Az ízületek gyuladása a manduláknak nemcsak valamely különleges lobja után jelentkezik, mert bekövetkezhetik úgy a könnyebb, mint a leg-súlyosabb mandulalob kapcsán. Szinte rendes dolog, hogy az újabb ízületi gyuladás-rohamot tonsillitis előzi meg s az irodalomban is mind több oly közlés jelenik meg, a mely azt mutatja, hogy a recidiváló ízületi lob azáltal volt véglegesen meggyógyítható, hogy a gyuladásokra igen hajlamos mandulákat sikerült gyökeresen meggyógyítani. Bosányi Bélával közös congressusi előadásunkban¹ nekünk is alkalmunk volt számos oly megfigyelésről beszámolni, a melyekben a mandula meggyógyításával az esetek egész sorában sikerült az ízületi gyuladást véglegesen megszüntetni. Ma már szabály gyanánt lehet felállítani, hogy a recidiváló polyarthritistnél a mandulák és garatszervek megvizsgálása el ne mulasztassék.

Ismeretes továbbá a garatszervek és a mandulák szerepe a gyermekkori fertőző bajokban. A scarlatina torokgyuladással kezdődik, a melyet azután a bőr kiütése követ. A morbillinél ugyancsak azt látjuk, hogy a bőrexanthemát napokkal megelőzi a torokexanthema, úgy hogy a torokelváltozások a betegség legelső biztos jelei.

Általánosan ismert tény, hogy hányszor jelentkezik vesegyuladás tonsillitis után. A gyorsan lefolyó albuminuria és a legsúlyosabb haemorrhagiás nephritis egyaránt előfordul a tonsillitissel összefüggésben. Nem régen alkalmam volt egy Szt. István-kórházi orvos-collega tonsillitist operálni, a kin egy év alatt háromszor állott be haemorrhagiás nephritis tonsillitis után. Az illetőn chronikus tonsillitis állott fenn, a mely gyakori acut mandulagyuladást okozott.

A midőn ez már harmadszor okozott vesegyuladást, végeztem a mandulák operációját. Azóta teljesen rendben van

az illető, habár sokszor teszi ki magát oly ártalmaknak, a melyek azelőtt biztosan tonsillitist vontak volna maguk után.

A tonsillák nemcsak az acut nephritis keletkezésében játszanak fontos szerepet, hanem okozói lehetnek chronikus vesegyulladásoknak is, a mi *Bachhammer*² felfogása szerint azáltal magyarázható meg, hogy a chronikus tonsillitis bizonyos esetekben állandóan izgatja toxinjaival a veséket, részint pedig a gyakrabban recidiváló acut nephritisek vezetnek a vese chronikus gyuladására.

A vérkeringési szervek közül a szív gyakran van veszélyeztetve a tonsillitisek minden alakjánál s a mandulagyuladásokhoz csatlakozó endocarditis, pericarditis és myocarditis, sajnos, nem tartozik a ritka jelenségek közé.

Ismételten észleltek már *serosus* és *genyes pleuritiseket*, *metastasisos tüdőtülyogot* tonsillitis után, úgyszintén klinikai és bonczolt esetek bizonyítják, hogy a tonsillitis alkalmat adhat *pyaemia*, *haldós sepsis* és *diffus peritonitis* keletkezésére (*Szé-kács Béla*,³ *Curschmann*,⁴ *Bachhammer*⁵ stb.), még pedig nemcsak az abscedáló vagy phlegmonosus tonsillitis, hanem a mandulák jelentéktelennek látszó follicularis genyedése is, a mikor a bonczolás alkalmával sem lehetett a környezetben genyedetést megállapítani.

A tonsilla elsődleges megbetegedéséhez csatlakozhatik továbbá *osteomyelitis*, a mire *Kraschke* mutatott reá először s a mit *Buschke* és *Bachhammer* esetei bizonyítanak.

Számos megfigyelés van arra nézve, hogy aetiologiai összefüggés állhat fenn a tonsillitis és az *appendicitis* között. *Apolant*,⁶ *Baginsky*,⁷ *Sonnenburg*⁸ és még sokan közölnek idevágó eseteket.

Az infectio módjára nézve eltérők a vélemények.

Valószínűbb az *appendix enterogen* úton való infectioja, a mely azáltal jön létre, hogy a tonsillából származó geny lenyeletve a béltractusba kerül és ha a vakbélben egyéb disponáló elváltozások is állanak fenn, a geny nyel odakerülő bacteriumok a vakbél infectioját idézik elő. Kevésbé valószínűnek látszik a haematogen úton való fertőzőmód, a melynek *Apolant* és *Kretz* a védelmezője, a kik felteszik, hogy a tonsillából a bacteriumok a venosus áramkörbe s innen a vakbélbe jutva, annak phlegmonosus gyuladását idézik elő.

A nyaki *actinomykosisról* tudjuk, hogy a porta infectionis a mandulában is lehet.

Meg kell említenem a tonsillák szerepét a *tuberculosis* szempontjából is. A mikroskopi vizsgálatok kiderítették, hogy a tonsillák feltűnő gyakran tuberculosusak. *Dmochowski* a tüdőbajosok tonsilláiban 39%-ban, *Schlenker* 32·8%-ban talált tuberculosist.

A tonsillák tuberculosisa a legtöbbször nem okoz klinikai tüneteket, mert a nagyobb fokú tuberculosus elváltozások, úgy mint a kiterjedt elsajtosodás, fekély, csak ritkán fejlődnek ki s mikroskop alatt csaknem kizárólag a legkisebb miliaris tuberculomokat találjuk, számos óriássejttel és csak kevés bacillussal. Ez az oka, hogy élő emberen alig sikerül a tonsilla tuberculosisát felismerni, ha csak mikroskopi vizsgálat nem történik.

A tonsillák ezen lappangó tuberculosisa szoros összefüggésben van a nyaki mirigyek tuberculosisával, a mely igen gyakran secundaer következménye a tonsillák tuberculosisának. Így *Krückmann*⁹ 12 esetben megállapította, hogy a nyaki mirigyek tuberculosisa mellett a tonsillák is tuberculosusak voltak. Ugyanezt *Schlenker*¹⁰ 24 bonczolt esetben mutatta ki.

A nyaki mirigyek secundaer infectioja a tonsillák felől ezek szerint igen gyakori. Ez pedig igen fontos a tüdőtuberculosis keletkezése szempontjából, mert a fertőzés a nyaki mirigyek révén a nyirokutak közvetítésével, esetleg a véráram útján, a tüdőbe és az egész szervezetbe elterjedhet. Az általános nézet szerint ugyan a tüdő tuberculosus fertőzése a bacillusok belégzése által történik, de nem lehet kétségbe vonni, hogy ez nem minden esetben történik így, hanem a tüdőtuberculosis némelykor a nyirokmirigyek fertőzése által a tonsillák és általában a garatszervek felől is kiindulhat.

A mandulának tehát mint porta infectionisnak nagy

szerepe van s primaer infectioja sokszor súlyos általános megbetegedéseket idézhet elő.

A mandulák fertőzését több körülmény segíti elő. Újába vannak iktatva az orr felől kiinduló fertőzéseknek, a mint azt az endonasalis műtétek nyomán gyakran mutatkozó mandulagyuladások mutatják s a mit kísérleti vizsgálataim is megerősítenek.¹¹

Helyzetüknél fogva pedig minden ártalom, a melyet az ételek és italok, a fertőzött levegő, por, füst stb. okozhatnak, elsősorban a mandulákat éri. A mandulák szerkezete is olyan, hogy a felületükön lévő hasadékok, lacunák, elmozdítják a mikroorganizmusok megtelepedését, a mi által a mandulák valószínűsége fészkeivé válhatnak a fertőző anyagoknak.

Mindezeket kivül azonban még egy tényezőt kell felvenni, a mely befolyással lehet a mandulákat érő fertőzésekre, s ez: a mandulák ép, vagy beteg állapota. Ha ugyanis elfogadjuk azon feltevést, hogy a mandulák védelmi szervek, a melyek ezen védelmi működést akár a *Stöhr* által leírt sejtemigratio útján, akár a *Brieger*-féle nedváramlás által fejtik ki, más értéket kell tulajdonítanunk az egészséges, mint a beteg mandulának. Nem tudjuk ugyan, hogy a lymphocytavagy nedvkiáramlás mennyiben különbözik az ép vagy beteg mandulában, de feltehető, hogy a kórosan elváltozott mandula-állomány physiologiai működése is változásokat szenved és e megváltozott működés folytán kevésbé felel meg élet-tani feladatának s kisebb mértékben tudja a fertőző csírákat ártalmatlanná tenni.

A fertőzés lehetőségét előmozdítja még a chronikus lobos mandulában nagyobb mértékben felhalmozódó fertőző anyag is, a mely a lacunák pangó tartalmában van.

Még vita tárgya az a kérdés, vajjon a *Stöhr* által leírt epithel-defectusok mily szerepet játszanak a tonsilla infectiojában. Ugyanis a tonsilla epithelrétege úgyszólván sohasem egészen intact, mert a hol a mandula felületére nagyobb számú nyiroksejt vándorol ki a mandula állományából, ott az epithelsejtek száma fogy és az epithelréteg egyes helyeken teljesen megszakad. Ezen epithelmegszakítások egyesek szerint valószínűsége élettani sebek a tonsilla felületén, a melyeken át, mint nyitott kapukon, könnyen hatolhat be a fertőzés. *O. Brieger*¹² és vele mások szembehelyezkednek ezzel a fölfogással s azt vitatják, hogy a *Stöhr*-féle defectusok nem lehetnek az infectio bemeneti kapui, mert az epithelhezagokat kitölti a kiáramló nedv, a mely áram ellen nem hatolhat be a fertőző vírus a mandula állományába s ha a nedváramlás kevésbé intensiv, akkor a defectus is záródik az epithelrétegben. Mindez csak feltevés s azért az a nézet, hogy az epitheltől fosztott helyek előmozdítják az infectiót, nem tekinthető megdöntöttnek. A gyuladásban levő tonsillában pedig az epithelleválás nagyobb mértékben van meg, miért is a nem normalis mandulában a fertőző csírák inkább találnak utat a mandula állományába. Vagyis a beteg mandula azáltal, hogy a fertőzés iránt érzékenyebb, nagyobb veszélyt rejt magában az illető egyénre nézve, mint a normalis, ép mandula. A mandulának nagyobb fokú dispositioját úgy a helyi acut gyuladásokra, valamint arra, hogy a szervezetbe hatoló fertőzéseknek bemeneti kapuk gyanánt szolgáljanak, a mandulák chronikus gyuladásos állapota segíti elő.

Ezen *chronikus mandulagyuladásokat* általában nem ismerik és nem méltányolják eléggé. Sokszor volt alkalmam tapasztalni, hogy a mennyire átment a köztudatba, hogy a hypertrophias mandula eltávolítása szükséges lehet, annyira meglepetést okoz, ha nem túltengett, hanem egészen kicsi mandula megoperálása kerül szóba. Pedig annak, hogy a mandula chronikus lobos-e, nem az a kriteriuma, hogy megvan-e nagyobbodva, mert sokszor a látszólag normalis mandula jelentékeny elváltozásokat rejt magában és beteg lehet akkor is, ha egészen kicsi, alig látható.

A chronikus tonsillitis lényege *B. Fränkel*¹³ szerint a tonsillákat borító nyálkahártyának és a lacunákba folytatódó bemenetisének chronikus gyuladása. E gyuladás következtében a lacunák falában lévő folliculusok megduzzadnak és a lacunanyílás szűkületét idézik elő. A mandula physiologiai

secretuma is megváltozik. A váladék mennyisége és a benne lévő alakelemek annyira megszorodnak, hogy a váladék sűrűbb lesz és nyákos-genyes, átlátszatlan kinézést nyer. A lacunanyílások duzzadásos szükülete következtében azután a váladék nem ürülhet ki, hanem pang a lacunáüregekben, minek folytán mindjobban megsűrűsödik és sárgásfehér anyaggá, az úgynevezett *manduladugaszokká* alakul át. Sokszor egyes lacunanyílások teljesen elzáródnak és a sajtos anyag cysta-szerű üregekben van eltokolva; e cysták mint sárga, kissé kiemelkedő, sima felületű csomók láthatók a mandula felületén.

A manduladugaszok elsősorban kivándorolt lymphoid sejtekből állanak, ezekhez járul a lacunafalak levált hámja, zsír, nyál, phosphorsavas méz és nagyszámú bacterium. Mivel ezen anyag a torok nedves melegében hosszú időn keresztül pállik, igen könnyen bomlásnak indul és rendkívül bűzös, rothadt sajtra emlékeztető szaggal bír. A lacunák ezen dugaszai rendszerint rizkásaszem nagyságú, sárga színű szemcsék, a melyek könnyen szétnyomhatók, túrószerűek, de koronként kemény concrementumokká — mandulakövekké — alakulnak át.

A lacunák lassan több milliméternyi, egyenes vagy többszörösen elágazódó öblös üregekké lesznek, a melyek mélyen húzódnak a mandula állományába s sokszor közel a mandula fibrosus tokjáig érnek.

A megsűrűsödött váladék a lacunákon kívül a tonsilla és a garatívek közötti hézagokban, különösen a tonsilla csúcsán lévő recessus palatinusban — a melybe szondával 1—2 cm. mélyen is behatolhatunk — szokott nagyobb mennyiségben felhalmozódni.

Mindezen elváltozások mellett is a mandula egyszerű megtekintéskor sokszor normalisnak látszik, máskor körülírt belőveltség jelzi a megbetegedett góczokat, a mit a mandula felső polusán láthatunk leggyakrabban. Rendszerint azonban a tonsillák lukacsosak, hasadékosak, kissé bővérűek szoktak lenni s felületükön elszórtan, vagy a fossa supratonsillarisban egyedül, kisebb-nagyobb sárga csomók kandikálnak ki és ha kissé megnyomjuk a tonsillát, nyálkás vagy genyes váladék ürül belőle, különösen az elülső garatívek mögül.

Olyankor, a midőn a sárga csomók nem láthatók a mandulákon, egészen biztosan a horgas szonda segítségével találhatunk reájuk. A szondával széjjelhúzzuk a lacunanyílások széleit, elkampózzuk az elülső garatívet és ekkor láthatóvá válnak a lacunák mélyen és a fossa supratonsillarisban helyet foglaló sárga szemcsék. Igen czélszerű eljárás a jelenlétük kimutatására az is, ha a mandulát 1—2 cm.-nyire az elülső garatív szélétől tompa eszközzel — spatulával — megnyomjuk; ilyenkor az elrejtett szemcsék, mint a bőr kinyomott atkái, megjelennek a lacunák nyílásaiban. Gyakran meglepő az ilyen vizsgálat eredménye, mert az előbb látszólag normalis mandula felületét a megnyomás után sűrűn ellepi a kitóduló, kukacszerű dugaszok sárga tömege.

A mandulák chronikus lobos állapota számos kellemetlen tünetet és következményt von maga után.

Mindenekelőtt *hajlamosít* a mandula acut gyulladásaira. Így azt tapasztaljuk, hogy azoknál, a kik *tonsillitis habitualisban* és gyakori phlegmonosus *peritonsillitisben* szenvednek, rendszerint chronikus mandulagyulladás áll fenn és az acut gyulladásokra való hajlam csak a chronikus tonsillitis meggyógyításával szüntethető meg.

A chronikusan lobos tonsillák fészkei továbbá a folyton kiújuló *hurutos gyulladásoknak*, a melyek a tonsilláról átterjednek a szomszédos szervekre: a garatra, a gége, az orrüregre, a tubán keresztül a fülre, sőt koronként a szem kötőhártyájára is. E szervek minduntalan recidiváló chronikus hurutjai gyakran minden kezelésnek ellenállanak, a míg a beteg mandulákat el nem távolítjuk.

A mandulában levő bomló anyagok sok emberen okai a *foetor ex ore*-nek, a mely körülményre gondolni kell, ha e kellemetlen jelenséget az orr, a fogak, vagy a gyomor állapota meg nem magyarázza. Kétségtelen, hogy e bomló váladék lenyelése az emésztő szervekre is károsan hat.

Ismeretes továbbá, hogy a tonsillák chronikus lobjánál

a *nyakimirigyek* gyakran meg vannak nagyobbodva s előfordul, hogy egyik-másik acut gyulladás kíséretében el is genyednek.

A chronikus tonsillitis nem ritkán egyes idegek izgalma révén *nervosus tüneteket* idéz elő. A betegek hirtelen, minden kimutatható ok nélkül heves torokfájdalmat éreznek, a mely annyira intensiv, hogy a panaszok alapján a vizsgálat előtt jelentékeny elváltozásokra vagyunk elkészülve s kiderül, hogy a torok látszólag teljesen normalis. Más esetben nem fájdalom, hanem kényelmetlen idegen test vagy nyomás érzése bántja a beteget. A tünetek a plexus pharyngeus ágainak izgalma folytán keletkeznek és a rendszeren alkalmazásba jövő gyógyeljárások — borogatás, öblögetés, inhalatiók — semmi javulást sem hoznak. Más esetben a tonsillában fészkelő csomók heves *fülfájást* okoznak a ramus auricularis n. vagi közvetítésével, a mely nyomban megszűnik, a mint a tonsillából a csomókat eltávolítjuk. Az inger átterjedése trigeminus más ágaira *neuralgiaszerű* fájdalmakat is tarthat fenn.

Van a *makacs köhögésnek* és *tüsszentés-rohamoknak* egy fajtája, a mely reflectoriusan a tonsillából ered. Az ilyen betegekben gondos szondavizsgálattal sokszor sikerül megtalálni a helyet, a melynek megérintése a köhögést vagy tüsszentést kiváltja; a beteg tonsilla eltávolítására a rohamok végleg elmaradnak.

Mindezekből az látszik, hogy a chronikus mandulagyulladás oly megbetegedés, a mely egyrészt a helybeli zavaroknál fogva, a melyeket okoz, de főként mert fokozza a hajlamot a fertőzésekre, a melyek kedvezőtlen körülmények között nem ritkán súlyos secundaer megbetegedésekre vezetnek, nagyobb figyelmet érdemel, és szükséges, hogy annak meggyógyítására minden esetben törekedjünk.

A chronikus tonsillitis *gyógykezelésére* különféle eljárások hoztatnak javaslatba. Már eleve megjegyzem, hogy egyedül azzal a gyógyítás-móddal érhetünk el eredményt, a melylyel sikerül a mandula kóros elváltozásait lehetőleg gyökeresen megszüntetni. Ezért a toroköblítések és ecsetelések — Lugol-, lapis- vagy más oldattal — nem vezetnek eredményre.

Hasonlóképpen értéktelen azon eljárás, a mely a manduladugaszok rendszeres kinyomásában áll, a mit kanállal vagy más tompa eszközzel szoktak végezni. *Hartmann* erre a célra egy forgó golyóban végződő külön műszert szerkesztett, a melylyel a mandulát végig lehet hengerelni és ily módon a lacunák tartalmát ki lehet nyomni. Ezzel a kezeléssel természetesen nem érünk el egyebet, mint hogy a mandulát koronként annyira-mennyire kitisztítjuk és megszüntethetjük vele ideig-óráig a foetor ex ore-t.

Hasonló értékkel bír az újabban *Klapp* által ajánlott kezelés, a mely nem más, mint a *Bier*-féle eljárás alkalmazása a mandulán; e végből a tonsillára alkalmas harangszerű műszert szerkesztett, a melynek segítségével a lacunák tartalmát kiszívja.

Hoffmann ajánlotta először és *M. Schmidt* vezette be a gyakorlatba a *mandula-felhasítást* (Schlitzung der Tonsillen). Erre a célra *Hoffmann* a tompa horgot ajánlotta, később különféle gombos és horogalakú kések jöttek alkalmazásba. Ezen műszerekkel mélyen be kell hatolni a lacunákba és a lacunákat elválasztó falakat szét kell szakítani vagy vágni, hogy így nagyobb üregek keletkezzenek, a melyeket azután joddal vagy más edző szerrel ecsetelni kell. Az operatiót több ülésben és a lacuna-falak felhasítását rendszeresen kell végezni.

Ezen eljárás a könnyebb esetekben elég jó eredményt nyújt, de egészben igen bizonytalan és hosszadalmas, mert lehetetlen a tonsilla minden lacunáját felhasítani; mindig visszamaradnak üregek, a melyekben a bacteriumok tovább fejlődhetnek, sőt a megoperált lacunákban is újra képződnek a mandula-dugaszok.

Egy további eljárás a lacunanyílások megszükitését, esetleg obliteratióját czélozza. Erre chemiai *edzőszereket* — argenticum nitricum, chromsav, kalium causticum stb. — használnak; az edző anyagot szondára forrasztják, a melylyel a lacunák nyílásaiba hatolnak. Az eljárás nem ajánlható, mert

hosszadalmas és erős reactiót idéz elő, igen fájdalmas és az eredmény bizonytalan.

Ugyanezen cél elérésére szolgál a *galvanocaustikus égő*, melyet *B. Fränkel* alkalmazott először. Ezen eljárás sokkal alkalmasabb a lacunafalak edzésére, mint a chemiai szerek; használatkor arra kell törekedni, hogy mindazon lacunákba, a melyekben dugasz van, behatoljunk az égővel és elroncsoljuk a lacunafalakat. Értékéről ellentétesek a vélemények.

Némelyek csekély értékűnek tartják s hozzák ellene, hogy minden lacunát, a mely a mandulában van, lehetetlen kiégetni; másrészt nem is veszélytelen, mert előfordulhatnak utóvérzések, továbbá abscessusok képződhetnek a mandulában, vagy a mandulán kívüli és a retropharyngealis kötőszövetben.

Mások, mint *O. Levinstein*¹⁴, fölébe helyezik minden más eljárásnak. *Levinstein* kizárólag a galvanocauterrel kezeli a tonsillitis chronicát és sohasem tapasztalt káros következményeket, módszere egyszer sem hagyta cserben.

Saját tapasztalataim alapján nem oszthatom *Levinstein* feltétlenül dicsérő véleményét a galvanocaustikus kezeléssel és bár veszélyes következményeket nem volt alkalmam tapasztalni az eljárástól, de meg nem felelő eredményt elég gyakran.

Én úgy tapasztaltam, hogy a galvanocaustikus eljárás csak bizonyos kisebb számú, könnyebb esetben válik be. Nevezetesen akkor, ha a tonsilla nem egészen kicsi, inkább hypertrophiás, szabadon fekszik a garatívek között és a beteg lacunák száma nem nagy. Ilyen könnyebben hozzáférhető és kisebb mértékben beteg mandulák galvanocaustikus kezelése jó eredménnyel végezhető. Ellenben értéktelennek találtam mindazon esetekben, a hol a beteg mandula parányi és egészen el van rejtve a garatívek között, valamint akkor, ha a mandulában nagy számmal vannak tátongó, detritussal telt lacunák s a recessus palatinus mély, vagyis a mandula nagyobb fokban elváltozott. Ezen esetekben, a melyeknek a száma nagyobb, mint a könnyebb eseteké, a galvanocaustika nem nyújt kilátást kedvező eredményre.

A nagyobb fokban elváltozott mandulák gyökeres meggyógyítására a *mandulának darabokban való kimetszését* az úgynevezett *morcellement-t* találtam a legmegfelelőbb eljárásnak.

Évek óta végzem ezt a műtétet és igen jelentékeny számú esetben — részletes kórtörténeteket ez alkalommal nem óhajtok közölni s csak az izületi csúzra vonatkozó congressusi előadásra utalok (l. c.) — sikerült ezen eljárással a legmakacsabb tonsillitis habitualis, a gyakran ismétlődő peritonsillitis phlegmonosát és számos esetben a recidiváló polyarthritist megszüntetni. Nem csekély számmal szerepelnek oly esetek is ezek sorában, a hol előzőleg más eljárás, így a galvanocaustika is, alkalmazva volt már.

A morcellement segítségével minden formájú tonsillát el tudunk távolítani, a melyet más eszközzel — tonsillotommal, késsel, vagy kacsccsal — kimetszeni nem lehet. A garatívek közé elrejtett kicsi tonsillákat, a lapos mandulákat, a melyek tonsillotommal meg nem foghatók, valamint a garatívekkel összenőtt tonsillákat a morcellement-nal kitűnően meg lehet operálni. Ezen műtét eljárással hozzáférhetünk a tonsilla minden elrejtett részéhez, behatolhatunk a recessus palatinus felé, hozzáférhetünk a garatív mögötti részekhez, szóval kitaríthatjuk szükség szerint a sinus tonsillaris minden pontját.

Ha a tonsilla hypertrophiás, akkor előbb tonsillotomiát végzek *Mathieu-* vagy másféle eszközzel. A műtétet azután a *Hartmann-féle* kettős curettekkel folytatom; szondával mindig meggyőződom a lacunák irányáról és mélységéről és rétegről rétegre haladva, minden beteg részt kivágok, míg a tonsilla tágtult öblei, minden gödör és egyenetlenség meg nem szűntek és a sinus tonsillaris mint egy szép, síma felület nem fekszik előttem.

A midőn bizonyos mélységbe jutottunk, akkor szükséges, hogy egy segéddel az elülső garatívet elkampóztassuk, esetleg ha a beteg maga tudja a nyelvét lenyomni, magunk fogjuk meg a kampót. Ezzel tágan feltárul az egész sinus tonsillaris, a melynek mélyében folytatjuk az operációt. Ha a

garatívek és a tonsilla között *összenövések* vannak, ezeket finom késsel előbb széjjel kell választani.

Néha megtörténik, hogy a tonsilla felső csúcán lévő recessus mélyen beterjed a garatív mögé és nem bírunk más-ként hozzáférni, csak ha a garatívet bemetszjük. Sokszor meglepő, hogy az ilyen üregben mily nagy tömeg turos anyag van elrejtve, a melyet a bemetszés előtt alig jelzett egy kis szemcsés törmelék a tonsilla felső polusán.

Közben kisebb-nagyobb *vérzéssel* van dolgunk, a mely kevésbé veszedelmes, mint a tonsillotomiánál előforduló vérzés, mert mindig ellenőrizhetjük, hogy műszerünkkel merre járunk s előrehaladásunkban mindig gondunk van arra, hogy a műtét területén a vérzést előbb csillapítsuk.

Kellő gyakorlattal a műtét elég gyorsan végezhető és rendszeren egy ülésben megoperálható mind a két oldali tonsilla. Ideges, félénk, vagy elgyengült betegeken szükséges lehet a műtétet két ülésben végezni, úgyszintén oly esetekben is, a midőn a vérzés nagyobb volt, vagy a rendesnél nagyobb vérzékenységet tapasztalunk és okunk van *utóvérzéstől* tartani.

A morcellementnél előfordulnak itt-ott utóvérzések a 2. vagy 3. napon. A vérzések azonban kivétel nélkül kisebb arányúak és galvanocauterrel vagy ferrum sesquichloratumba mártott tamponnal megszüntethetők.

Az *utófájdalmak* rendszerint nem nagyok, kivéve, ha a garatíveket fel kellett sebezni s rendszerint a 3. napon megszűnnek.

Az operatio utáni 4.—5. napon a beteg rendszeren táplálkozhatik és a 8.—12. napon a gyógyulás be van fejezve.

Az évek folyamán a morcellement *nélkülözhetelenné* vált reám nézve *általában minden a tonsillára vonatkozó műtétnél* és az a véleményem, hogy helyesen nem is lehet tonsillotomiát végezni, ha megelégszünk a tonsillotom munkájával és nem végzünk morcellement-t is. A tonsillotom, még a legalkalmasabb esetben is, csak durva munkát végez, utána mindig visszamaradnak fenn, vagy alól a nyelvgyök felé, vagy elől a garatív mögött tonsilladarabok, a melyeket a tonsillotomba nem lehetett belefoglalni; nem is említve a tonsillotomiára kevésbé alkalmas eseteket. Eljárásom szerint a *tonsillotom* használata, a mennyiben alkalmazható, mindig csak a *bevezető* szakasza a tonsillotomiának és ha a mandula ezzel *nagyjából* eltávolított, utána a *finomabb, részletes eltávolítást* a morcellement-nal végzem. Így végezve a tonsillotomiát, elkerüljük a nem jó és nem szép eredményeket, a melyeknél az operatio után a tonsillából csak a kiálló rész van lementszve s a mandula legnagyobb része benn marad a garatívek között.

A mandulának darabokban történő eltávolításával oly műtét eljárást birtokában vagyunk, a melylyel gyökeres gyógyulást tudunk előidézni.

Nem hagyhatom azonban említés nélkül, hogy egyes különösen nehéz esetekben megtörténhetik, hogy a műtétet később kisebb beavatkozással ki kell egészíteni. Előfordul ugyanis, hogy egyes mandularészek, a melyeket a műtétkor épnek véltünk, később újra meglobosodnak s ezeket pótlólag el kell távolítani. Ezen recidivák kivétel nélkül sokkal jelentéktelenebbek, mint a milyenek az operatio előtti gyuladások voltak; rendszerint csak kisebb körülírt területet foglalnak el, nagyobb időközökben jelentkeznek, rövidebb tartamúak és kisebb lázzal járnak. A morcellement ennélfogva még nem egészen ideális eredmény esetében is jelentékeny javulást eredményez, a melyet a pótlólag végzett újabb kisebb beavatkozással könnyebben sikerül a teljes gyógyulásig tökéletesíteni. Ezen maradványok meggyógyítására sokszor igen alkalmasnak bizonyul a galvanocaustika is.

Újabbban ezen recidivák elkerülése végett úgy járok el jó eredménnyel, hogy a műtét befejezése előtt, a vérzés tökéletes megszüntetése után, szorgosan átvizsgálom a sebfelületet, s minden olyan részbe, a melyről feltételezem, hogy később esetleg gyuladás fészke lehet, a galvanocauter hegyes égőjével mély barázdákat égetek.

A morcellement, kellő alapossággal végezve, nélkülözhetővé teszi a főként amerikai orvosok által ajánlott *tonsill-*

ektomiát is, vagyis a tonsilla teljes kiirtását. Azt hiszem, hogy a tonsillektomia, a mely igen beható és veszélyes műtét és a melylyel a garatot tökéletesen megfosztjuk a mandulától, csak igen kivételesen bírhat jogosultsággal.

A tonsillektomia veszélyességére jellemző adatot szolgáltat *E. A. Crockett*,¹⁵ a ki 12 halálesetről számol be, a mely másfél év alatt, egyedül Bostonban fordult elő tonsillektomia után; ezeken kívül oly eseteket sorol fel, a midőn a vérzés csak a carotis communis lekötésével volt leküzdhető.

A tonsillektomiával járó nagy veszély miatt most már Amerikában is oly irány kezd tért hódítani, a mely a túlságos radicalismustól óva int.

Azon hátrány, hogy a morcellement után elvétele újra operálni kell, nem oly nagy, hogy vele szemben indokolttá tenné a tonsillektomia sokkalta nagyobb műtétét, a melynek a kivétel veszélyesebb voltán kívül még azon hátrányát sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy általa oly szervektől fosztjuk meg tökéletesen az organismust, a melyeknek élettani rendeltetését nem ismerjük még biztosan.

A morcellement segítségével eltávolíthatunk minden beteg részt s a szervezetet mégsem csonkítjuk meg, mert az ép mandulaszövetet megkíméljük és ezzel oly viszonyokat teremtünk a műtéttel, a melyek mellett a visszamaradt ép mandulaállomány élettani rendeltetésének ismét megfelelehet.

Ebben látom a morcellement nagy előnyét minden más eljárás felett; *lehetővé teszi a gyökeres gyógyítást az ép részek megkímélésével*; egyaránt végezhető felnőtteken és gyermekeken; nem teszi szükségessé a narcosist és nem veszélyesebb a rendes tonsillotomiánál.

Irodalom. ¹Dr. B. Bosányi und Dr. Z. von Lénárt: Ueber Gelenkrheumatismus und dessen Zusammenhang mit pathologischen Veränderungen der Rachengebilde. Pester med.-chirurg. Presse, 1910. — ²Bachhammer: Archiv für Laryngologie. Bd. XXIII. — ³Székács B.: Lázás sárgaság esete bonczlelettel. Budapest sz. f. közp. kórházainak évkönyve, 1904. — ⁴H. Curschmann: Beziehungen entzündlicher Mandelinfektionen zu Infektionskrankheiten. Münchener med. Wochenschrift, 1910. — ⁵Bachhammer: Einiges über Tonsillitis und ihre Beziehungen zu anderen Erkrankungen. Archiv für Laryngologie, XXIII. — ⁶Apolant: Angina und Perityphlitis. Therapeut. Monatshefte, 1897. — ⁷A. Baginsky: Berliner med. Gesellschaft, 1910. VI. 29. — ⁸Sonnenburg: Die Frühoperation bei Appendicitis. XVI. nemzetközi orvosi congressus. — ⁹Krűckmann: Ueber die Beziehungen der Tuberculose der Halslymphdrüsen zu den Tonsillen. Virchow's Archiv. Band 138. — ¹⁰Schlenker: Virchow's Archiv. Band 134. — ¹¹Lénárt Zoltán dr.: Kísérleti tanulmány az orrűreg és a tonsillák nyirokrendszerének összefüggéséről. Magyar orvosi archívum, 1909. — ¹²O. Brieger: Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. Arch. für Laryngologie, XII. — ¹³B. Fränkel: Tonsillen. Eulenburg Realencyclopädie, XXIV. — ¹⁴O. Levinstein: Zur Behandlung der Tonsillitis chronica und Angina habitus. Archiv für Laryngologie, XXIV. — ¹⁵E. A. Crockett. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1911. 18. sz.

A társadalom védelme a büntettek ellen.

Irta és előadta: *Moravcsik Ernő Emil* dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

Az említett újabb büntetőtervezetek közül csak az osztrákban van szó külön intézetekről, a mennyiben a biztonsági rendszabályokról szóló rész 36. §-a szerint: az elmebeteg vagy iszákos, a ki oly bűncselekményt követett el, a melyre a törvényben hat havi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés van megállapítva és a ki beszámíthatlansága miatt a cselekmény elkövetésekor nem üldözhető vagy el nem ítéltető, a *büntettes elmebetegek részére felállított állami intézetbe* szállítatik, ha őt kóros elmeállapota miatt, valamint tekintettel előéletére és cselekményének természetére, az erkölcsiségre vagy a személy- vagy vagyonbiztonságra is különösen veszélyesnek kell tekinteni. A beteg mindaddig az intézetben marad, a míg közveszélyessége tart. Az intézetből való elbocsátás vagy véglegesen, vagy feltételeken történhetik. A tervezet az őrizet alatt tartás elrendelését (az angol, norvég és orosz jog mintája szerint) a büntető bíró hatáskörébe utalja. Az indokolás kiemeli, hogy itt pathológiás iszákosakat, az alkoholismus chronicusban szenvedőket kell érteni, a kik beszámíthatatlan állapotban vannak. A bűnvádi perrendtartás ter-

vezete szerint a bíróság a közveszélyességet két elmeorvos véleményének meghallgatása után állapítja meg.

A svájci büntetőtervezet 16. §-ában azt mondja, hogy ha a beszámíthatatlan vagy csökkent beszámítású egyén veszélyezteti a közbiztonságot vagy a jólétet és szükséges azt valamely gyógyító vagy ápoló intézetbe helyezni, akkor azt a bíróság rendeli el és a további eljárást megszünteti. A bíróság határozatát a cantonalis közigazgatási hatóság hajtja végre és a bíróság szünteti meg az internálást, ha az erre való alap megszűnik. A törvényszék a szakértők közreműködését veszi igénybe.

A német tervezet 65. §-a azt rendeli, hogy ha valaki a (már fentebb ismertetett) 63. § 1. pontja értelmében felmentett vagy a büntető eljárás ellene megszüntetett, vagy a 63. §. (alább említendő) 2. pontja alapján enyhébb büntetésben részesült, a törvényszék, ha a közbiztonság megkívánja, nyilvános elmeorvos- vagy ápolóintézetben való őrizet alatt tartását rendelheti el.

Ezen tervezetekben orvosi szempontból kifogásolható az osztrák amaz elvi álláspontja, hogy a közveszélyességből kifolyó intézeti internálást csak a 6 hónapnál nagyobb szabadságvesztéssel járó bűncselekmény elkövetése után rendeli el. A közveszélyességet elmebetegeken ugyanis a kóros tünetek összességéből, az egyéni sajátságokból és azon körülmények és viszonyok sajátságos alakulásából kell megítélni, a melyek között a beteg mozog és a melyek közé kerülhet. Lehet, hogy a kisebb büntetéssel járó cselekményt elkövetett egyén veszélyesebb, mint az, a ki súlyosabb természetű miatt kerül a bíróság elé.

A svájci és német tervezetben az elmeorvos- és ápolóintézetek megkülönböztetése ma már pszichiatriás szempontból meghaladott álláspont és visszaesést jelentene. Eltekintve attól, hogy vannak gyógyíthatatlanoknak látszó elmebajosok, a kiknél később a kóros tünetek mégis megszűnhetnek, sem nem igazságos, sem nem humanus eljárás egyes elmebetegeket ú. n. ápolóintézetekbe való elhelyezés által a gyógyíthatatlanság bélyegével már előre stigmatizálni.

Hazánkban az elmebeteg ellen való védekezés biztonsági rendszabályai kielégítőek, a mennyiben nemcsak a bűncselekményt elkövetett, hanem minden közveszélyes elmebeteg elhelyezéséről, kellő ideig való őrizet alatt tartásáról, ellenőrzéséről és szabadonbocsátásának kellő cautelák által el látott módosatairól gondoskodnak. A büntetőtervezet 76. §-a alapján beszámíthatatlan és vagy felmentett, vagy a bűnvádi eljárás alól egyébként (az eljárás megszüntetése által) elvont elmebeteg, a ki az orvosi vélemény alapján közveszélyesnek minősíthető, az 1877. évi 2519. számú és az 1894. évi 30.323. számú igazságügyministeri rendelet értelmében a közigazgatási hatóságnak adandó át, mely azt az 1876: XIV. t.-cz. 71. §-a alapján elmeorvosintézetbe szállíttatja. Az 1898. évi 75.804. számú és az 1902. évi 35.000. számú belügyministeri rendeletek értelmében az ilyen elmebeteg még gyámhatósági beleegyezéssel ellátott térítvény mellett sem bocsátható el. A közveszélyesség megszűnése és az elbocsátás lehetősége felett az előbb említett belügyministeri rendeletben meghatározott állandó bizottság, eltérő nézetek esetében pedig a belügyminister dönt. Ugyancsak a hatóság intézkedésére beszállított nem bűntevő közveszélyes elmebeteg elbocsátása felől is ilyen bizottság határoz. De ezen ministeri rendeletek még messzebbre menő védőintézkedéseket céloznak oly irányban, hogy a meg nem gyógyult ilyen betegek még elbocsátásuk után is a rendőri hatóság felügyelete alatt tartassanak.

A büntetőtervezettel összeütközésbe jövő elmebeteg számáról való statisztikai adatok változók az intézeti anyag szerint. *Sander* pl. az elmebetegek 6.6%-án, *Aschaffenburg* pedig a heidelbergi klinikán különféle év 3 napján végzett számítása alkalmával 37, 43 és 57%-on konstataált nem sokkal a felvétel előtt vagy régebben criminalitást. Magam az esetek 15—17%-án észleltem.

Näcke a hubertusburgi intézetben a női elmebetegek között 20—25%-ot talált, a kik elmebeteg állapotban voltak

büntetve. *Krohne*, *Richter* és *Langreuter* adatai alapján az elítéltek 10⁰/₀-át, *Knecht* 7⁰/₀-át találta rendellenes elméjének.

A modern büntetőtörvénytervezetek határozottabb alakban külön tételekként iktatták be a korlátolt beszámíthatóságot és az iszákosságot. Hogy az ép és kóros között álló úgynevezett határközi szellemi állapotú, degenerált, csekélyebb szellemi értékű egyének mily nagy számmal szerepelnek a bűncselekmények aetiológiájában, már előbb említettem. Általános ismert dolog továbbá az is, hogy az alkohol élvezete, akár időleges, alkalmi, akár tartós és chronikus mérgezéshez vezet, nemcsak az egyént magát teszi ki könnyebben különféle veszélynek (pl. *Axmann* nálunk kimutatta, hogy a gyári és ipari munkálatoknál a sérülések 61⁰/₀-a a szeszes italok hatása alatt jött létre, *Mayer* szerint a Londonban eszközölt vizsgálat kiderítette, hogy a felnőttek haláleseteinek 14⁰/₀-a okozati összefüggésben állott az alkohollal), hanem a bűncselekmények elkövetésére is disponál, úgy hogy ezeknek 70—80⁰/₀-án mutatható ki a kisebb-nagyobb fokú ittasság. Az elmebetegségek aetiológiájában pedig 20—30⁰/₀-ban szerepel.

A német büntetőtörvénytervezet a 63. § 2. pontjában úgy rendelkezik, hogy ha az akarat, a szabad elhatározási képesség a büntett idejében nem volt ugyan kizárva, de nagy fokban csökkent, akkor a kiszabandó büntetésnél a 76. §-ban a kísérletre megállapított intézkedés az irányadó (tehát enyhébb büntetés). A szabadságvesztés-büntetés az egyén szellemi állapotának megfelelő módon és ha szükséges, külön, az ilyenek számára meghatározott intézetekben vagy osztályokban hajtható végre. A 76. § szerint a büntetés mellett a biztosító rendszabály is alkalmazható és pedig a 65. § értelmében a kiállított büntetés után. *Aschaffenburg* a büntett kísérletének mértéke alkalmazását kifogásolja, mivel nem minden büntettnél és vétségnél állapít meg a törvény kísérletet.

A svájci tervezet 14. §-a azt mondja, hogy a ki a büntett idejében elmebeteg vagy buta volt vagy öntudata nagyon meg volt zavarva, nem büntethető. Ha a tettes szellemi épisége és öntudata csak befolyásolt, vagy szellemileg hiányosan fejlett, akkor a bíró szabad mérlegelésével enyhíti a büntetést.

Az osztrák tervezet 37. §-a szerint büntett vagy a törvény szerint 6 havi szabadságvesztésnél súlyosabban büntendő vétség szabadságvesztésre ítélt tettese, a kinek az a képessége, hogy cselekményének jogtalanságát belássa vagy akaratát ezen belátásához képest irányítsa, a tett elkövetésekor valamely tartós betegség következtében lényegesen korlátozva volt, a büntetés kiállása után továbbra is őrizet alatt tartható, ha állapota miatt és tekintettel eddigi előéletére, valamint cselekményének természetére, őt közveszélyesnek kell tekinteni.

A bíróság az őrizetbentartás szükségességét az ítéletben kimondja és a büntetés végrehajtásának eredménye szerint elrendeli, hogy a büntettes még külön állami intézetben vagy a 36. §-ban megjelölt intézet külön osztályán helyezendő el, ha közveszélyessége nem szűnt meg. Az elbocsátás végleges vagy feltételes lehet.

Már az 1905-ben Budapesten tartott nemzetközi börtönügyi congressus alkalmával véleményt nyilvánított jogi és orvosi szakemberek túlnyomó többsége szükségesnek mondta, hogy a korlátolt beszámítású egyének számára külön intézetek állíttassanak fel. Előadványomban hangsúlyoztam, hogy ezek a letartóztatási és elmeorvosító intézetek jellege között foglalnának helyet, az individualizáló eljárásra, az értelmi és erkölcsi oktatásra, szükség szerint a szakszerű gyógyításra, a gazdasági és ipari munkálatok végzésére s egyéb foglalkoztatásra módot és alkalmat nyújtanának. Mivel az ide kerülő egyének szervezeti és szellemi állapotuknál fogva ideges tünetek, sőt elmezavar kifejlődésére is hajlamosok, az elmeorvosi irányítást nem nélkülözhetik, annál kevésbé, mert a szellemi állapot mértéke szerint kell a foglalkozás minőségét és mennyiségét meghatározni. Az intézetekbe, a melyek egyelőre a letartóztatásiak mellett külön függelék-

képpen is létesíthetők, a bíróság rendelje el a beutalást, de az ott tartás a bűncselekmény minőségétől függetlenül a közveszélyességi hajlam fenforgásáig terjedne és így tehát csak akkor volnának elbocsáthatók, ha a hosszabb észlelés a megbízhatóság bizonyos garantiáját, a bűnözésre való hajlam megszűnését vagy legalább is jelentékeny csökkenését állapíthatja meg. Bár az ilyen egyének évekig is az intézetben tarthatók lennének, az állapotukból kifolyó enyhébb büntetés abban nyerne kifejezést, hogy a letartóztatási intézetektől eltérő, több szabadságot engedő és kevésbé szigorú elbánás alá kerülnének.

Nevezetes intézkedést tartalmaz a német tervezet az iszákosokról. A 64. § szerint: ha az öntudatlanság alapja az önközta (szándékos) ittasság volt és a tettes ilyen állapotban olyan büntetést követ el, a mely gondatlanságból is büntetendő, akkor a gondatlanságból eredő vétségnél megjelölt büntetés alkalmazandó. A 65. § értelmében pedig ha ilyen esetekben a felmentés vagy a további büntető eljárás megszüntetése mondatik ki, akkor a 43. § értelmében az iszákosok gyógyító intézetébe küldetik.

A 43. § rendeli: ha a büntetendő cselekmény ittasságra vezethető vissza, akkor a bíróság a büntetésen kívül az elítéltet a vendéglőknek egész egy évig terjedő látogatásától eltilthatja. Ha az iszákosság megállapított, akkor a törvényszék a legkevesebb 2 havi fogház vagy börtönbüntetés mellett az elítéltnek gyógyítás céljából legfeljebb 2 évi időtartamra az iszákosok gyógyító intézetébe való elhelyezését rendelheti el, ha ezen rendszabály alkalmas arra, hogy az elítéltet rendszeres életmód folytatására képessé tegye. Ezen határozat foganatosításáról a rendőrhatalóság tartozik gondoskodni. Ez van feljogosítva a gyógyulásnak bekövetkezése után a meghatározott időnél előbb való elbocsátásra.

Az osztrák tervezet 242. §-a szerint: a ki szándékosan vagy gondatlanságból a beszámítást kizáró ittas állapotba helyezi magát, fogházzal vagy hat hónapig terjedhető elzárással büntethető, ha ezen állapotában oly bűncselekményt követ el, a melyért beszámítható állapotban 6 hónapi szabadságvesztésnél szigorúbb büntetést kapna. 243. §. A büntetés kiállása után a büntettes elmebetegeknek a 36. §-ban megjelölt intézetében az iszákosok számára rendelt külön osztályon őrizhető, ha iszákossági hajlama miatt és tekintettel eddigi előéletére, valamint cselekményének természetére, közveszélyesnek kell tartani.

A svájci tervezet 33. §-a szerint: ha az az egyén, a kit valamely büntett miatt börtönre ítélnék, szokásos iszákos és bűncselekménye ezen állapotával függ össze, és ha kilátás van gyógyulására, a bíró iszákosok intézetébe utalhatja és a büntetés végrehajtását elhalaszthatja, a honnan gyógyulás esetében a bíróság elbocsátja. 2 évnél tovább azonban semmi esetre sem tartható itt. Mielőtt az elítélt elbocsátatnék, a törvényszék határoz a felől, hogy még a büntetés egyáltalában végrehajtandó-e és mily mérvben. A bíróság azon szokásos iszákost is beutalhatja az iszákosok intézetébe, a ki beszámíthatatlanság miatt felmentetett. A törvényszék ilyen esetekben az orvosszakértők véleményét kéri ki.

Az előadottakból tehát kitűnik, hogy az újabb büntető törvénytervezetek nemcsak a korlátolt beszámítású, hanem az iszákos egyénekkél is külön foglalkoznak. Figyelemben részesítik a szenvedélyből, megszokásból eredő alkoholizmus azon eseteit, a hol az elmezavar vagy öntudatlanság révén a beszámítási képesség ki volt zárva és a hol ez csak korlátozottnak mondható, továbbá az olyan részegséget, a melynek előidézése a büntett elkövetése érdekében szándékosan történt.

A biztonsági rendszabályok alkalmazását célozza mind a három említett törvénytervezet a normalis szellemi állapotú közveszélyes, visszaeső büntettesekkel szemben is. A német ugyanis a 42. §-ban azt mondja, hogy ha a büntetendő cselekmény könnyelmű életmódra és munkakerülésre vezethető vissza és legkevesebb 4 heti fogház- vagy börtönbüntetés volna rá szabható, akkor a törvényszék a törvényben megállapított esetekben a büntetés mellett, vagy ha a büntetés 3 hónapon túl nem terjed, helyette a munkaképes elítéltet hat

hónaptól három évig terjedhető időre dologházba utalhatja, ha ezen rendszabály kívánatosnak mutatkozik azon célból, hogy az elítélt ismét szabályszerű és munkás életre szoktatható lesz. A határozat alapján a rendőrhatóság gondoskodik az elhelyezésről. Ha az elítélt utólag a munkára képtelennek bizonyul, a törvényszék a fogház- vagy börtönbüntetés fenforgása esetén a megfelelő tartammal ezt állapítja meg.

Az osztrák és svájci tervezetek már szélesebb alapú biztonsági rendszabályokat határoznak meg. Az osztrák 38. §-a értelmében, ha valaki a megállapított büntettek miatt legalább két fogházbüntetést állott ki és az utolsó büntetés végrehajtása után öt év lefolyása alatt újra elköveti ezen bűncselekményt, a kiszabott büntetés kiállása után még tovább is vizatartható külön intézetben vagy a letartóztatási intézet külön osztályán, ha büntette közveszélyesnek minősíti és feltehető, hogy a büntetendő cselekményektől nem tartja magát vissza. Az őrizet alatt tartás tíz évnél hosszabb időre nem terjedhet, de legalább 3 év eltelté után előbb is elbocsátható az illető véglegesen vagy feltételesen.

A svájci büntetőtörvénytervezet 38. §-a következőleg rendelkezik: azt, a ki valamely büntett miatt szabadságvesztés-büntetésre ítéltetik és már több ilyen büntetést állott ki, büntettek elkövetésére hajlamos vagy csavargó, munkakerülő életet folytat, a törvényszék a szabadságvesztés-büntetés helyett külön megőrző intézetbe utalhatja, a hol képességeinek megfelelő olyan munkát kell vele végeztetni, a melylyel szabadonbocsátása esetén képes lesz önmagát fentartani. Minden esetben a büntetés idejének leteltéig és legalább öt évig, ha pedig már volt őrizet alatt, legalább tíz évig kell itt maradnia. Ezen idő letelte után illetőségi hatósága az intézet véleményének meghallgatása után három évre elbocsáthatja, ha feltehető, hogy nem lesz visszaeső. Húsz év múlva minden esetben véglegesen elbocsátandó. Ha a három év alatt visszaesik, a bíróság újra beutalhatja az intézetbe, ellenkező esetben végleg elbocsátatik.

32. §. Ha a büntett miatt börtönre ítélt egyén munkakerülő, könnyelmű életet folytat s bűncselekménye ezen életmódjával van összefüggésben, a bíróság, ha munkaképesnek és a dologra nevelhetőnek találja, külön e célra szolgáló munkára nevelő-intézetbe utalhatja és a büntetést felfüggesztheti. A bíróság ezt megelőzőleg megvizsgálhatja testi és szellemi állapotát, valamint a neveltetésére és előéletére vonatkozó adatokat is beszerzi. A növendéket a képességeinek megfelelő munkára tanítják, hogy később gondoskodhassék fentartásáról. Ezenkívül megfelelő testi és szellemi kiképzésben részesül. Szeszkes italt nem kap s pihenés alatt és éjjel külön zárkában tartózkodik. Legalább egy évig kell az intézetben maradnia. Ennek letelte után a hatóság egy évi próba-időre szabadon bocsáthatja, ha kilátás van arra, hogy munkás életet fog folytatni. Ha azonban ezen idő alatt újra visszaesik, a hatóság visszahelyeztetheti az intézetbe vagy a bíróságnak ajánlja a megérdemelt büntetés végrehajtását. Ugyanezt javasolhatja, ha az elítélt az első három hónap alatt nem képezhető a munkára. Ha a próbaidő alatt jól viseli magát, végleg elbocsátható. Három év letelte után mindenesetre elhagyja az intézetet, a midőn a büntetés elesik.

A modern büntetőtörvény-tervezetek igyekeznek a sok évi tapasztalat és az eszmecserék eredményeképpen leszűrdött s lassankint határozott formában kialakult elveket megvalósítani. Az egész vonalon élénken kidomborodik a társadalomnak a közveszélyes elemek, a büntettek ellen részben új és hatásosabb eszközökkel való védelme, a bűncselekmények megelőzésére vagy legalább megisméltődésének megakadályozására való törekvése. E mellett nem elégszik meg a büntetéssel, hanem ezt is úgy alkalmazza, hogy a társadalmi, a jogrendet veszélyeztető elemeket pártfogásába veszi, egyéni sajátságainak, testi és szellemi állapotának megfelelő módon igyekszik megváltoztatni, javítani, socialissá tenni, jövőjét oly módon biztosítani, hogy szabadulás esetén saját munkaerejével tudja magát fentartani. Erre korábban-később kellő biztosíték szerzése céljából alkalmazza a próbára, a feltételes szabadlábra bocsátás módjait. Csak ha a nevelő, foglalkoztató eljárás nem vezet sikerre, alkalmazza

a szigorúbb rendszabályokat. De még a visszaeső, a javulásra kevés kilátást nyújtó egyéneknél sem adja fel a reményt. Az egyéniség átalakítására alkalmas külön specialis megőrző, biztonsági intézetekbe internálja, de ide sem végleg, hanem bizonyos latitudoöket megengedő időre, a mely alatt, ha a közveszélyesség jellegének megszűnésére lehet következtetni, korábban is szabadon bocsáthatók. Tehát a helyes individualizáló elbánásnak számos formája érvényesül. Kellő módon történik intézkedés még azokról is, a kik szellemi állapotuknál fogva a felelősségrevonás lehetőségének keretéből kiesnek. Mindezek új, egészségesebb irány és a valódi humanus érzés kifejezői, minden túlzásba csapás és a társadalom biztonsága érdekeinek veszélyeztetése nélkül.

A büntettek különféle csoportjaiból folyó eljárás fogantatása azonban, mint az előadottakból látjuk, a létesítendő új intézetek egész sorának finanszialis terhét helyezi az állami háztartás vállaira. Külön intézet kellene: a büntettek elmebeteg, a szellemileg rendellenes, csökkent értelmiségű, korlátolt beszámítású egyének, az alkoholisták, a fiatalkorúak számára s ezeken kívül volnának még a javító és dologházak, valamint a külön biztonsági őrizet alatt tartó intézetek.

Habár legideálisabb volna ezek mindegyikének felállítása és habár nem szabad szem előtt téveszteni azon tény, hogy a letartóztatott büntettek gyümölcsözőtethető ipari munkálatokat is végeznek s így a társadalomnak nem egészen keresetképtelen terhei (a hazai letartóztatási intézetek munkajövedelme 600.000 korona volt a múlt évben), de mégis számolva a pénzügyi nehézségekkel, az igényeket redukálni lehetne a nélkül, hogy az elv veszélyeztetve lenne. A büntettes elmebetegek számára minden vagy legalább a nagyobb elmeigógyító intézetek mellett lehetne terület szerint is különválasztott osztályt létesíteni. A csökkent értelmiségű, korlátolt beszámítású büntettek a rendes letartóztatási intézetek külön helyiségében, a többi fogolytól, a raboktól és fegyenczektől elkülönítve volnának tarthatók. Mivel nálunk — mint a mérvadó helyről szerzett információból kitűnik — a letartóztatási intézetekben sok az üres hely, az intézetek egyike a fiatalkorú, másika a biztonsági őrizet alá rendelték számára szolgálna. Természetesen a gyűjtőfogház mellett Budapesten létesített igazságügyi országos megfigyelő és elmeigógyító intézet, a melynek célja egyfelől a kétes elmebeli állapot specialis megfigyelése és a letartóztatás alatt elmebajosakká váló egyének elhelyezése és gyógyítása, továbbra is fentartandó volna. Fontosnak tartom azonban — és ezt jogi részről is elismerik —, hogy a csekélyebb szellemi értékű, ú. n. korlátolt beszámítású, valamint a fiatalkorú egyének intézetének vezetésében, irányításában, a már előbb vázolt alapon, az elmeorvosi szakértelemnek legszélesebb tér biztosíttassék és hogy az itt működő egyéb hivatalnokok is bizonyos e célra szükséges specialis kiképzetésben részesüljenek. A büntettes elmebetegekről és alkoholistákról nem is szólok, mert ezek intézetének vezetése másképpen el sem képzelhető.

Nézetem szerint a modern és az elmeorvosi szempontból is támogatható büntetőjogi irányelveket legszélesebb alapon és leginkább megfelelő módon az osztrák büntetőtörvénytervezet kívánja megvalósítani.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből.

Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei.

Irta: Szana Sándor dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója és főorvosa.

(Folytatás.)

A következő táblából látjuk, hogy az egyes menhelyek halálozása között igen nagy az eltérés még ha külön-külön nézzük is az egyes gondozási módokat.

Az anyánál gondozottak halálozása ingadozik 0:00 (Marosvásárhely) és 43:47% (Kassa) között. A marosvásárhelyi eredményt a kis abszolút szám (4 eset) magyarázza. Tehát a tényle-

ges ingadozás 3·33% (Veszprém) és 43·47% (Kassa) között van. A kis abszolút szám teszi feleslegessé a magyarizációt az aradi, gyulai, kolozsvári nagy halálozást az anyánál. A kassai szombathelyi nagy halálozások az anyánál már magyarizációra szorulnak. Kassán, úgy látszik, az igazgató csak oly abszolút szegénység esetén hagyja az anyánál a csecsemőket, mely szegénység maga a sikeres felnevelést lehetetlenné teszi az állami szoptatási segély mellett is. Ezt abból is kell következtetnem, hogy míg Kassa 505 csecsemője között csak 23 volt anyánál, tehát 4·5%, addig Nagyváradon 554 között 336, tehát 60%-a a csecsemőknek volt anyánál. Bizonyos, hogy ezen kérdés is egységesen lesz megoldandó. Hogy Szombathelyen, dacára annak, hogy sok (131, az összesek 30·9%-a) csecsemő van anyánál, ezek között miért oly nagy a halálozás, megmagyarázva nincs, s ezen bajnak eliminálása lesz bizonyára az új igazgató-főorvosnak legégetőbb feladata. Arad nagy halálozását ezen csoportban a kicsi abszolút szám folytán nem kell kutatni. Ugyanez áll Gyulára, Kolozsvárra. Munkácson annál csodálatosabb az aránylag magas szám, mert az anyával együtt kihelyezettek közül egy sem halt meg.

12. sz. tábla. Az 1908-ban a magyar állam gondozásában volt csecsemők halálozása az ellátás módja szerint.

(Intézet és telep)

Az állami gyermekmenhely székhelye	Anyánál szoptatási segély mellett			Anyával együtt felvéve			Anya nélkül felvéve		
	gondozott csecsemők száma	meghalt csecsemők száma	%	gondozott csecsemők száma	meghalt csecsemők száma	%	gondozott csecsemők száma	meghalt csecsemők száma	%
Arad	2	—	—	143	29	20·28	66	39	59·09
Budapest	8	—	—	527	147	27·89	1746	444	25·43
Debreczen	7	—	—	143	26	18·18	327	92	28·13
Gyula	4	—	—	104	4	3·84	191	48	25·13
Kassa	35	11	31·43	313	40	12·77	194	94	48·45
Kecskemét	78	8	10·27	160	17	10·62	399	68	14·53
Kolozsvár	28	3	10·71	136	22	16·18	188	52	27·66
Marosvásárhely	—	—	—	8	—	—	64	17	26·56
Munkács	23	1	4·35	16	—	—	226	31	13·71
Nagyvárad	280	10	3·57	165	17	10·30	117	35	29·91
Pécs	2	—	—	159	11	6·91	181	25	13·81
Rimaszombat	29	7	24·14	192	25	13·02	48	17	35·42
Szabadka	2	—	—	228	25	10·96	224	89	39·73
Szeged	76	12	15·79	343	31	9·30	445	118	26·52
Szombathely	54	2	3·70	189	23	12·16	366	45	12·29
Temesvár	143	26	18·18	270	58	21·48	231	60	25·97
Veszprém	12	1	8·33	309	38	12·29	312	53	16·98
Összesen	783	81	10·34	3405	513	15·06	5325	1327	24·92

13. sz. tábla. A magyar állami gyermektelepeken gondozott csecsemők halandósága 1910-ben (Beleértve a betegen a telepről visszahozottakat és az intézetben elhaltakat.)

	Összesen gondoztatott	Meghalt	%
Arad	182	45	24·72
Budapest	2082	289	13·88
Debreczen	359	63	17·54
Gyula	214	51	23·83
Kassa	505	110	21·78
Kecskemét	608	94	13·82
Kolozsvár	272	34	12·50
Marosvásárhely	80	13	16·25
Munkács	186	27	14·51
Nagyvárad	554	60	10·83
Pécs	283	29	10·24
Rimaszombat	212	45	21·41
Szabadka	468	58	12·39
Szeged	668	77	11·52
Szombathely	423	139	32·86
Temesvár	519	99	19·07
Veszprém	433	65	15·01
Összesen	8048	1298	16·12%

A gondozás módját az egyes menhelyeken a következő tábla mutatja:

14. sz. tábla. A magyar állami gyermekvédelemben 1910-ben a telepeken gondozott csecsemők ellátási módja szerint:

	Összesen	Anyánál	%	Anyával	%	Nevelőszülőnél	%
Arad	182	7	3·84	131	71·85	44	24·31
Budapest	2082	270	12·98	610	29·29	1202	57·73
Debreczen	359	21	5·85	177	49·31	161	44·84
Gyula	214	3	1·40	128	59·82	83	38·78
Kassa	505	23	4·55	278	55·05	204	40·39
Kecskemét	608	141	23·19	203	33·38	264	43·43
Kolozsvár	272	14	5·14	158	58·10	100	36·76
Marosvásárhely	80	4	5·00	7	8·75	69	86·25
Munkács	186	40	21·50	19	10·21	127	68·29
Nagyvárad	554	336	60·66	134	24·18	84	15·16
Pécs	283	8	2·82	163	57·59	112	39·59
Rimaszombat	212	21	9·90	142	66·99	49	23·11
Szabadka	468	18	3·85	229	48·93	221	47·22
Szeged	668	61	9·12	345	50·15	262	40·73
Szombathely	423	131	30·97	175	41·37	117	27·66
Temesvár	519	111	21·39	275	52·99	133	25·62
Veszprém	433	30	6·93	214	49·65	189	43·42

15. sz. tábla. A magyar állami gyermekvédelemben 1910-ben a telepeken gondozott csecsemők halálozása az ellátás módja szerint.

	Anyánál gondoztatott	Ezek közül meghalt	Halálozási %	Anyával gondoztatott	Meghalt	Halálozási %	Nevelőszülőnél gondoztatott	Meghalt	Halálozási %
Arad	7	3	42·85	131	13	9·92	44	29	65·90
Budapest	270	12	4·40	610	67	10·98	1202	210	17·47
Debreczen	21	3	14·28	177	26	14·68	161	34	21·11
Gyula	3	1	33·33	128	12	9·37	83	38	45·78
Kassa	23	10	43·47	278	35	12·58	204	65	31·86
Kecskemét	141	12	8·51	203	18	8·86	264	64	24·24
Kolozsvár	14	3	21·43	158	13	8·22	100	18	18·00
Marosvásárhely	4	—	0·00	7	2	28·57	69	11	15·93
Munkács	40	7	17·50	19	0	0·00	127	20	15·74
Nagyvárad	336	28	8·33	134	12	8·95	84	20	22·73
Pécs	8	1	12·50	163	10	6·13	112	18	16·07
Rimaszombat	21	3	14·28	142	28	19·71	49	14	28·57
Szabadka	18	2	11·01	229	20	8·73	221	36	16·28
Szeged	61	5	8·19	345	17	4·92	262	55	20·99
Szombathely	131	34	25·95	175	55	31·42	117	50	42·73
Temesvár	111	7	6·30	275	28	10·18	133	64	48·12
Veszprém	30	1	3·33	214	20	9·34	189	44	23·28
Összesen	1239	132	10·65	3388	376	11·09	3421	790	23·09%

Az anyával telepeken gondozott csecsemők halálozása ingadozik 0·00 (Munkács) s 31·42% (Szombathely) között. A munkácsi 0·00%-ot magyarázza az esetek kicsi abszolút száma, bár 19 esetenél ez már szép felügyeletre vall. A nagy halálozások közül Marosvásárhelyét az esetek kicsi száma magyarázza, mely a százza való vonatkoztatást nem engedti, s így az ingadozás 4·92% (Szege) s 31·42% (Szombathely) között van. Tekintélyes különbség. A szombathelyi különleges viszonyok már említették, ezek javulása okvetlen várható. A rimaszombati aránylag szintén magas halálozás az anyával együtt telepre helyezettek között az új igazgató-főorvos alatt bizonyára javulni fog.

Az anya nélkül telepeken gondozott csecsemők halálozása 15·93% (Munkács) s 65·90% (Arad) között ingadozott. Az országos átlag 23·09%.

Az anya nélküli gondozásba adott csecsemőink ezen átlagos halálozása megfelel a bécsi és gráci lelecztelepek halálozásának s egyenlő a francia leleczházak ily irányú eredményével. S ezt igen kielégítőnek kell venni, ha arra gondolunk, hogy a mi anyanélküli csecsemőink anyaga kell, hogy rosszabb legyen, mint a nevezett intézeteké, mert hisz mi anya nélkül csak azokat a gyermekeket vesszük fel, a kiknek az anyja meghalt, vagy hatósági orvosi bizonyítvány szerint szoptatásra képtelen, vagy socialis tragédiák teszik az anyának a szoptatást lehetetlenné. Ellenben a francia, bécsi, prágai, gráci leleczház egészséges szülők egészséges csecsemőit is anya nélkül veszi fel.

Anyanélküli csecsemőink 75%-ában az anya meghalt vagy pedig hatósági orvosi bizonyítvány igazolja, hogy ágy-

ban fekvő beteg; 25⁰/₀-ában mint ok gyermekkitévés, fogház szerepel vagy a gyermek már magándajkaságban volt s érte nem fizettek, tehát az angyalcsinálók karjaiból hozták.

Hogy az első csoport, a beteg anyák anyaga, egész fiatal csecsemőkről lévén szó, nem lehet kitünő, azt rég tudjuk; hogy az utóbbi csoport — a socialis tragédiák áldozatai — nem szolgáltathat soha oly eredményeket, mint a többi csecsemő, ma, midőn neuropathiás csecsemőről is hallunk, valószínűvé vált. Hogy a magándajkaságból a tartásdíjnak nem fizetése miatt az állami gyermekmenhelyekbe hozott csecsemők mily állapotban vannak, erre nézve Berend magyar aetiologiájára utalok.

De mutatja ezt ezen csecsemőknek igen alacsony felvételi súlya is, melyről más helyen fogok beszámolni.

Érdekes az anya nélkül felvettek kihelyezhetés előtti halálzási számát vizsgálni.

16. számú tábla. A magyar állami gyermekvédelemben 1910-ben anya nélkül felvett csecsemők közül meghalt az intézetben a telepre való kihelyezhetés előtt.

Felvett csecsemők száma	Meghalt az intézetben a kihelyezhetés előtt	Száz felvettből meghalt a kihelyezhetés előtt	A telepen anya nélkül gondozott száz közül meghalt
Arad	71	17	23.94
Budapest	904	222	24.55*
Debreczen	145	34	23.44
Gyula	75	17	22.66
Kassa	86	10	11.62
Kecskemét	142	12	8.45
Kolozsvár	49	15	30.61
Marosvásárhely	19	7	36.84
Munkács	112	3	2.66
Nagyvárad	69	22	31.88
Pécs	37	16	43.24
Rimaszombat	54	14	25.92
Szabadka	118	16	13.55
Szeged	170	17	10.00
Szombathely	155	22	14.19
Temesvár	142	43	30.28
Veszprém	138	6	4.35
Összesen	2486	493	19.83⁰/₀

Látjuk, hogy az anya nélkül felvettek közül 20⁰/₀ van oly állapotban, hogy az intézetben meghal, mielőtt a telepre kiadható. Bizonyos, hogy ezen számokat az egyes intézetekben erősen befolyásolja az, hogy az egyes igazgatók mily állapotban találnak egy-egy csecsemőt kihelyezhetőnek, mely állapotban kell, hogy kiadják az intézet zsúfoltsága miatt s befolyásolja a rendelkezésre álló nevelőnők mennyisége. Bizonyos az is, hogy a kihelyezést egészségesen, ha csak néhány órára is bevaró anyanélküli csecsemő az intézetek veszélyeinek jobban ki van téve, mint az anyával felvett csecsemő. De míg az anyával felvett csecsemők közül a kihelyezhetés előtt meghalt 5.8⁰/₀, az anya nélkül felvettek közül meghalt 19.83⁰/₀. Ez bizonyára csak az anya nélkül felvettek rossz állapotára s az anamnesisben kifejezésre jutott okokra vezethető vissza. Az intézeti táplálás is azonban bizonyára tényező.

Nézzük most már, az anya nélkül felvettek között a kihelyezhetés előtti magas számnak megfelel-e a telepen való nagyobb halálozás. A 17. számú tábla mutatja, hogy a két szám közötti arány erősen meg van zavarva.

Munkács, Veszprém, Kecskemét, Szeged, Kassa, Szabadka, Szombathelyen az anyanélküli csecsemők halandósága a kihelyezhetés előtt kisebb az országos átlagnál. Ezen menhelyek anya nélkül gondozott csecsemőinek halálzási tehát kellene, hogy ugyancsak az országos átlagon alul legyen,

* Administratív szám, mert a teljesen egészséges állapotban anya nélkül felvett csecsemők egy része azonnal vidéki menhelybe szállított s így itt nem szerepel, hol csak a budapesti menhely administratív kötelekébe felvettek szerepelnek.

mert hisz jobb anyaggal van dolgunk. Azt látjuk, hogy Munkács, Szeged, Szabadka halálzási csakugyan alul van az országos átlagon, Veszprém, Kecskemét 0.1, illetve 1.1⁰/₀-kal van felette, ellenben Szombathely, melynek anyagát a kihelyezhetés előtti halálzási arányszám jónak mondta, a telepen óriási halálzási mutat. Kassa, melynek anyagát a kihelyezhetés előtti halálzási arányszám ugyancsak jónak mondja, a telepen szintén nagy halálzási mutat. Szombathely s Kassa különleges viszonyai már magyarázatot találtak.

17. számú tábla. Az anya nélkül felvettek kihelyezhetés előtti halálzási különbsége az országos átlaggal szemben egyrészt, ezek telephalálzási eltérése az országos telephalálzástól másrészt.

	Különbség a kihelyezhetési arányszámban az országos átlagos számmal (19.83) szemben	Különbség a telephalálzási arányszámban az országos átlagos telephalálzással (23.09) szemben
Munkács	— 17.16	— 7.35
Veszprém	— 15.48	+ 0.19
Kecskemét	— 11.38	+ 1.15
Szeged	— 9.83	— 2.10
Kassa	— 8.21	+ 8.77
Szabadka	— 6.28	— 6.81
Szombathely	— 5.64	+ 19.64
Gyula	+ 2.83	+ 22.69
Debreczen	+ 3.61	— 1.98
Arad	+ 4.11	+ 42.81
Budapest	+ 4.72	— 5.62
Rimaszombat	+ 6.09	+ 5.48
Temesvár	+ 10.45	+ 25.03
Kolozsvár	+ 10.78	— 5.09
Nagyvárad	+ 12.05	— 0.39
Marosvásárhely	+ 17.01	— 7.16
Pécs	+ 23.41	— 7.02

A kihelyezhetés előtti halálzási arányszáma az országos átlagnál nagyobb a következő helyeken: Gyula, Debreczen, Arad, Budapest, Rimaszombat, Temesvár, Kolozsvár, Nagyvárad, Marosvásárhely s Pécs. A halálzási a telepen ennek megfelelőleg csakugyan nagyobb. Gyula, Arad, Temesvár, Debreczenben mindkét szám csak kis eltérést mutat az átlagtól.

A kihelyezhetés előtti arányszám nagysága dacára, az átlagosnál jobb halálzási mutat Budapest, Kolozsvár, Nagyvárad, Marosvásárhely, Pécs. Ennek most azt a magyarázatot adhatjuk, hogy ez 5 helyen csak teljesen gyógyultakat adnak ki. Ott, hol az intézeti kihelyezhetés előtti halálzási túlnagy, tényező lehet azonban még a kihelyezhetési nehézség s az intézeti infectio.

Ha már most önmagában az anyanélküliek halálzásiát a telepeken nézzük, azt látjuk, hogy az országos átlagos halálzásiánál jóval nagyobb a halálzási a következő helyeken: Arad, Gyula, Kassa, Szombathely, Rimaszombat s Temesvár.

A halálzási nagyságának sorrendjét véve, Rimaszombat az átlagnál valamivel nagyobb halálzásiát (28.57) az anyag aránylag kicsisége magyarázza s ezen a téren is a kitünő új igazgató bizonyára szép eredményeket fog elérni.

Kassa, Szombathely viszonyait már ismertettük.

Gyula nagy telephalálzási 1910-ben valószínűleg egy véletlenü rossz év eredménye, mert 1908-ban s 1909-ben a halandóság kicsi volt. Lévai* magyarázatát, hogy tudniillik valószínűleg Budapestről kaptak gyengébb csecsemőanyagot, a tények czáfolják meg döntően. Ugyanis Budapestről a csecsemők 82⁰/₀-át anyával kapta Gyula. Bizonyos, hogy ezek között sok anya már nem volt szoptató, de a túlnyomó rész szoptató anya volt, már pedig az anya által szoptatott csecsemők halálzási Gyulán igen kedvező, csak 9.3⁰/₀! De egy másik számadat is megdönti azt, mintha a Budapestről kiadott csecsemők a halálos tudógyuladást „már

* Lévai: Gyermekmenhelyeink és csecsemővédelmünk. Budapest, 1911.

18. számú tábla. Az állami gyermekmenhelyek az országos átlagos halandóságnál 2^o/_o-kal nagyobb halandósággal bírtak.*

Az anyánál elhelyezett csecsemők között:														
1908-ban	—	—	—	—	Kassa + 23·76	Kecs- kemét + 2·60	—	—	—	Rima- szombat + 16·47	—	Szeged + 8·12	—	Temesvár + 10·51
1910-ben	—	—	Deb- reczen + 2·59	—	Kassa + 32·22	—	—	Munkács + 6·85	—	Rima- szombat + 3·63	—	—	Szombat- hely + 15·30	—
Az anyával elhelyezett csecsemők között:														
1908-ban	Arad + 81·15	Budapest + 15·66	Deb- reczen + 6·05	—	—	—	Kolozs- vár + 4·05	—	—	Rima- szombat + 0·89	—	—	—	Temesvár + 9·35
1910-ben	—	—	Deb- reczen + 3·59	—	—	—	—	—	—	Rima- szombat + 8·62	—	—	Szombat- hely + 20·33	—
Az anya nélkül elhelyezett csecsemők közül:														
1908-ban	Arad + 31·62	—	—	—	Kassa + 20·98	—	—	—	Nagy- várad + 2·44	Rima- szombat + 7·94	Szabadka + 12·26	—	—	—
1910-ben	Arad + 42·81	—	—	Gyula + 23·69	Kassa + 8·77	—	—	—	—	Rima- szombat + 5·48	—	—	Szombat- hely + 19·64	Temesvár + 25·03

* A kicsi abszolút számok nincsenek tekintetbe véve.

szállítás közben szereztek és az anyátlan csecsemők a helytelen táplálás közben szintén útközben a gyomorbelhurutot. Ha a Budapestről szállított csecsemők ily állapotban jöttek volna Gyulára, úgy mint *Lévai* is mondja, kötelessége lett volna Gyulának tiltakozni ez ellen, s akkor a szállítás alatt történő visszaélésekre fordult volna a figyelem. De ha ily állapotban kap Gyula csecsemőket, akkor ugyebár azokat nem helyezheti telepre, azoknak az intézetben kell elpusztulniok, már pedig a kihelyezhetés előtt az intézetben elhalt anyanélkülieknek arányszáma Gyulán az országos átlagos ily halálzási arányszámnál csak 2·8^o/_o-kal nagyobb, telephalálása e csoportnak pedig a menhelyek országos átlagánál 22·69^o/_o-kal nagyobb! De Gyula maga is statisztikailag megczáfolja ezt a magyarázatot a következő adatokkal: A kanyaróban meghalt 8 pesti gyermek közül meghalt az odaszállítás után 10 hónapra 2, 7 hónapra 1, 6 hónapra 1, 5 hónapra 1, 3 hónapra 2, 1 hónapra 2. A tüdőlobban meghaltak között meghalt a leérkezés után 6 hónapra 1, 11 hónapra 1, 5 hétre 2, 3 hétre 1, 2 hétre 1, 1 hétre 2. Így tehát a szállítás veszélyei döntő befolyást nem gyakorolhattak a gyulai csecsemőhalandóságra. Különben Gyulán a pesti gyermekek közül meghalt 29·2^o/_o, a környezetéből felvettek közül 27·9^o/_o, tehát a különbség 1·3^o/_o. Ennél sokkal nagyobb Franciaországban mindenütt a különbség a petit parisienek s a departement saját gyermekeinek halálzása között.

De nemcsak az adatok czáfolják ezt döntően, de a magyar állami gyermekvédelemben ki van zárva, hogy a csecsemők oly állapotban s oly módon szállíttassanak, hogy az úton tömegesen tüdőgyuladást kapjanak. A Budapestről vidékre induló gyermekeket a felvételkor vizsgálja orvos s csak ha a csecsemőt teljesen egészségesnek találja, lesz a vidék számára felvéve s kerül az átmeneti osztályra. Az átmeneti (transport) osztályon újból vizsgálja orvos s az elindulás előtt közvetlen újból orvosilag lesz megvizsgálva. A legcsekélyebb gyanúnál (pl. 0·1—0·2 hőfokemelkedésnél 37^o felett) a gyermeket Budapesten visszatartja az ügyeletes orvos. Viszont a gyermeket átvevő menhely tartozik értesíteni Budapestet, ha a gyermek betegen érkezik meg s ilyenkor mindenkor a legszigorúbb vizsgálat folyik a vizsgáló orvos s a kísérők ellen. Gyuláról felszólalás nem történt. Most a statisztikai adatok magyarázásánál kifogásolt két egészséges, de debilisen odaszállított gyermeket. Annál meglepőbb Gyulán ez a nagy halálzási most, mert 1908-ban az anya nélkül felvettek halálzási, az intézetet is beértve, csak 25^o/_o volt. Valószínű, hogy a budapesti csecsemők átlagban valamivel gyengébbek, mint a vidékiek. Legalább Franciaországban a parisienek minden departementben nagyobb halálzási mutatnak, mint a departe-

mentbeliek. Ily irányú adataink még nincsenek, de már a közeli jövőben lesznek. Bizonyos, hogy az úton könnyen történhetnek hibák, de Gyula nagy telephalálzását, mint láttuk, ez nem magyarázhatja. A szállítás különben gondos megfigyelés tárgya kell, hogy legyen, mert bizonyos az, hogy a Budapesten felvett csecsemők *java, legjobbjá* kerül csak a vidéki menhelyekbe.

Temesvár nagy halálzási ezen csoportban abból nyer magyarázatot, hogy a temesvári menhelylyel kapcsolatosan gyermekpoliklinika működik s ennek betegeit számos esetben az állami gyermekmenhely veszi fel intézeti ápolásra. Meglepő ugyan, hogy telephalálzási is nagy az anyanélküliek csoportjánál.

Arad képtelen szoptató nevelőanyákat kapni. Ezen a bajon az állami gyermekvédelem vezetői már segítettek, a mennyiben Arad ezentúl anyanélküli csecsemőit a szoptató anyákkal mindig rendelkező Szegedre szállíthatja.

A „veszélyeztetett“ menhelyeket s csecsemő-csoportokat a 18. számú tábla mutatja jól.

Látjuk ebből, hogy úgy 1908-ban, mint 1910-ben az átlagnál rosszabb az *anya által* szoptottak között az eredmény: Kassán, Debreczen, Rimaszombatban. Ezen az ellenőrzés fokozásával lehet majd segíteni. Csak 1910-ben igen rossz Szombathelyen s rossz Munkácson.

Az anyanélküliek halálzási az átlagnál nagyobb 1908 s 1910-ben: Aradon, Kassán, Rimaszombatban.

Feltűnő a rosszabbodás 1910-ben Gyulán, Szombathelyen s Temesvárott. A gyulai és szombathelyi okok már tárgyalattak. Temesvárott a poliklinika csecsemőbeteganyagát az új igazgató-főorvos fokozottabb mértékben veszi állami gondozásba s ezek közül úgy látszik, a telepre is kerülnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Hecht: Die Faeces des Säuglings und des Kindes. Die Bedeutung und Technik ihrer Untersuchung. Mit einem Vorwort von Prof. Escherich. Urban & Schwartzberg. Berlin und Wien, 1910. 186 l.

A bécsi gyermekklinika sok éven át szerzett tapasztalatai alapján teljes részletességgel ismerteti a szerző a csecsemők és gyermekek székletének vizsgálati módját és az egyes vizsgálati eredmények jelentőségét. Ha tagadhatatlan is, hogy

a csecsemő- és gyermekkorban a székletek vizsgálatának a körjelzés és gyógyító eljárás megállapítása szempontjából távolról sincs meg az a nagy jelentősége, a melyet neki még a közelmúltban is egyesek, de különösen *Selter* tulajdonítottak, még sem vitatható el az élettani és kóros viszonyok pontos ismeretének fontossága és a nyert vizsgálati eredmények bizonyos irányú értékelhetése. Csak hasznosnak kell azért tekintenünk olyan munka megjelenését, mely az összes e tekintetben szóba jöhető kérdésekkel saját vizsgálatok és az idevágó nagy irodalom megbízható kritikai méltatása alapján foglalkozik.

A szerző kiterjeszkedik mindenekelőtt a székletek mennyiségére, gyakoriságára, szárazanyag-tartalmára, fajsúlyára, külső sajátságaira, vegyi kémhatására, majd az össznitrogenre, a caseintartalomra, a bacteriummennyiségre, az oldott fehérje-anyagokra, a nucleoproteidokra és a nucleinekre, a nyálkára, a húsmaradványokra s a fehérjék bomlási termékeire. Tárgyalja ezután a vérnek, szénhidratoknak kimutatási módjait, jelentőségét s igen nagy részletességgel a zsírt, végül a meconiumot és a különböző fermentumoknak, epealkotórészeknek kimutatását, stb. Az egészet az idősebb gyermekek emésztési elégtelenségének tárgyalása fejezi be.

A nagy alapossággal megírt munka hasznos kézikönyvül ajánlható mindenkinek, ki ilyen irányú vizsgálatokkal foglalkozik, vagy a ki egyes részletkérdések iránt érdeklődik.

Flesch.

Új könyvek:

M. Pescatore: Pflege und Ernährung des Säuglings. 4. Auflage, bearbeitet von L. Langstein. Berlin, J. Springer, 1 m. — *H. Vogt und W. Weygandt*: Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinnigen. Heft 1. Jena, G. Fischer. 5 m. — *Hecker und Otto*: Beiträge zur Lehre von der sogenannten Weilschen Krankheit. Berlin, A. Hirschwald. 8 m. — *J. Bartel*: Ueber Morbidität und Mortalität des Menschen. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Konstitution. Wien, F. Deuticke. 250 m. — *K. Ziegler*: Die Hodgkinsche Krankheit. Jena, G. Fischer. 9 m. — *F. Strassmann*: Medizin und Strafrecht. Lichtenfelde, P. Langenscheidt. 20 m. — *M. Neu*: Ueber Infusion von Suprarenin-Kochsalzlösungen. Leipzig, J. A. Barth 075 m. — *E. Niessl von Mayendorf*: Die aphasischen Symptome und ihre kortikale Lokalisation. Leipzig, W. Engelmann. 32 m. — *Baisch*: Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. Leipzig, G. Thieme. 540 m. — *A. Robin*: Thérapeutique usuelle du praticien. 2. série. Paris, Vigot frères. 8 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Typhus abdominalis eseteiben a bécsi közkórháznak *Pal* tanár vezette osztályán jó eredménnyel használják az acetylsalicylsavat kis adagban (0.25 gramm, ha a hőmérsék a 39.5° C-t meghaladja). Érdekes, hogy nemcsak a salicylsav és az eczetsav külön-külön nem fejt ki ezt a kedvező hatást, hanem e két alkotórésznek másféle összekötése, így a diaspirin és diplosal sem. Az acetylsalicylsav hasadása a bélben nagyon lassan történik, úgy hogy egy rész még mint acetylsalicylsav szívódik fel. (Zeitschrift für klinische Medizin, 72. kötet, 1. és 2. füzet).

A salicylkészítmények a vesére izgató hatást fejthetnek ki, a mi fehérjevizelés alakjában külföli magát. Ennek a veseizgalomnak több szerző semmi jelentőséget sem tulajdonít, mások ellenben nem tartják közömbösnek, különösen ha a vesék előzőleg nem voltak teljesen épek. *Glaesgen* dr.-nak a strassburgi belklinikán végzett vizsgálatai szerint a salicyl okozta veseizgalom elkerülhető, ha egyidejűleg naponként 6–10 gramm natrium bicarbonicumot adunk. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1911. 21. szám.)

Sebészet.

Az oesophagus ritka megbetegedésének esetét mutatta be *Heyrovsky* a bécsi orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. Az eset 34 éves nőre vonatkozik, a kin 19 éves korában mutatkoztak az első tünetek: csaknem minden étkezés után jelentkező hányás előzetes rosszullet avagy erőlkö-

dés nélkül. Később a hányás léküzdésekor nyomásérzés támadt a mellkasban, cyanosis és nehéz légzés kíséretében. Ismételt felbőgés és hányás után a rohamok rendszeren megszűntek. Hosszabb megfigyelés után oesophagus-megbetegedés állapított meg. A Röntgen-vizsgálat kiderítette, hogy az oesophagus hosszirányban és szélességben kitágult és hogy a rekesz felett S alakú, két harántujnyi kacsot alkot. Az S alakú görbület miatt a cardia szondázása a szájon keresztül nem volt végezhető. Az oesophagus kitágult részéből körülbelül 500 cm³, ételmaradékkal kevert, savi vegyhatású, szabad sósavat nem, csak tejsavat tartalmazó folyadék volt nyerhető. A beteg táplálásának biztosítása céljából gyomorsipolyt készítettek, melyen keresztül a cardiának heges szűkülete állapított meg, alkalmasint a cardiában előzőleg lezajlott, spaszmussal járó ulcus pepticum miatt. A második műtét alkalmával a szabadabbá tett cardia a rekeszizom hiatusáról leválasztott, azon célból, hogy a rekesz fölött lévő kacs a hasürbe lehozassék és azáltal kinyújtassék. Minthogy ez nem volt kielégítő és a stenosis is nagyfokúnak bizonyult, a műtétet akként módosították, hogy az oesophagus és gyomor fundusa között anastomosist létesítettek. A nyelőcső a pleura diaphragmatica megsértése nélkül annyira előhúzható volt, hogy az említett anastomosis a diaphragma alatt kivihetővé vált. A seb per primam gyógyult. A műtét után 5 héttel a beteg minden ételt akadálytalanul nyelhetett. A szerző e módszert különösen alkalmasnak tartja a cardia rövid, heges szűkülete esetén. Mind- eddig az emberen végzett ilyen anastomosisok halállal végződtek, a bemutatott eset az első, mely sikeres volt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1911, 8. szám.)

ifj. *Hahn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A fiatalokorú paralytikusok agyvelejének fejlődés-zavarairól és jelentőségükről a betegség keletkezésében ír *Trapet*. A szerző hat fiatalokorú paralytikus agyvelejét vizsgálta és mindegyik esetben sajátos fejlődési zavart észlelt, ugyanis a kisagyvelő Purkinje-sejtjei között számos kettős magvú és az osztódás különböző phasisait mutató sejtet talált. Hasonló leletről számolt be *Rondoni* és *Sträussler* is, úgy hogy e fejlődési zavart az ifjúkori paralysisre úgyiszlólván jellegzőnek kell tekinteni. Mindenesetre e gyakori lelet a mellett szól, hogy a hereditarius lues a fejlődést gátló hatásával a szervezetet a paralysis későbbi kifejlődésére alkalmassá teszi. A szerző hangoztatja, hogy a leírt fejlődési zavart nemcsak a hereditarius lues idézheti elő, hanem az agyvelő embryonalis fejlődését gátló más kóros befolyás is, de nem oly kifejezetten, intensíven. Felnőtt paralytikusok és lues cerebriben szenvedők kisagyvelejében is hébe-korba találhatók kettős magvú Purkinje-sejtek és a nagyagyvelőben is kettős magvú pyramis-sejtek, de sokkal ritkábban és csekélyebb számban, mint a fiatalokorúakéban. Hogy e fejlődési zavarok támogatják-e *Naecke* nézetét, hogy a paralysis kifejlődéséhez „az agyvelő veleszületett dispositiója” szükséges, az eddigi vizsgálatok el nem dönthetik, de feltétlenül további észlelésre buzdítanak. (Archiv. f. Psych. u. Nervenkr., XLVII. kötet, 1293. 1.)

Goldberger Márk dr.

A zavartság és gyengeelméjűség tüneteit vizsgálta *Laures* és kimutatta, hogy az egyszerű vizsgálat gyakran nem elegendő annak eldöntésére, hogy melyikkel állunk szemben. A toxikus vagy infectiosus aetiologia, a hirtelen kezdet, nagyfokú zavartság, változó amnesia, apathia és a fertőző betegség vagy mérgezés biztos tünetei a zavartságot teszik valószínűvé. Az előrehaladott kor, a lassú kifejlődés, a szellemi működés változatlan hanyatlása, teljes és állandóan fennálló amnesia, az önkritika teljes felfüggesztése, arteriosclerosis tünetei a gyengeelméjűség mellett szólanak. A végyes esetek tanulmányozása fontos útmutatást adhat; ezek az esetek mindenkor hosszabb megfigyelést igényelnek. (L'encephale, V. évf., II. félév, 434. 1.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A tapintható könyökmirigyek jelentőségéről a gyermekkorban ír *Grosser* és *Dessauer*. Vizsgálataik alapján arra az eredményre jutottak, hogy a könyökmirigyek tapinthatóságának sem a csecsemő-, sem a későbbi gyermekkorban nincsen specifikus jelentősége. A csecsemőkorban egyéb tünetek mellett segédtényező lehet a lues diagnózisában, mértékadó szerepe azonban ilyenkor nincs, mert a lueses csecsemők 34⁰/₀-ában nem találtak meggyobbodott könyökmirigyeket, másfelől pedig az angolkóros csecsemők 42⁰/₀-ában kimutathatók ilyenek. Nagyobb gyermekeken meg éppenséggel nem használható a diagnózisban a könyökmirigyek tapinthatósága. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 21. szám.)

A diphtheria retour-eseteiről ír *Sørensen* tanár. A diphtheria retour-esetei nem okoznak oly nagy gondot, mint a vörhenyéi, mert egyrészt ritkábban fordulnak elő, másrészt nem rosszindulatúak. A kopenhágai kórházban az utolsó 12 év alatt 7037 diphtheria kezeltetett és 82 esetben lettek utólag felvéve az elbocsátottaknak hozzátartozói, tehát a retour-esetek gyakorisága 1·16⁰/₀. Az esetek főtömege 4—12 nappal a fertőzést közvetítő egyének elbocsátása után vétetett fel. A 82 elbocsátott, a fertőzést közvetítő egyén közül 73 távozott bacillusmentesen, 8 bacillussal, egy esetben nem történt culturalis vizsgálat. Azon retour-esetek, melyek a bacillussal elbocsátottaknak felelnek meg, ugyanolyan időközben szállítottak be, mint a többiek. Feltűnő, hogy a fertőzést közvetítő esetek közül mily sokan — 90⁰/₀ — voltak bacillusmentesen elbocsátva. Ennek a látszólagos bacillusmentességnek oka lehet a tökéletlen vizsgálati mód, vagy a bacillusok időleges eltűnése. Praktikus szempontból érdekes az a megfigyelés, hogy a bacillussal elbocsátottak mily ritkán fertőzték hozzátartozóikat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. szám.)

Ujj dr.

Venereás betegségek.

A condom történetéhez szolgáltat adatokat *P. Richter* (Berlin). Úgy látszik, hogy az emberek már a legrégebb időben kerestek oly eljárásokat és szereket, a melyekkel a terhességet megakadályozhatják. Így már a Kr. u. első században élő kilikiai *Pedanius Dioskorides* említ a gyógyszerekről szóló nyolcz kötetes munkájában több szert e cél elérésére. A belső szerek közül említést tesz a nyúl megalvadtt gyomortartalmáról s a hód heréjéről, a külső szerek közül a timsót hozza föl, a melyet az „os vulvaeba“ kell helyezni. De a condomnak is van már a régi időben előfutárja. Egy a második században élő költőnek, *Antoninus Liberalis*-nak egyik metamorphosisában a krétai *Minos* királyról szól a mese. Ebben a mesében arról van szó, hogy *Minos Prokris* tanácsára úgy érintkezett nővel, hogy azok vaginájába előbb állati (kecske) húgyhólyagot tétetett. 14 századdal később *Gabriele Fallopio* a caries gallica, más szóval a syphilis ellenében praeparált és a penis beburkolására alkalmas vászondarabot ajánlott. *Fallopio* ezt a tanácsát elég részletes magyarázattal látja el, mely a „de morbo gallico liber absolutissimus“ című munkájának 89. fejezetében található. A condomról már a 18. században írnak, mint létező óvszerről. Így *Daniel Hunter* 1717-ben és *Christoph Girtanner* 1788-ban. *F. Swediaur* nevű francia szerző munkájában 1801-ből találkozunk először azzal az adattal, hogy a „condom“ nevű óvszert 40—50 év előtt egy *Condom* nevű londoni ember találta föl. Az óvszert, melyet a bárány coecumából készítettek, akkoriban csak Angliában nevezték ily módon, Párisban „redingote anglaise“ volt a neve. A föltalálója utóbb oly megvetésnek volt kitéve, hogy kénytelen volt még a nevét is megváltoztatni. A 19. század irodalmába azután az az adat csúszott be, hogy *Condom* vagy *Conton* II. Károly angol király udvarának egyik orvosa vagy udvaroncza volt. *Ivan Bloch* szerint azonban eredetileg nem volt szó arról, hogy *Condom* nevű egyén egyáltalában létezett volna. *Ferdy-Meyerhof* azért azt hiszi, hogy a „condum“ a „condus“-nak accusativusa s tu-

lajdonképpen „receptaculum seminis“-t jelent. *Richter* a to-vábbiakban kimutatja, hogy ez a magyarázat a legvalószínűbb. Igen szorgalmas és gondos kutatásából t. i. kiderül, hogy a condum egy a görögből, illetőleg perzsából ellatinosodott szó, mely a gabonamagvak eltevésére alkalmas edényt jelentett. Valószínű, hogy ennek az agyagból készült edénynek a nevét valamelyik, a középkori latin nyelvben járatos tudós — eleinte talán tréfásan — az állati szövetből készült óvszerre is alkalmazta. (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1911. XII. kötet, 1. füzet.) *Guszman*.

Húgyszervi betegségek.

Az ureterbe ékelt kövek kórtanáról és gyógyításáról *Necker* és *Gagstaller* (Zuckerlandl osztályáról) a következőket írja. Az ureterkövek, melyek vegyileg a vesekövektől miben sem különböznek, mindig másodlagosak, vagyis nem ott képződtek, a hol találjuk őket, hanem a veséből ide levándorolt kövek, melyek rendszeren az ureternek anatómiailag ismert 3 szűkülő része valamelyikében akadnak meg. Míg a magasán ülő ureterkövek által okozott jelenségek a vesekövekével teljesen azonosak, addig azon kövek, melyek mélyebben csúsztak le a hólyag felé, amazokon kívül másfajta, eléggé jellegzetes tüneteket is okoznak, melyeket a szerzők 26 esetben szerzett megfigyeléseik alapján a következőkben ismertetnek. A subjectiv tünetek közül a legpraegnantabbak s többnyire legelőbb is jelentkeznek az ureter mentén rohamszerűen támadó fájdalmak; a borzongás és láz, melyek a húgyutak fertőzésére olyannyira jellegzetesek, már jóval ritkábbak. Nagyon fontos azon észlelésük, hogy az ureternek minél alsóbb részében ékelődött be az ureterkő, annál inkább lépnek előtérbe a hólyagtünetek. Igen jellemző továbbá az alhas egy bizonyos pontjáról az ágyék felé kisugárzó fájdalom is. Mindezen tünetek azonban nagyon is labilis támogatok az ureterkő helyének megítélése tekintetében, hiszen köztudomású, hogy a gyanus tünetek akárhányszor az egészséges oldalon jelentkeznek. Igen nagy fontosságot tulajdonítanak a szerzők a nephro- és ureterolithiasis diagnózisában a veres vörsejtek jelenlétének a vizeletben, a mely tünet 26 észlelt esetök egyikében sem hiányzott.

Igen gyakoriak a téves diagnózisok, főleg az appendicitis, adnexmegbetegedések, sigmoiditis, cholecystitis és neuralgiák megkülönböztetése okozhat nagyon sok esetben elég nehézséget. A diagnosis megállapítására néha már a cystoskopia egymagában is elégséges; akárhányszor ugyanis a circulatiós zavar következtében emlíszzerűen kiemelkedő ureterpapilla kelti fel az ureterkő gyanuját, sőt ez utóbbi ureterprolapsust is okozhat. Az ureterkateterismus nem nagy jelentőségű az ureterkő megállapítása tekintetében, annál fontosabb azonban a radiographia. Mint-hogy azonban a medenczében más képletek (phlebolithok stb.) is vethetnek árnyékot a képen, tanácsos, hogy minden esetben mandrinok catheter segítségével a követ helyéről elmozdítsuk, hogy az árnyéknak ugyanakkor elmozdulása az ureterbe ékelt kő diagnózisát biztossá tegye. Negativ Röntgenlelet nem zárja ki ureterkő jelenlétét. Ilyenkor *Israel* metszésével extraperitonealisan feltárjuk az uretert és ha ezt kitá-gultnak találjuk s tapintáskor esetleg gyanus ellenállást észlelünk, nyissuk meg az uretert. A szerzők csaknem összes eseteikben az extraperitonealis ureterolithotomiát végezték; nagyon lenn, az ureter alsóbb részében fekvő köveknél a vagina avagy a végbél felől az ureter alsó részletét az egyik műtő-segédvel feltolatták, hogy a követ minél könnyebben meg-ragadhassák s fixálhassák. Már sokkal több munkát adnak az intramuralis ureterkövek, ilyenkor mégis néha sikerült nekik a glycerinbefecskendéssel való mobilizálás, de a szerzők mégis kénytelenek elismerni, hogy ilyen esetben leg-többször csak a sectio alta fog a betegen igazán segíteni. (Wiener klin. Wochenschrift 1911. 8. szám.)

Drucker Viktor dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A felső légutak rossztermészetű daganatainak radiummal való kezeléséről ír *Freudenthal* (New-York). E kezelést azon esetekben tartja javasoltnak, a melyekben a sebészeti eljárások eredménytelenek voltak, továbbá az inoperabilis esetekben, valamint ha a beteg a műtéti kezelésbe nem egyezik; különösen alkalmasak azon tájékok, a melyeket egyéb (Röntgen) sugarak nem érnek el, így a Highmor-üreg, az orrgarat. A felső állcsont osteosarcomája, az orrgarat lymphosarcomája, a tonsilla epitheliomája és sarcomája, az oesophagus felső részletének carcinomája eseteiben igen jó eredményeket ért el, miután esetei nagyobb részében a radikális operációs beavatkozás sikertelen volt; ulcus rodensnek az arcra, a felső ajakra, az orrbemenetre ráterjedő súlyos eseteiben is szép és gyors gyógyulást ért el. Kétféle radiumot alkalmaz aluminium-csövecskékben; az egyik 10 mgr. 1.000.000 radioaktivitású, a másik 70 mgr. 1.800.000 radioaktivitású tiszta radiumot tartalmaz. A sugárzást 10 perctől 24, sőt 36 óráig alkalmazta egyfolytában, a legtöbb esetben ismételt. Olykor már 10 percnyi sugározat után erős vizenyő mutatkozik, mely a pharynxban és larynxban olyfokú lehet, hogy dyspnoét okoz; utóbb sarjképződés áll be, majd szétesés s nagy fekélyes felület támad, a mely olykor feltűnő heg nélkül gyógyul.

Gégerák eseteiben a thyreotomiát ajánlja, minden kóros rész eltávolítását s csak ezután a radiumtubus alkalmazását. (Archiv für Laryngologie, XXV. kötet, 1. füzet 1911.)

Safranek dr.

Fizikai és diatás gyógyításmódok.

A német és a francia hydrotherapia összehasonlítása. *Tschlenoff*-nak, ki egy svájci vízgyógyítóintézet orvosa, gyakran van alkalma különböző nemzetiségű betegeinek hazulról magukkal hozott orvosi utasításaival megismerkedni. Feltűnőnek találja, hogy a németek többnyire azzal keresik fel, hogy lehetőleg *enyhe* vízkúrában részesüljenek, némely esetben részletes utasítást is hoznak magukkal, a melyben többnyire langyos félfürdő és vizespólya szerepel. Számos esetben az utasítás még külön is hangsúlyozza, hogy a beteg zuhanyt ne kezeltesse. A francziák ellenben éppen a zuhanyt rendelik. Ha ő valamely nyomós okból, pl. azért, mert az előírt kúra mit sem használ, vagy éppen ártalmas, változtatni akar rajta, a németek s oroszok ebbe hamarosan belenyugosznak, a francziák azonban nem. Ez utóbbiakat nagyon nehéz rávenni arra, hogy előttük ismeretlen alkalmazásba belenyugodjanak. Igaz, hogy a francziák az erélyesebb alkalmazásokat aránylag sokkal jobban is tűrik, valószínűen azért, mert ezekben megbíznak, míg a németekbe a zuhanytól való félelem már hazulról bele van nevelve.

A francziákon szerzett tapasztalásain okulva, a szerző újabban több esetben alkalmazza a zuhanyt mint régebben, a mikor csak a német iskola nyomdokain járt. A zuhanyt mostanság már a kezelés elején is rendeli, ha jól táplált és csak kevéssé ingerlékeny beteggel van dolga s az a célja, hogy azt erősítse. Tehát azon esetben, a melyben általános motorius gyengeségről van szó — mint a minő a neurastheniásokon oly gyakran észlelhető — vagy ha a betegnek valamely szerve renyhén működik (gyomor-bélatonia stb.). Ezt rendeli szellemi és lelki túlerőltetésből eredő gyengeség vagy kimerülés, valamint torpid chlorosis, impotentia s hasonló más baj esetén is.

Kétséget sem szenved, hogy erélyes zuhanyozással, tehát erőművi behatással egybekötött hőmérséki ingerrel nemcsak a vérkeringést bírjuk megváltoztatni, hanem idegingerlő és ennek útján bizonyos pótló hatást is fejthetünk ki. Ezzel kedvezően hathatunk neuralgia, enteralgia, par- és anaesthesia, vérkeringési zavar és a hasi szervek angioneurosis esetén. A skót zuhany, mint ezen vízkalmazásoknak legerélyesebb módja, helyi megbetegedés — rheuma vagy más természetű gyulladásos izületi baj — ellen is kedvező eredménnyel rendelhető.

Bár a zuhanyozást a németországi vízgyógyítóintézetekben az utóbbi években gyakrabban alkalmazzák, azért ezek itt a félfürdővel, bepólyázással és lemosással szemben mégis háttérbe szorulnak. Az utóbb említett vízkalmazások is a zuhanyhoz hasonlóan hatnak, de sokkal enyhébben és első sorban megnyugtató hatással vannak az idegrendszerre. Ezeket tehát főként azon neurosis-esetekben alkalmazza, a melyekben az izgatottsági jelenségek az uralkodók (ingerlékenység, álmatlansággal vagy migráinnal párosult idegesség, Basedow-kór, tabes stb. eseteiben). A zuhanyt kivételosen ugyan ezen esetekben is alkalmazza, különösen ha ez a betegnek magával hozott utasításában szerepel. De azt számos ily esetben ismét be is kell szüntetnie és legalább is az első időben az említett megnyugtató vízkalmazásokkal kell helyettesítenie. A kezelés 2—3. hetében, a mikor az illető rendszeren bizonyos fokig már megnyugodott s már az erősítésre lehet áttérni, időnként rövid ideig tartó zuhanyt is rendel. Ha ezt jól tűri, a zuhanyt délelőttönként 2—2½ légköri nyomással 4—6 mp.-ig továbbra is adja és délután félfürdőt vagy pólyát alkalmaz. Egyes esetekben azonban (pl. migrain, Basedow-kór és tabes eseteiben) egyáltalán nem kockáztatja azt, hogy zuhanyt adjon. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie, 1911. 5. füzet). *Lenkei V. D.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A lábszárfekélyt *Althoff* következő módon gyógyítja: A fekélynek szappanos vízzel, alkohollal és sublimattal alapos megtisztogatása után 3—4 napig aluminium aceticumos borogatást rakat, a melyet 3 óránként változtat. Ezután nappal a következő kenőcsöt alkalmazza: Rp. Argenti nitrici 0.75; Bals. peruv. 2.5; Vasel. alb. ad 50.0. Éjjelre 1:1000 sublimat-oldattal borogatást rakat, a mely legfeljebb 2 cm.-rel haladja túl a fekély széleit; a borogatást vízálló szövetrel fedi be. A kötés-változtatást megelőzően a fekély 4—5 percig áztatandó langyos vízben. E mellett ideálpólya alkalmazása, a diatá szabályozása, hetenként egyszer sós hashajtó, az alkohol és dohány megszorítása. Némelyik beteg nem tűri a sublimatborogatást. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 16. szám.)

A digipuratummal szivbaj 180 esetében tett kedvező eredményeiket ismertetik *Boos, Newburgh* és *Marks*. Különösen kiemelik prompt hatását a húgykiválasztásra, továbbá hogy hányást vagy hasmenést egy esetben sem észleltek, sőt nem egy esetben a fennállott hányás digipuratum használatára megszűnt. Cumulativ hatást sem láttak, pedig sokszor hosszú időn át szedték a betegek a szert. Így egy 16 éves fiú 6 hét alatt 106 tablettát fogyasztott el, egy másik beteg pedig, a kit haldokolva hoztak a kórházba s a kin nagyobb adagokra egy hét alatt beállott a compensatio, később hónapokon át vett naponként 2 tablettát. (The archives of internal medicine, 1911. 4. szám.)

A heveny gonorrhoea kezelésében *Moschetti* (Turin) nem barátja a helyi kezelésnek, mint a mely a helyi izgalmat fokozza. Helyette olyan szereket ad belsőleg, a melyek a vizelettel kiválasztva antiseptikus hatást fejtenek ki. Így nagyon jó eredményeket látott a diplosaltól, a melyből naponként 6-szor ad 0.5 grammot. Később, a mikor a helyi izgalom csökkent, húgycsőfecskendezéseket is végez antisepticumokkal, néha balzsamos szereket is rendel. (Medicina nuova, 1911. 1. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 24. szám. *Szántó Manó*: A salvarsan refracta dosi alkalmazva. *Hoor Károly*: A szaruhártya bántalmairól.

Orvosok lapja, 1911. 24. szám. *Manninger Vilmos*: Kötéstan. A kötésváltás technikája.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 24. szám. *Sellei József*: A vesék sókiválasztása, különös tekintettel a theocin natrium-aceticumra. — Mellékletül: Szülészeti és nőgyógyászati 2. száma. *Nádory Béla*: A harántfekvéséről.

Orvosképzés, 1911. 5. és 6. szám. *Tauffer Vilmos*: A pathológiás anteflexio és a retroflexio kórtana és gyógyítása. *Bársony János*: A

vetésekről és kezelésükről. *Tóth István*: A méhvérzészről. *Lovrich József*: A méhrepedésről. *Imre József*: A szemhéjszél fekélyes gyuladása. *Hoor Károly*: A conjunctivitis lymphatica. *Blaskovics László*: A trachoma gyógyítása. *Grósz Emil*: A glaucomáról. *Scholtz Kornél*: A szem sérülései a munkaképesség szempontjából.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Fialka Gusztáv* dr. budapesti gyakorló orvosnak, a „Gondviselés” című, ápolónöket képző egyesület oktató orvosának a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a magyar nemességet adományozta „gavosdiai” előnévvel.

Kinevezés. A pannonhalmi Szent Benedek-rend főapátja a balatonfüredi főorvosi állásra *Kossutány István* dr.-t nevezte ki. — *Kövérny Ernő* dr. vajdahunyadi városi orvost tb. vármegyei főorvossá, *Neumann Ignác* dr.-t Apatinban tb. járási orvossá nevezték ki.

Választás. *Tompka Károly* dr.-t Veprődön községi orvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét májusban 118 esetben vették igénybe, a műtétek száma 84 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum májusban 126 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 92 volt.

A budapesti poliklinikán május havában 4881 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 14 620 volt.

A „Stefánia”-gyermekkorház f. évi június hó 11.-én tartotta 72. évi közgyűlését gróf *Zichy Agost*, v. b. t. t. főudvarnagy elnöklelte alatt. A közgyűlés örömmel vette tudomásul a kórház fokozatos fejlődését; a gyűlés után *Bókay* tanár igazgató kalauzolása mellett megismerelte a kórház új s mintaszertűleg berendezett 12 ágyas csecsemő-osztályát s az ezzel kapcsolatos teljes felszerelésű tejkonyhát. A lefolyt évben a kórház ambulans betegeinek száma 23.149 volt s összesen 1661 beteg gyermek kezeltetett az intézet 148 ágyn. A csecsemő-osztály megnyitásával az ágyak száma 160-ra emelkedik.

Meghalt. *Záhornáczky László* dr. Sopronban, 47 éves korában.

Zemplén vármegye sátorlajaujhelyi „Erzsébet” közkórházának 1910. évi működését bocsájtotta közre *Chudovszky Móricz* dr., a kórház igazgatója, a főszűrt — mint már évek óta — a kórház érdekesebb eseteinek ismertetésére helyezve. A kórházban az elmúlt évben 3135 beteget ápoltak, vagyis mintegy 600-zal többet, mint az előző évben. A halálozási százalék 5-1-re csökkent. Különösen nagyon csökkent az elmebetegek halálozási százaléka (11,7% a 1909. évi 19,6%-kal szemben). Műtétet a múlt évben 1213-at végeztek.

Megjelent. *Siklóssy Gyula* dr.: A glaucomáról. Klinikai előadások. I—II. Budapest, 1911.

Személyi hírek külföldről. *H. Dürck* dr., a jeni kórbonczani intézet igazgatója, állásáról lemondott s a müncheni jobb-isarparti városi kórházak protectoratusát veszi át. — *B. Fränkel* dr., az orv- és gégeorvostan prof. ordinarius honorarius s az egyetemi rhino-laryngológiai poliklinika vezetője a berlini egyetemen, nyugalomba vonul.

„Radium in Biologie und Heilkunde” címmel új folyóirat indult meg *Gudzent* és *Marckwald* dr.-ok szerkesztésében, előkelő szakemberek közreműködésével, J. A. Bartl kiadásában Lipszében. Évenként 12 füzet jelenik meg; ára egy évre 12 márka.

Az influenza történetéhez. Az eddig ismert adatok szerint az influenzajárványok történelmét biztosan a XIV. évszázadig lehet visszavezetni; az 1580.-i járvány volt Magyarországon az első, melyről biztosan mondhatjuk, hogy az az influenzához tartozik (I. *Ángyán B.* A belgyógyászat kézikönyve, I. k. 682—683. l.). A történeti feljegyzések pótlására szolgálhatnak a következő sorok, melyekből kiderül, hogy az influenzát hazánkban a XV. század végén, vagy a XVI. század elején, tehát jóval előbb az 1580.-i járványnál, már ismerték, gyógyították, sőt magyar névvel is ellátták, annak jeléül, hogy az nem tartozott a ritkább betegségek sorába. *Schönherr Gyula* 1903-ban, a római Casanate-könyvtárban egy eddig ismeretlen *Covincodexet* fedezett föl, mely az állat-, növény- és ásványvilág termékeinek rajzokkal megvilágított lexikonszerű leírása. Nem kevesebb, mint 87 lap, legfelső részén, a képek fölött, felírások vannak, melyeknek az volt a céljuk, hogy a codexben leírt és képekkel ábrázolt tárgyakat magyar nevéükön nevezzék meg (I. Magyar nyelv I. k. 249. l.). E megnevező felírások között találjuk a következőt: *erotten nátha fy*. E felírás értelme minden kétséget kizárólag annyi, mint: *erötlén nátha fű* és azon növényre vonatkozik, a melyet annak idejében az erötlén nátha gyógyítására használtak. Hogy melyik ez a növény, azt a rendelkezésünkre álló adatokból nem állapíthatjuk meg. Az erötlén nátha értelmezése nem szorul bővebb magyarázatra, mert mindannyian tudjuk, hogy az nem volt egyéb influenzánál. Az elnevezés annyira találó, hogy annál megfelelőbbet ma sem lehetne alkotni. A codex irásából ítélve, e könyv a XV. század végéről vagy a XVI. század elejéről származik, a mely eléggé bizonyítja, hogy az influenza hazánkban már ezidőtájt is ismert betegség volt. *Erdős János* dr.

Helyreigazítás. *Szana Sándor*: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei cikkébe sajtóhiba csúszott be. Ugyanis a 431. oldalon a 10. számú táblába „anyánál maradt szoptatási engedélyvel” „anyánál

maradt szoptatási segélyvel” értendő. Azonkívül a 431. oldal első sábjára 5. bekezdésében nem 15, hanem 21% olvasandó.

Gámán Béla dr. egyetemi magántanár orvosi gyakorlatát Rohitsch-Sauerbrunn fürdőn újból megkezdette.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletében befizettek: *Schöntheil Mór*, *Vermes Dezső*, *Agyagásy Károly*, *Glaser Károly*, *Korein Adolf*, *Frank János*, *Koszorús István*, *Kápolnay Kálmán*, *Kiss Gyula*, *Matolcsy Kálmán*, *Szabady Lajos*, *Spányi Géza*, *Lefkóvics Mór*, *Reisz Miksa*, *Widder Péter*, *Fridrich Alajos*, *Mátrai Gábor*, *Rosenberg Jenő*, *Révay Izidor*, *Szász Hugó*, *Fejér Gyula*, *Groák Ernő*, *Offner Oszkár*, *Weisz Jakab*, *Deutsch József*, *Baumhorn Ármin*, *Adler Alajos*, *Demkó Béla*, *Rajna Mór*, *Teleki Sándor*, *Farkas Elemér*, *Márkus Jenő*, *Weiszhausz Samu*, *Fábián Béla*, *David Miklós*, *Klasz Pál*, *Kanócz János*, *Berkes Sándor*, *Celler Nándor*, *Erney János*, *Nagy Ottó*, *Mayer Adolf*, *Miklós Jakab*, *Polgár Miksa*, *Faragó Géza*, *Horváth Mihály*, *Austerweil László*, *Marton Imre*, *Hercz Oszkár*, *Mészáros Béla*, *Csiky Ferencz*, *Hofbauer Miklós*, *Sipos Mór*, *Steinitz Adolf*, *Schwarz Alajos*, *Rosenauer Gusztáv*, *Donogány Zakariás*, *Komlósi Béla*, *Olariu Valér*, *Nemlaha Géza*, *Szentkirályi István* 4—4 koronát.

Katona József dr., pénztáros.

Dr. Frenkel-Heiden számos hozzá intézett kérdezőkérésre tudatja az érdeklődőket, hogy június 15.-étől, szeptember végéig *Heiden*-ben, *Schweiz Kanton Appenzell*, a *Bodeni-tó* felett, fog tartózkodni. Október 1.-étől kezdve ismét átveszi a *Quisisana-sanatorium*, *Grunewald*, *Berlin m.*, *Winklerstrasse 24* a gyakorlati therapia főfelügyeletét *atxiánál* (tabesnél stb.). (Lásd hirdetését.)

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

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

Orvosi laboratorium: **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd.
Telefon 26—96. VI., Ó-utca 39.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet
megnyílt.

posta VISEGRÁD (Pestmegye)
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Diätetikus konyha. Pensio — fürdőhasználatlalt és ötszöri étkezéssel együtt — heti 70 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

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

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

Iglófürdő Elsőrangú vízgyógyintézet,
gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla**.

Gyermeksanatorium PORTORÉ
(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Felneveltek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospektus.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos
Budapest, Rákóczi-út 19. orvosi műszerek gyára.

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.

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

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

BAD HALL □ **OBBERÖSTERREICH**
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi Orvostársulat (V. ülés 1911 márczius 8.-án.) 455. l. – A Magyar Sebésztsárság IV. nagygyűlése. 456. l.

Közkórházi Orvostársulat

(V. ülés 1911 márczius 8.-án.)

Elnök: Juba Adolf.

Jegyző: Mohr Mihály.

Gyomorresectio után jelentkezett arterio-mesenterialis ileus.

Pólya Jenő: B. A. 40 éves postásnak 1 év óta van a gyomrára panasz. Baja étvágytalansággal, gyomornyomással, savanyú felbőgéssel kezdődött. Később hányás, gyakran vérhányás csatlakozott hozzá, mely az utóbbi időben mind gyakoribb lett; nagyfokban soványodik. Felvételekor a szt. István-kórházba a rendkívül lesoványodott anaemiás férfi gyomra tágult, a köldök felett és tőle kissé jobbra homályos resistentia tapintható. Nagy retentio. Éhgyomorra 500 cm³ barnás gyomortartalom. Összaciditás 60, szabad sósav 35, tejsav nincs, mikroszkop alatt Boas-Oppler-bacillusok nem találtak.

Műtét 1911 január 27.-én. A kívülről tapintható daganat a pylorus és antrum pyloricum hátulsó falán ül, a pankreassal erősen összekapaszkodott; erős környéki mirigy-megnagyobbodás. A daganatot, mely a pylorust erősen megsűkíti, a pankreas megfelelő részével s a környéki nyirokcsomókkal együtt reszekáljuk, a gyomorcsontot vakon elzárjuk, s a duodenumot Kocher szerint a gyomorcsont hátulsó falába implantáljuk. Tamponálás. A kiirtott gyomorban keményszélű callosus ulcus van, mely mélyen befűrődött a pankreas állományába.

A műtét utáni éjjel és az azután következő napon több ízben vérhányása volt a betegnek, azután azonban jól összedezte magát, a lefolyás teljesen láztalan volt. A midőn a beteget a 3. naptól kezdve bővebben kezdtük táplálni, a sebből bő váladék, tiszta pankreas-nedv kezdett folyni, mely a környezetet meglehetősen összemarta. A seb összevarrt része mindazonáltal primára gyógyult. A táplálkozás január 30.-ától február 6.-áig teljesen zavartalanul ment, a betegnek kitünő közérzete volt. Február 6.-án igen mohón egymásután több pohár folyadékot ivott meg, aztán gyomrát nehéznek érezte, de nem szólt és habár kevesebbet vett magához, tovább táplálkozott. Február 7.-én már sokat csuklott és bőfögött, éjjel hányni kezdett és 8.-áig több csésze feketés színű hányadék volt; pulsusa filiformis, igen szapora. A gyomortáj puffadt, loccsanás a köldök alatt is, szelek mennek. Rögtön megvonunk minden ételt és italt, a gyomrot kiürítjük (sok gáz és folyadék ürül) s felemelt farral és mélyen fekvő fejjel helyezük el az ágyban. Erre pulsusa és közérzése tetemesen megjavult. A következő napon állandóan felemelt farral fekszik, enni-inni nem kap, tápláló klysmákkal tartjuk. 10.-én próbálunk inni adni igen kis adagokban. Ezt jól tűri és csak 14.-én d. u. hány egyszer $\frac{1}{3}$ genyecsészényi fekete folyadékot. Újra teljes beszüntetése a per os táplálkozásnak. Következő napon ezt újra megkezdjük, s midőn látjuk, hogy a táplálkozást több napon át jól tűri, a felkelést is megengedjük. Ettől kezdve gyorsan összedezte magát, sebe is márczius 1.-ére begyógyult. Jelenleg közérzete igen jó, étvágya kitünő, gyomrára semminemű panasz sincs.

Azt hiszem, hogy a műtét utáni 12. napon észlelt súlyos collapsusnak, tömeges hányásnak és nagyfokú gyomortágulásnak — melyek együttvéve az arterio-mesenterialis ileus szindrómáját alkotják, s melyek a beteg czélszerű fektetése és gyomrának kiürítése után egy csapásra megszűntek — elsődleges oka ez esetben a gyomor kitágulása volt. A pylorus-szűkület folytán már dilatált s a nagy műteti beavatkozástól megviselt gyomor izomzata a február 6.-án hirtelen történt nagytömegű táplálék-felvétel folytán felmondta a szolgálatot, bennult s a gyomorcsont ad maximum kitágulva, lenyomta a vékonybeleket a medenczébe, mi által a duodenum com-

pressiója folytán a gyomor elzáródása teljes lett. Az egyén nagyfokú lesoványodása e mechanizmus létrejöttét előmozdította.

Manninger Vilmos: 65 éves nő-betege volt, kin ugyanilyen módon jött létre az arterio-mesenterialis ileus. A betegen carcinoma pylori miatt végzett gastro-enterostomiát és a 4. napon villámszerűen állott be nagy collapsus kíséretében az ileus. A gyomor kiürítése és a beteg fektetése után minden rendbe jött. Ez az eset is azt bizonyítja, hogy az ilyen gyomorresectiók után beálló arterio-mesenterialis ileus oka a gyomor elsődleges tágulása. Lehet, hogy más hasműtétek után más a mechanizmus.

A tetanus-méreg terjedése az idegek útján.

Manninger Vilmos: Meyer és Ransom szellemes, termékeny elméletét újabban különösen a klinikusok részéről sok támadás érte. Ez indokolja, hogy minden eset, mely a vitás kérdés tisztázására vezethet, a szakkörök ítélete alá kerüljön. Meyer és Ransom, a mint ismeretes, azt állította, hogy a tetanus mérgeinek javarésze az idegpálya útján szívódik fel és jut el a gerincvelőhöz. Ezen állítást azzal bizonyították, hogy oly állatok, melyeknek végtagjába tetanus-toxin halálos mennyiségét fecskendezték be, elpusztultak, ha az egész végtagot — a csontot is — circularisan átmetszették és csak az idegeket hagyták sértetlenül, viszont életben maradtak, ha csak az illető testrészhez vezető idegeket vágta át. Ugyanezt az eredményt érték el akkor, ha az idegekbe — a góctól centralisan — antitoxint fecskendeztek be.

Az elméletből levont gyakorlati következtetés az endoneuralis injectiók ajánlása volt. Az első esetek igen kedvező eredményt adtak. Később a bővebb tapasztalat látszólag ellentmondó eredményekre vezetett. Ezek alapján több oldalról tagadásba is vették a Meyer-Ransom-féle elmélet igazságát. Az eset, melynek alapján klinice is igazolhatónak vélem az elmélet helyes voltát, a következő:

A beteget a Margit-kórházba súlyos zúzott sebekkel vették fel. Minthogy a súlyos roncsolás dacára az utca porával való bepiszkolás csak felületesen látszott, az esetet ellátó orvos főlölegesnek tartotta az osztályon ily esetekben rendszeren alkalmazott prophylaxisis oltást és a beteg sebeit a szokásos ellátásban részesítette. Nyílt kezelés. A sérülést követő tizedik napon veszi észre az osztályos orvos, hogy a beteg karjában tonico-clonusos görcsök mutatkoznak. Majd trismus-jelek is észlelhetők. 12 órával a localis tetanus első jele után általános súlyos roham. Közvetlenül ezután narcosisban szabaddá teszszük a plexus brachialis és annak minden egyes törzsébe annyi antitoxint fecskendezünk be, hogy orsószzerűen megduzzadnak. Az antitoxinból még az idegtörzsek közé is öntünk és így zárjuk a sebet.

A narcosisból való felébredéskor még egy súlyos roham. Ezt követőleg a rohamok extensitas és intensitas dolgában mindinkább enyhülnek, úgy hogy 4 nap alatt a tetanus általános tünetei megszűntek.

A miért az esetet elvi fontosságúnak tartom, a következő:

1. Az általános rohamot megelőzően a tetanus localis volt (a karban).

2. Az idegeknek antitoxinnal való elárasztása után a tetanus általános tünetei megszűntek, de a localis tetanus a karban még három hétig megmaradt (tonus-fokozódás, clonusos görcsök ingerlésre).

3. Antitoxin, Baccelli-kezelés és a legintenzív helybeli kezelés dacára a tetanus-csírák életben maradtak a sebben és ott tovább termelték a mérget. Bizonyosság a localis tetanuson kívül az a körülmény, hogy a helybeli gyógyulás, az általános tünetek lezajlása után 6 hétre a kép recidiválása után általános tetanusroham fejlődött ki. Ekkorra az idegek blockade-ja már nagyrészt megszűnt.

E körülményekből a therapia szempontjából a következő elméleti tételt tartom igazoltnak: A tetanus-méreg javarésze az idegek mentén szívódik fel. Ha elég korán végrehajtják az idegek elzárását, az általános rohamokat és ezzel a tetanus fő veszedelmét csökkenthetjük. Nem tudjuk befolyásolni a méregnek azt a részét, mely az általános keringésbe jutott és az idegmagvakhoz rögzítődött. Ezért csak kezdődő esetek ígérnek kilátást. Bizonyosság erre, hogy kissé előrehaladott esetekben még a leggyökeresebb méregkirekesztés, az amputatio sem használ.

Mellékesen kitér az előadó a *Bacelli*-eljárás előnyeire és az antitoxin sterilítésének kérdésére. Ez utóbbiról 3 eset említésével odanyilatkozik, hogy a német serumot nem tekintheti sterilisnek.

Gellért Elemér: A *Pasteur*-féle serum után ők sohasem láttak phlegmonét. Ajánlja a serum prophylaxisos alkalmazását és szeretné, ha ez irányban propagandát indítanának.

Haslövés folytán előállott többszörös bélsérülés operált esete.

Jung Géza: 9 mm.-es pisztolylövés okozta vastag- és vékonybél-sérülés, melyet a sérülés utáni ötödik órában operáltak meg, a legkezdetibb peritonealis tünetekből állapítva meg a diagnózist.

A beteg 3 hét után gyógyultan hagyta el a kórházat. Az esetből azon sokszor hangoztatott következtetést vonja le, hogy az infectio szempontjából oly veszélyes sérülések, mint a milyen a vastagbél-sérülés is, ha elég korán kerül műtét alá, helyes diagnosis alapján elég jó prognózist nyújt.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Budapest, 1911 június 1–3.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr.

(Folytatás.)

Az első vitakérdés második referense *Szigethy Gyula Sándor* (Kaposvár) tisztán sebészi szempontokból részletezte a diabest.

Tárgyalta a diabetes okozta és sebészi beavatkozást igénylő megbetegedéseket, ú. m. a furunculust, carbunculust, phlegmonét, a gangraenát s végül a genyes középfülgyuladást.

Szigethy főleg a diabetes folyamán fellépő üszkösödésre terjeszkedett ki.

Ezzel kapcsolatban a diabetesben szenvedő betegeknek a műtétre való előkészítéséről szolt és azon szabályokat ismertette, a melyek a diabetikusok műtévesekor tekintetbe jönnek. Műtét előtt a vizeletnek cukorra való pontos vizsgálata szükséges és a műtétet cukormentesítő diatának kell megelőznie.

Ezer beteg közül, kinek vizeletét bajukra való tekintet nélkül vizsgálta, pusztán két szabad sérves betegnél talált 2–3% cukrot. Műtét előtt mindkettőt diatára fogta, a vizelet cukormentes lett, a narcosis simán ment. 14 nappal a műtét után betegek primán gyógyult sebbel hagyták el a kórházat.

Szigethy nem ajánlja, hogy a cukormentesítő diata után rögtön operáljunk.

Azonkívül diabetes esetén úgy a műtét előtt, mint a műtét után a coma elkerülésére natrium bicarbonicumot kell adagolnunk. Igen nagy, sok vérvesztéssel és hosszas narcosisal járó műtéteket lehetőleg kerüljünk, hacsak nem életmentő műtétek. Különösen felhívja figyelmünket arra, hogy diabeteses beteget csak egyszer és igen rövid ideig altassunk.

Mivel jó erőben levő, kevés cukrot ürítő betegnél szigorú asepsissel és sima műtévesű technikával a vizelet cukormentesítése után a műtét sebek épp oly simán gyógyulnak, mint más betegekéi, a diabetes kellő cautelák szemmeltartásával a sebészi műtétet nem ellenjaválja.

A főkérdéssel kapcsolatban *h. Schiller Károly* (Buda-

pest) „*A lobosodás befolyása diabetesnél és annak therapeutikus befolyása*“ címén tartott előadást. Adrenalinnal házi-nyulakat diabetesesekké tett és azután a *Schöffler*-féle fonál-módszer segítségével staphylococcus pyogenes aureus culturákkal subcutan lobosodást idézett elő. *Schiller* azt találta, hogy a polynuclearis leucocyták kivándorlása fokozódott; de a phagocytosis nem kifejezett.

Ha a lobosodást termophorral és 96%-os alkohol-párakötéssel kezelte, a bactericidia csökkent és a lobosodás terjedt. *Priessnitz*-borogatás hasonlóan módosítja a lobosodást, mint az ép viszonyok mellett találjuk. Hideg kezelésnél a leucocyták kivándorlása csökkent és a bacteriumok fejlődése gátolt; épp ezért a hideg applicatioja hyperglycaemiásoknál a legjobb eredménnyel alkalmazható.

Farkas Dániel (Budapest) a diabesttel okozati összefüggésben levő sebészi bántalmak gyógyításával foglalkozott.

Furunculus és carbunculus esetében ne elégedjünk meg pusztán incisióval, hanem irtsuk ki lehetőleg az egész gócot, hogy ily módon elejét vegyük a bántalom terjedésének és a szervezet általános infectiójának.

Üszkösödés esetén a coma jelenléte nem kontraindikálja, hanem legszigorúbban indikálja az operatiót. Végtag-gangraena műtévesekor nem az a fő, hogy távol a kóros góctól ép szöveten vezetett metszéssel történjék a műtét, hanem inkább az, hogy egészséges, még nem inficiált és vérrel kelően ellátott szövetekben operáljunk.

A műtétet illetőleg ajánlja a legszigorúbb asepsist, antisepticumok kerülését, az *Esmarch*-féle vértelenítés mellőzését; az amputatiót körkörös metszéssel végezzük. Lebenyes metszések azért kerülendőek, mivel a lebenyek nagyobb hajlammal bírnak az elhalásra. Ha varratot alkalmazunk, figyeljünk arra, hogy feszülés ne legyen.

Az idejében, kellő cautelákkal végzett műtét prognosisa *Farkas* szerint nem oly rossz, mint régente látták.

Herczel (Budapest) *hozzászólásában* oda konkludált, hogy a sokoldalú vizsgálatok daczára a diabetes lényege ma még úgyszólván teljesen homályos. Ismereteink hézagosságát mi sem jellemzi jobban, minthogy a czukorháztartás középpontjának, a májnak legkiterjedtebb bántalmainak esetében, nem találtunk glycosuriát. Ezért nem osztja *Benedict* azon nézetét, hogy adott esetben alimentaris glycosuria a *Talma*-műtétet ellenjaválja.

Az egész pancreasra kiterjedő kötőszövet-gyuladás mellett, továbbá két esetben a legkiterjedtebb pancreas-zsír-necrosis mellett is czukormentes volt a vizelet.

Basedow-struma kiirtásának nincs jelentősége a diabeteses hajlam megszüntetésére.

Nem tartja fontosnak a traumás glycosuriákat; ezek múltó természetűek, az igazi diabesttel vonatkozásban nincsenek. Gyakoriságukkal szemben beállítható azon tény, hogy igazi diabetes esetében csak ritkán szerepel a trauma.

A diabeteses gangraenák esetében elsősorban angio- és trophoneurotikus zavarok jönnek tekintetbe.

Diabetesesek sebészi bántalmai mellett biztos prognosiss sohasem állítható fel; ennek példajaképp gyakorlatából hoz fel eseteket. Kedvező chanceok mellett, minimalis czukortartalom mellett a beteg comában halhat meg és viszont magas czukorpercent mellett igen kedvező lehet a lefo-lyás. Fontosnak tartaná az idevágó adatok kiterjedtebb gyűjtését.

Rothbart József (Budapest) *hozzászólásában* szintén a diabeteses egyéneknek előforduló gyakoribb sebészi megbetegedések műtét kezeléséről szolt. Azt tartja, hogy az asepsis mai állása mellett minden czukorbeteg operálhatunk, csak ügyeljünk arra, hogy a kezelés folyamata alatt szigorú diatával a coma kifejlődését megakadályozzuk. Üszkösödés esetében, ha az terjed, magas amputatiót végez; nedves üszkös-nél nem várja be, mig az szárazzá lesz, hanem azonnal operál.

Dollinger Gyula Szigethy nézetével kettőben nem ért egyet.

Alsár-gangraena esetében, akár legyen az diabetessel komplikálva, akár nem, *szükségtelen, hogy oly messze fent végezzük az amputációt, míg szabad ütőeret találunk.* Beteg mutat be, a kin alsár-gangraena miatt *Schmith-féle* térdenucleatiót végzett; dacára annak, hogy az arteria poplitea teljesen thrombotizálva volt, a lebenyek megmaradtak és a seb zavartalanul gyógyult.

Dollinger továbbá nem tapasztalta, hogy az *Esmarch-cső* alkalmazása káros hatással volna, sőt ellenkezőleg kevésbé veszélyesnek tartja, mint a digitalis compressiót, mert ennél a nyomás kisebb területre esik és a zúzás jelentékenyebb.

Makara Lajos (Kolozsvár) a diabeteshez csatlakozott *carbunculusok* prognosistáit tapasztalatai szerint *absolut rossznak* mondja; nem reméli, hogy a *carbunculus* teljes kimetszése a szomorú prognosison sokat változtathatna.

A diabeteshez csatlakozott *vétaggangraenák* prognosisa *quoad vitam* kedvező. A műtétet halogatni nem célszerű, mert a várakozás alatt, még a leggondosabb diaetás kezelés dacára is a beteg ellentálló képessége romlik. Óvatos narcosissnak nincs meg az a súlyos hatása, mint általában vélik; az *Esmarchozásnak* káros hatását sem látta. Csonkítás esetében nem az ütőerek elzáródásának magassága szabja meg az amputatio helyét, hanem a szövetek életképessége.

Bálint Rezső (Budapest) szerint a *Katzenstein* módszerével alkalmazott czukorbeöntések kedvező hatással vannak az acidosisra, miért is ezen eljárást coma esetében nagyon ajánlja. Ismerteti kiterjedt kísérleteit, melyeket *báró Korányi Sándor* III. sz. belklinikáján végzett.

Szigethy Gy. Sándor zárszavában utal arra, hogy referatúráját saját kiterjedtebb tapasztalatok híján a rendelkezésre álló irodalomból készítette és csak *örül annak, ha a mostani discussio hozzájárult ahhoz, hogy az irodalomban egyes vitás kérdéseit tisztázza.*

Az első tudományos ülés tárgysorozatának további pontjait betegek bemutatása képezte.

Kaczander József (Lupény) *subcutan intraperitonealis hólyagrepedés* gyógyult esetét mutatta be.

Chudovszky Mór (S.-A.-Ujhely) sérülésből támadt agytömlő műtéttel gyógyult esetét demonstrálta. Betegét 6 év előtt fejbeütötték; azóta bal keze hűdött, egész testére kiterjedő görcsei voltak. *Chudovszky* a horpadás helyét meglátta és a kemény agyhártya alatt egy kis almányi, sárga savóval telt tömlőt talált, melyet eltávolított. A hiányzó csont rész helyét később a sípcsontból vett csonthártya-csontlebenyvel fedte. Ezen lebeny körülbelül $\frac{1}{2}$ év alatt felszívódott, a lék helyére legutóbb egy hasonló csonthártya-csontlebenyt helyezett.

Chudovszky már 4 év előtt is észlelte egy esetében a transplantált csontrészt felszívódását; akkor a nyakszirt-táj csontthiányának pótlására beültetett marhacsontrészt szerrinte a vérsavó egy hét alatt emésztette meg.

Dollinger Gyula hozzászólásában egy 17 éves férfi esetét említi, kinek koponyáját 3 és 14 éves korában sérülés érte. Második sérülése óta a beteg igen hebegett és erős epilepsziás rohamai voltak. *Dollinger* osteoplastikus koponyaresectiót végzett és egy körülbelül tojásnagyságú rozsdabarna folyadékkal telt cystát távolított el a bal agyfélből. Ezen tömlő a nyílvarrattal párhuzamosan futott és a koronavaratt körülbelül a közepét felezte. Midőn a beteg magához tért, a hebegésnek semmi nyoma sem volt jelen. 5 hónappal a műtét után a beteg egy erős epilepsziás rohamot kapott és ekkor keveset hebegett.

A folyó évben pedig egy 23 éves ifjút operált, kit felvétele előtt 2 hónappal fejbeverték. A betegnél teljes motorikus és sensorikus aphasia állott fenn, jobboldali kisebbfokú hemiplegiával. *Dollinger* a behorpadt bal falcsontot eltávolította; annak lamina vitreája alatt egy sarjakkal bélelt tályogot talált, a melyből egy háromszögletű, 3 cm. oldalszélességű csontdarabot húzott ki. A mint a beteg a narcosissból magához tért, teljesen érthetően, erős hangon, bár kissé tagoltan beszélt. Műtét után 2—3 héttel a bénulás tünetei is javultak.

Verebély Tibor (Budapest) szintén traumás agytömlőnek két sikeresen operált esetét ismertette. Az egyik esetben 8 évvel a sérülés után történt a műtét; a jobb gyrus centralis táján fekvő tyúktójsányi cysta kiirtása után a *Jackson-féle* epilepsziás rohamok szűntek. Másik esetében a sérülést súlyos beszédzavarok és teljes facialis- és felső végtagbénulás, továbbá az alsó végtagok nagyfokú mozgáscsökkenése követték. A beteg 3 hónappal a sérülés után került műtetre; a bal parietalis tájék osteoplastikus feltárása után csaknem férfiökölnyi agytömlőt talált, melyet kiirtott. Az eredmény meglepő volt; a műtét utáni napon a beszédzavarok, valamint a facialis és az alsó végtagbénulása is teljesen elmúltak. A felső végtagbénulása csak körülbelül 3 hónappal múlva tünt el.

Chudovszky Mór egy férfibeteg mutatott be, a ki V. és VI. nyakcsigolyájának tövisét és ívét fejreesés következtében eltörte és kinnél ebből kifolyólag mindkét felső végtag részlegesen bénult. *Chudovszky* a letört csigolyarészleteket eltávolította, mire a felső végtagok hűdése megszűntek.

A következő előadások a gerincoszlop sebészetét tárgyalták.

Dollinger Gyula tabesben szenvedő betegnél, kinek 4 év óta erős *crise gastrique*-jai voltak, *Moravcsik* tanár ajánlatára a gerinczagy VII., VIII. és IX. hátulsi gyökereit reszekálta a dura mater zsákján belül. Hogy sok agyvíz ki ne folyjon, a beteg fejét erősen lesúlyesztette. A sebet teljesen zárta. Műtét után a *gyomorkrisisek* elmúltak és azóta vissza nem tértek. A beteg pusztán némi övfájdalomról panaszkodott.

Dollinger előadásaihoz hozzászóltak *Verebély Tibor* (Budapest) és *Herczel Manó* (Budapest).

Verebély más sebészekkel szemben a *crise gastrique* műtétét nem tartja túlnehéznek és veszélyesnek. Vérzést vagy shockot sohasem észlelt, a műtét egy csapásra megszünteti a rohamokat. A *Förster-féle* műtét minden oly esetben indikált, hol más eljárások célhoz nem vezetnek.

Viszont *Herczel Manó* (Budapest) szerint a *Förster-műtét* igen súlyos beavatkozás. Halandósága elég nagy. A fényes momentán sikerek nem mindig állandóak; utólag sokszor anális és visceralis krisisek jelentkeznek.

Újabbán Cathelin-Löwe szerint epiduralis injectiókkal kísérletezik. Novocainnak koncentrált konyhasós oldatával (0.60 novocain-mennyiséggel) 3 ízben *crise gastrique* coupírozott; az eljárás azonkívül carcinoma-metastasis esetében a vertebralis fájdalmakat is szüntette és enuresis nocturna esetében is bevált.

Bakay Lajos (Budapest) a gümős csigolyagyulladás folytán keletkezett tályogok szerepét méltatta végtagbénulás esetében. Oly eseteket mutatott be, hol a háti gerincoszlop előtt fekvő tályogok pontos kórismézése után a Röntgennel lokalizált tályogokat megpungálta, mire a bénulások azonnal szűntek.

Dollinger Gyula hozzászólásában utal 600 esetről készült nagy gyűjtőstatisztikájáról, melyben a spondylitissel társult bénulások kérdésével kimerítően foglalkozott. A végtagok bénulását 600 eset közül 41-szer látta; 1 eset kivételével valamennyi bénulás pusztán nyugalomra, minden műtéti beavatkozás nélkül gyógyult. A hátulsi gátorban fekvő tályogok kiirtását *Bakay*-val szemben semmi esetre sem ajánlja, legfeljebb a tályog jodoform-punctióját kísérhetjük meg. *Bakay* eljárásának értékét csak az adná meg, ha ezen módszerrel feltűnően gyors gyógyulást érünk el.

Horváth Mihály (Budapest) scoliosis elhanyagolt esetében, mikor a szokásos orthopaed gyógy módok a kívánt eredményre nem vezetnek, a scoliosist *Schantz* és *Wullstein* szerint erőszakosan redressálja és a beteget ezután néhány hónapra magas gipszkötésbe helyezi. A kötés eltávolítása után betegének fejtámasztóval felszerelt fűzőt rendel, éjszakára pedig fekvőlemezt. Ezenkívül igen erélyes gyakorlatokat végeztet.

Az eljárással tetemes javulást ért el. *Horváth* az erőszakos redressálást azonban csak mint szükség által ránk erőszakolt eljárást tekinti, mely teljesen elkerülhető volna, ha minden scoliosis már kezdetén szakorvos kezébe kerülne.

Dollinger Gyula hozzászólásában kifejti, hogy ezelőtt 20 évvel a betegek egész seriesén hasonló kísérleteket végzett, mint *Horváth*. Gipszöntvényeken tanulmányozta az eredményt; a mellkas másodlagos deformációja és izomzatának sorvadása ijesztő volt. Így tehát az erőszakos redresszással elérhető eredményt bizonytalannak tartja.

Widder Bertalan (Budapest) a szegénypraxisban nagyfokú scoliosis esetében módosított *Sayre-féle* jakettet alkalmaz a lehetőségig redresszált törzsre.

Widder Bertalan (Budapest) az első nyakcsigolya töréséről értekezett. Ismertette az atlasztörések pathológiáját, a klinikai diagnosztikai nehézségét és az x-sugaras felvétel fontosságát diagnosztikai célból. Végül atlasztörésnek gyógyult esetét mutatta be.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A **gelatinás digitalisról** értekezett *Herz* a bécsi orvosegylet május 27.-én tartott ülésén. A digitalis-levelek izgató hatását a gyomor nyálkahártyájára olyan módon iparkodik elhárítani, hogy a digitalis-forrázatot összekeveri folyékonyvá tett gelatinával, a melyet kevés glicerin hozzáadásával rugalmassá tesz. Ebből a digitalis-forrázatot tartalmazó gelatinából már most kis gyöngyöket készített, a melyek felületét formalinnal keményítik, úgy hogy a gyomorban nem oldódnak. Ilyen módon a digitalis hatása is konzerválódik. A gelatinás digitalis-gyöngyökkel betegeken eddig tett tapasztalatok nagyon bátorítók.

PÁLYÁZATOK.

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett, nőtlen orvos állást foglalhat, 1600 korona évi fizetéssel s teljes ellátással. Cím: Dr. Láng Sándor műtőorvos Debreczen, Kossuth-utcza 39. sz. Sanatorium.

A sárréti járásorvosi állásra e lap 23. és 24. számában közzétett pályázati hirdetésből kimaradt, hogy az állás 600 korona évi utazási átalánnyal is van javadalmazva.

N a g y v á r a d, 1911 június 8.-án.

Fráter Barnabás, alispán.

A Munkács városi közkórházban belügyministeri rendelet szerint az egyévi kötelező kórházi gyakorlat eltöltésére négy gyakorornok vehető föl.

Felhívjuk az érdekelteket, hogy ezen gyakorlat megszerzésére a kórház-igazgatónál jelentkezzenek.

A mennyiben segédorvosi teendőkké bizatnának meg, a gyakoronok közül ketten lakásban és I. osztályú étkezőben részesülnek. M u n k á c s, 1911 június 8.

Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

350/911.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étkező. Pályázni kívánókat felhívom, hogy előírt képzettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és I. koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat, Békés vármegye alispánjához, *Ambrus Sándor* úrhoz címezve, hozzám f. évi június 30 napjáig nyújtsák be.

Megjegyzendő, hogy az állásra gyakorlati éves orvosok is pályázhatnak, a mennyiben okleveles orvosok hiányában ők is kinevezhetők, miután a kórházban a belgyógyászati és sebészeti hónapok eltölthetők. B é k é s c s a b a, 1911 június hó 11.-én.

Remenár Elek dr., kórházi igazgató-főorvos.

109/1911. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1911. évi június hó 10.-én kelt 73851/VIII. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étkezővel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványukat 1911. évi június hó 30.-áig alulírottához nyújtsák be.

P o z s o n y, 1911. évi június hó 14.-én.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

15/E. 9/1911. El. szám.

A győri kir. törvényszéknél és fogháznál megüresedett 13479/1911. I. M. VII. szám alatt kelt rendelet alapján **törvényszéki orvosi állással egyesített fogházi állásra** pályázatot hirdetek.

A kir. törvényszéki orvos illetményei a 14270/1907. IME. számú rendeletben vannak meghatározva, a fogházorvosi állás 1000 korona tiszteletdíjjal van javadalmazva.

Felhívom azokat, kik a törvényszéki orvosi állással egyesített fogházorvosi állást elnyerni óhajtnak, hogy koruk, képesítésük és eddigi közszolgálatuk, illetve orvosi működésükre vonatkozó okmányokkal felszerelt kérvényeiket az Ü. Sz. 5. §-ában foglaltak figyelembe vételével ennek a hirdetésnek a **harmadik közzétételétől számított 4 hét alatt** hozzám nyújtsák be.

Erre az állásra csak oly folyamodó fog kineveztetni, a ki az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-ában meghatározott kellékeken kívül igazolja, hogy a 16379/94. I. M. sz. rendelettel megállapított törvényszéki orvosi vizsgát letette.

G y ő r, 1911. június 10.-én.

Szabó Sándor, a kir. törvényszék elnöke.

A budapesti állami gyermekmenhelyben a sebészi osztály **másodorvosi állása** megüresedett. Ezen állásra a belügyminister úr 86.349/XII. 1911. számú felhatalmazása alapján pályázatot írok ki. A pályázati kérvények az eddigi működés részletes megjelölésével a belügyminister úrhoz címezve nálam f. évi július 2.-áig nyújthatók be.

A másodorvosi állás javadalmazása 1600 korona tiszteletdíj és 1 szoba, 1 előszoba és fürdőszobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint első osztályú étkező.

Műtői oklevéllel vagy sebészi kórházi gyakorlattal bírók előnyben részesíthetnek.

B u d a p e s t, 1911 június 10.

Szana Sándor dr.,
kir. tanácsos, igazgató és főorvos.

2564/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett szakcsi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1903: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1911. évi július hó 10.-éig annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A belügyminister úr 23.170/1911. sz. rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A végelhatározat azonban még nem jogerős.

Az orvosi kórhöz Szakcs székhelyen kívül ezidőszert Kocsola, Koppányszántó, Nak, Lápafő és Várong községek tartoznak összesen 9479 lakossal.

A választás határnapját később fogom megállapítani és közölni. D o m b o v á r, 1911 június 8.-án.

A főszolgabíró.

2036/911.

A lemondás folytán megüresedett Tiszasülyi **községi (Jásznagykunszolgák vármegye jászszági alsó járás) orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilometerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár van, nagykiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül folyó évi június hó 26. napját tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz be-terjeszthetők.

J á s z a p á t i, 1911 június 7.

Cseh József, főszolgabíró.

1394/911.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásához tartozó Tiszaistvánfalva nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1911. évi június hó 30.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdőfizetés, továbbá a község által megszavazott 800 korona személyi pótlék, 500 korona lakbér, valamint a rendelési látogatási, halottkémlési és húsvágási díjak. A fuvardíjak megállapítása folyamatban van.

U j v i d é k, 1911. évi május hó 31.-én.

Nikolics, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Báró Korányi Sándor:** Diagnostikai apróságok. 459. lap.
Pólya Jenő: Közlemény a szt. István-kórház III. sz. sebészeti osztályáról. Kolpopoésis egyszerű módja. 461. lap.
Moravcsik Ernő Emil: A társadalom védelme a büntettek ellen. 463. lap.
Szana Sándor: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményei. 466. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Oskar Scheuer:** Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen. — **Lapszemle. Belorvostan. Roubitschek:** Hyperaciditas. — **Sebészet. Hochenegg:** A gyomorékély sebészi kezelése. — **Elmekörtan. Soutzo és Dimitresco:**

- A dementia praecox és a tuberculosis összefüggése. — *Gyermekorvostan. Lateiner*
 A csecsemőkori papulosus tuberculid (Hamburger) szövettani szerkezete és bacillaris aetiologiája. — *Shukovszky:* A stridor inspiratorius congenitus aetiologiája. — *Venerás betegségek. A. Blaschko:* A syphilis folyamán észlelhető immunitás tana. — *Húgyszervi betegségek. Choltzov:* A húgycsőszűkület gyökeres gyógyítása a szűkült részlet kimetszésével. — *Fizikai és diaetás gyógyításmódok. Gildemeister:* Elméleti és gyakorlati fejtegetések az újabb elektrophysiologia köréből. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. F. H. Choksy:* Erysipelas gyógyítása. — *Mc. Cracken:* Eunatrol. 468–470. lap.
 Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. — 471. lap.
 Vegyes hírek. 471. lap.
 Tudományos társulatok. 472–477. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Diagnostikai apróságok.

Irta: báró Korányi Sándor dr., egy. r. tanár.

Bizonyos melancholiával gondolhat a gyakorló orvos arra az időre, mikor ép érzékszervein kívül alig volt szüksége egyébre diagnosisinak felállításához, mint egy stethoskopra, egy-két vizeletreaczióra és közepes mikroskopra. Mióta a diagnostika mind nagyobb mértékben dolgozik bonyolult methodusokkal, drága eszközökkel, a diagnosis felállítása mindinkább átsiklik a gyakorló orvos tevékenységi köréből a felszerelt laboratóriummal rendelkező szakemberre, mint a hogy terapiájának jelentékeny részét kisajátította a sebész. A gyakorlat érdeke hangosan követeli, hogy a diagnostikának új, a praktikus orvos számára sokszor elérhetetlen methodikájának fejlesztése mellett a fejlődésben közreműködők igyekezzenek tökéletesíteni az eszközök nélkül dolgozó diagnostikát is, és a lehetőség határán belül arra törekedjenek, hogy az új, bonyolult módszerek segítségével felfedezett tüneteknek, elváltozásoknak, folyamatoknak felismerésére képessé tegyék a régi, egyszerű physikai diagnostikát. Hiszen természetes, hogy ezt tökéletesen elérni teljesen lehetetlen, de hogy ebben az irányban sokat tehetünk, hogy a belorvostan új alakulásához bizonyos mértékben hozzáalkalmazható az egyszerű physikai diagnostika, azt az utolsó évek eredményei bőségesen igazolják.

A szív orthopercussiója a gyakorló orvos számára bizonyos fokig pótolja a szív Röntgenorthodiographiáját. A gyomor tökéletesített percussiójának segítségével csak oly pontosan megállapíthatjuk alsó határának lefutását, mint a bismuthpeppel történt megtöltés után az orthodiograph-fal. Kikopogtatva a gyomorban levő levegőnek megfelelő dobos terület élesen meghatározható határait és azok változatlanóságát állapítva meg szóda bevérese után, csak olyan biztonsággal tudhatjuk meg azt, hogy a gyomor szabad sósavat nem választ

el, mint a gyomortartalom chemiai vizsgálata alapján. Miután a graphikus methodusok alkalmazása rendet hozott az arythmiák bonyolult fejezetébe, megtanultuk azok fölismerését egyszerűen a pulsus tapintásának, a venapulsus megfigyelésének és a szív meghallgatásának alapján és ezen az úton odáig jutottunk, hogy az eseteknek elég jelentékeny részében egyszerűen az extrasystole *Quinke-Hochhaus*-féle dobbanó hangjának lokalizálása segítségével megmondhatjuk, hogy az extrasystole a szívnek melyik részéből indul ki, a nélkül, hogy ehhez arteria- és venapulsusok, kardiogramm, vagy elektrokardiogramm fölvételére és analysisére volna szükség.

Ezek a példák illusztrálják, hogy miképpen fejlesztheti az eszközökkel dolgozó diagnostika a physikaiit. Ennek módja az, hogy átveszi részben azt a szerepet, a melyet régebben a physikai diagnostika kidolgozásában a kórbonczolás vitt. Akkor ez volt az, a mely kitűzte a physikai diagnostika céljait, a mely megadta a physikai tüneteknek magyarázatát és ellenőrizte értékesítésük módjának helyességét. Ma szabatos eszközeink segítségével az élőben állíthatunk fel sokszor pontos anatómiai diagnosisokat, kísérhetünk figyelemmel folyamatokat, a melyek alkalmazásuk előtt ismeretlenek voltak vagy homályban maradtak. Így ezek az exakt betegvizsgálati módszerek csak úgy, sőt sokszor jobban és mindenestre több oldalra kiterjedő módon állítanak problémákat a physikai diagnostika elé és szolgáltatnak lehetőséget leleteinek ellenőrzésére, methodikájának finomítására, mint régebben a kórbonczolás.

Átérezve a diagnostika egyszerűsítésének fontosságát, néhány adattal óhajtok ahhoz hozzájárulni. Bármilyen jelentéktelennek látszanak is ezek, bármennyire nélkülözök is a tudományos jelentőséget, gyakorlatomban hasznukat veszem és ezt elég oknak tartom arra, hogy reájuk másoknak figyelmét is felhívjam.

Mióta a Röntgen-berendezés mindennapi segédeszközévé vált a betegvizgálatnak, bebizonyosodott, hogy a *pneumothorax* gyakrabban fordul elő, mint hittük ezelőtt. Különösen nagyobb exsudatumok fölött helyet foglaló és a pleurá-

nak összenövések közé zárt réseiben eltokolt kevés levegőnek kimutatása ütközhetik nagy nehézségbe. Az első esetben gyanunkat ugyan felköltheti az, ha az exsudatum tompulatának felső határa hátul legfelől nagyon éles, egyenes, vízszintes vonal és nagyon mozgékonyak bizonyul, de ilyen esetekben a pneumothoraxnak minden ismert physikai tünete is hiányozhatik. Ilyenkor útbaigazíthat a következő körülmény. A pneumothorax levegője felszáll és a pleura felső boltozatát kiszélesíti, miközben annak legmagasabb része is közvetlen szomszédságába jut a gerincoszlopnak. Ennek következményeképpen azt találtam, hogy a pneumothoraxnak állandó tünete a felső két hátcsigolya tövisének dobos vagy ehhez közel álló kopogtatási hangja, a mely a pneumothoraxot felismerhetővé teszi, homályos esetekben, Röntgen-vizsgálat nélkül is.

Ez alól a szabály alól egy kivételt ismerek és ez a mellkas alsó felében eltokolt pneumothorax.

Atyám hívta fel a figyelmet arra, hogy a felső három hátcsigolya tövisének kopogtatási hangja tompa. Ettől egy esetben látott eltérést és az a tüdő emphysemája. Fennállásakor a tüdőcsúcsok térfogata megnő, határaik közelednek a felső hátcsigolyákhoz és ezzel a csigolyák kopogtatási hangja élessé válik. Ez a tüdőectasiának leggyorsabban megállapítható tünete.

Említett tapasztalatomból folyik, hogy hasonló viszonyok nemcsak a tüdőcsúcsok térfogatának növekedésekor, hanem a pleura kupolájának kiszélesedésekor pneumothoraxnál is észlelhetők. A kétféle okból származó rendellenes lég- hang megkülönböztetésére a következő körülmények adják meg a módot.

Pneumothoraxnál a levegő csak az egyik pleurakúpot tölti meg és öblösíti ki. Ennélfogva a felső hátcsigolya tövisén átfektetett vízszintes mentén kopogtatva, a tövis dobos vagy ehhez közeledő éles hangja csak a pneumothorax oldala felé folytatódik, míg az ép oldal irányában kopogtatva, a tövis mellett mindjárt tompa területre kerülünk, a mely tompa terület az ép tüdőcsúcs projectiójának medialis határáig terjed. Ezzel szemben az emphysema mindkét tüdőcsúcs térfogatát megnagyobbítja és azért az éleshangú felső hátcsigolya-tövisen átfektetett vízszintes mentén mindkét oldalon éles a kopogtatási hang a tüdőcsúcsok projectiójának külső határáig. Kevésbé fontos és megbízható ennél mint megkülönböztetési jel az a körülmény, hogy a felső hátcsigolyáknak rendszeren tompa kopogtatási hangja emphysemánál éles nem dobossá, pneumothoraxnál pedig dobossá vagy doboshoz közelállónak válik.

* * *

A felső két hátcsigolya tövisnyúlványán átfektetett vízszintesek mentén való kopogtatást a tüdőtuberculosis diagnózisánál is fontosnak találtam. A kopogtatási methodika újabbkori tökéletesítésének egyik legfontosabb eredménye a tüdőcsúcsok projectiójának kikopogtatása Krönig szerint. Ez a módszer tudvalevően arra törekszik, hogy a tüdőcsúcsok lég- hangú területeinek külső és belső határát élesen meghatározza egész lefutásukban, lehetőleg gyöngye kopogtatás segítségével. Tüdőtuberculosis esetében egyik vagy másik, vagy mindkét tüdőcsúcs deformálódik és ennek megfelelően a Krönig módszerével meghatározott projectiók asymmetriássá válnak.

Ennek a nagyon becses módszernek alkalmazása meg- lehetősen körülményes. A két csúcsterület körülhatárolásához sok pont meghatározása szükséges. Az eredmény csak akkor megbízható, ha a kopogtatási határokat kirajzoljuk, a mi a módszer alkalmazását nehézkessé teszi. A minimalis erővel végzett kopogtatás hangjának megfigyelése pedig nagyon megerőlteti a figyelmet, a mi számbajövő nehézséget okoz akkor, ha pl. ambulantián a betegek hosszú sorát kell megvizsgálni. Azért a Krönig-féle kopogtatás is azon eljárások közé tartozik, a melyeknek egyszerűsítése kívánatos. Ilyen egyszerűsítés birtokába juttatott az a tapasztalatom,

hogy tuberculosinál a Krönig-féle tér deformálódása annak paravertebralis határán azzal kezdődik, hogy ez a határ a gerincoszloptól távolodik. Ennélfogva tapasztalatom szerint a tüdőtuberculosisnak talán legelső kopogtatási eltérését úgy ismerhetjük fel, ha a két felső hátcsigolya tövisén átfektetett vízszintesek mentén kopogtatunk. Ilyenkor azt találjuk, hogy a gerincoszlop ezen részének és a hát felső gerincmelletti részének tompa kopogtatási hangja a beteg oldalon a közép- vonaltól távolabb megy át lég- hangba, mint az egészséges oldalon.

* * *

Atyám kimutatta, hogy a háti gerincoszlopnak tövisnyúlványai fölött kopogtatva, a III. és X. csigolya magassága közt éles, nem dobos hangot kapunk és hogy ez a hang hullán tompává válik, ha az oesophagust kénesóval kitöltjük. Kimutatta azt is, hogy kóros viszonyok közt tompává válhatik a különben éles hangot adó tövisnyúlványok kopogtatási hangja, ha a megfelelő csigolyatesteknek megnagyobbodott nyirokmirigyek vagy az aortának aneurysmája fekszenek neki. Nagel azt találta, hogy minden átmérőjében 2 cm.-nyi nyirokmirigydaganat ezen módszer segítségével kikopogtatható.

Az oesophagus-szűkület felismerésének és lokalizálásának exact módszere a szonda. Alkalmazását és a betegre nézve ezzel járó kellemetlenséget kikerülhetjük, ha a bismutpép útját kísérik figyelemmel nyelés közben a Röntgen-átvilágítás segítségével. Ugyanezt a célt sokkal egyszerűbben érhetjük el, ha a beteggel vizet itatva, vagy ha a víz akadály nélkül megy le, hátgerinczét étkezés után kopogtatjuk végig. Ha a szűkület fölött valami megakad, akkor a megfelelő hátcsigolya kopogtatási hangja, a mely előbb éles volt, tompává válik. Természetes, hogy ez a módszer nem teszi fölöslegessé a többi, hanem azért az első tájékozódást egyszerűsíti és a szűkület magasságát felismerhetővé teszi minden egyéb segédeszköz nélkül.

* * *

Az aorta-aneurysma diagnózisának felállításánál azok a módszerek döntők, a melyek azt bizonyítják, hogy a tapintott, vagy más módon kimutatott daganat pulzál. Ismeretes, hogy néha milyen nehéz annak meghatározása, vajjon a daganatnak igazi vagy közlött pulsatiójával van-e dolgunk. Tudomásom van olyan esetről, a melyben nagyon súlyos tüneteket okozó, nagy terjedelmű mediastinalis képletnek aneurysma volta mellett döntöttek Budapestnek és Bécsnek igen tapasztalt Röntgen-szakemberei és a mégis csak megindított Röntgentherapia jó eredménye mégis bebizonyította, hogy nem aneurysma, hanem mediastinalis daganat állott fenn. Ha nem is gyakran, egyes esetekben eldönthető a valóságos vagy közlött pulzálás kérdése, ha a nyaki vénák tagak, ezek pulzáló mozgásának megfigyelése alapján.

A pulzálás jellemző módjának keresésére és felismerésére a következő úton jutottam. Elischer tanársegéd úrral egy eszközt konstruáltunk, a melynek segítségével a szívnek olyan pillanatnyi Röntgenképe készíthető, a melyről megállapítható, hogy a szív működés milyen phasisának felel meg. Ilyen képek sorozatának tanulmányozása alapján Elischer azt a nagyon fontos tényt ismerte fel, hogy aorta-aneurysma jelenléte a jobb pitvar megtelődésének módját megváltoztatja.

Egészséges ember jobb pitvara abban a mértékben telik meg, a melyben a systolesan összehúzódó kamarák kiürülnek. Ezzel szemben aorta-aneurysmánál a jobb pitvar megtelődése késik. Ennek az első pillanatra meglepő ténynek magyarázatához jutott Elischer annak megállapításával, hogy aneurysma esetében a jobb pitvar megtelődése nem a bal kamara kiürülésével, hanem az aneurysma postsystolés megkisebbedésével tart lépést. Ennek a ténynek jelentősége azonnal kitűnik, ha másképp formulázzuk. Minthogy egészséges emberen a kamara systolával körülbelül lépést tart a pitvar-diastole, ennélfogva a szív térfogata systoléja alatt alig változik. Mivel ezzel

ellentétben aorta-aneurysmánál a jobb pitvar a systole alatt késve telik meg, ennél fogva az aneurysmát ember szíve a systole alatt megkisebbedik. De ugyanezen idő alatt megnő az aneurysma térfogata és így végeredményben úgy az ép, mint az aneurysmát emberre nézve áll az, hogy a mellkas üregében a vért tartalmazó nagy üregek összes térfogata a systole alatt kevésbé változik és így az ép embertől az aneurysmát ebből a szempontból abban különbözik, hogy nála a mellkasban a rendes négy üregeken kívül egy ötödik is van. Egészséges emberen a bal kamara összehúzódását azonnal követi a vérnek kitódulása a mellkasból az aorta útján. Aorta-aneurysmánál ez másképp van. Ha a mellkas üregében az aorta nagyobb tágulata van jelen, a bal kamarából kihajtott vér előbb az aneurysmát öblösíti ki és csak ennek azután bekövetkező megkisebbedése hajtja ki a vért a mellkasból. Ez a folyamat hozza létre az aneurysma igazi pulzálását. Ha már most azt látjuk, hogy a jobb kamara egészséges emberen akkor telik meg, a mikor a bal kamara ürül ki, aneurysmáson pedig akkor, a mikor az aneurysma húzódik össze, akkor ebből az következik, hogy a jobb pitvarba áramló vér azt az ürt tölti ki a mellkasban, a melyet az aneurysmából kitóduló arteriális vér hagy maga után.

A minket most érdeklő szempontból *Elischer* ezen tapasztalatának az a része fontos, a mely a jobb pitvar megtelődésének késését mutatja ki az aorta thoraxon belüli aneurysmájánál.

A jobb pitvar teltségének viszonyainak változásai felől könnyen szerezhetünk magunknak felvilágosítást, ha a nyaki vénák tágak. Ilyenkor a nyaki vénák kiürülése a pitvari nyomás csökkenésének, megtelődése pedig a pitvari nyomás fokozódásának jele. Hagyjuk ezúttal tekintet nélkül a tricuspidalis insufficienciának igazi venapulsusát. A venapulsus másik fontos alakja, a „physiologikus venapulsus“ praesystolés, mert a pitvari nyomás a pitvarnak a kamarasystolét megelőző összehúzódásakor nő és a „physiologikus venapulsust“ a nyaki vénák systolés összeesése követi, mert a systole által kihajtott vér helyet enged a thoraxban a vénás vér betódulásának. Ha azonban a vérnek kiáramlása a systole után késik, vagy ha annak helyét a systole után más valami tölti ki, akkor a nyaki vénák kiürülésének is késnie kell és ha a késés elég nagy, diastoléssá kell válnia. Az így származó „diastolés venacollapsus“ egyik okát régen ismerjük *Friedreich* leírásából a pericardium nagy tejedelmű összenövésében. Ezeknek egyik ismert tünete a mellkasnak systolés behúzódása és diastolés kiboltosulása, másik kevésbé ismert tünete az epigastrium systolés behúzódása.

Mikor a kamarák systolés megkisebbedését a mellkasfálnak vagy a diaphragmának behúzódása kíséri, a systole alatt a mellkas térfogata csökken. Ennél fogva a vér kitódulása az aortán át nem változtatja meg úgy a mellkas térfogata és tartalma közötti viszonyt, mint rendszeren.

Ez csak akkor következik be, mikor a mellkas rugalmassága a systolés behúzódást elsimítja és az aspirationnak ebből eredő késése a vénák kiürülését diastoléssá teszi.

Teljesen hasonlóak azok a következmények, a melyekkel a vénák teltségére nézve az aorta-aneurysmáknak járniok kell. A jobb pitvar késői megtelődésével együtt kell járnia a vénák késői kiürülésének. Mióta *Elischer* tapasztalatainak ezen consequentiájával tisztába jöttem és azt betegeimen kerestem, egymás után két esetben láttam diastolés venacollapsust aorta-aneurysmánál.

Az elmondottak értelmében a diastolés venacollapsust olyan tünetnek kell tekintenünk, a mely aneurysma aortae gyanújának esetében ezt a gyanút megerősíti, ha a mellkasnak vagy az epigastriumnak systolés behúzódása nélkül áll fenn.

Magától értetődik, hogy mediastinalis daganat, a mely a bal kamara vérének nem fogja fel a thoraxból való kitódulása előtt, a vena-collapsust sem késleltetheti a diastole bekövetkeztéig.

Közlemény a szt. István-kórház III. sz. sebészi osztályáról.

Kolpopoësis egyszerű módja.

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

Azokat az eseteket, melyekben a hiányzó hüvely műtéti pótlása szóba jő, két csoportba lehet osztani: olyanokra, melyekben a genitális tractus felsőbb szakaszai kifejtettek és olyanokra, melyekben ezek is hiányzanak vagy legalább is oly csökevényesek, hogy sem physiologikus functióra nem alkalmasak, sem pathologikus zavart nem okoznak. Az esetek első csoportjában, ha a női nemi csatornának az elzárt szakasz feletti része menstrualis vérrel telt tömlőt alkot, a beavatkozás a nő élete és egészsége érdekében történik.

Ha ilyen retentio nincs is, az uterus azonban kifejtett, akkor a műtét legalább a genitális functiók teljes helyreállítását engedi reményelni. Mindkét esetben elsősorban akár a kitágult csatornaszakaszra, akár a felfrissített méhnyaknak az introitusba való lehúzósa s ha ez nem sikerülne, az introitus és az elzárt genitális csatornarészlet közt készített műleges csatornának nyeles vagy nyeletlen bőr- és nyálkahártyalebenyekkel való kibélelése, vagy *Krönig* szerint a *Freund*-féle prolapsus-műtét, vagyis a fundusával előre fordított és fundusán megnyitott uterusnak a defectusba való bevarrása jó szóba, hogy a genitális csatorna felsőbb szakaszainak a testfelülettel való közlekedése állandóvá tétessék.

Az esetek második csoportjában azonban, midőn az uterus hiányzik vagy igen csökevényes, és midőn menstrualis retentio nincs, a műtét egyetlen célja csupán a közösülési képesség helyreállítása lehet, s a műtét lényegileg egy a penis befogadására alkalmas, az introitusba nyíló, hámmal bélelt vak tasak készítésében kell hogy álljon. Azon műtétek, melyekkel a műtők e célzt ezideig megközelíteni igyekeztek, több csoportba oszthatók.

1. Az introitust elzáró nyálkahártyán át behatolva, egy csatornát vájtak a hólyag és végbél között a medence kötőszövetében, melyet a szomszédságból (czomb, gát, nagy és kis ajkak) különböző módon vett nyeles bőr- és nyálkahártyalebenyekkel, illetve különböző módokon rögzített nyeletlen (vaginából, portióból, bélből vett) bőr- és nyálkahártyalebenyekkel bélelték ki; több leírt methodusban nyeles és nyeletlen lebenyek kombinálva szerepelnek. Ezeknek az eljárásoknak az eredményei az irodalmi adatok tanúsága szerint végleg elszomorítóak; a szükségképp hosszúra vett nyeles lebenyek gyakran elhaltak, a nyeletlenek tökéletlenül tapadtak meg, a végén az egész újonnan képzett vagina a folytonos tágítások dacára összezsugorodott, úgy hogy közösülésre teljesen alkalmatlan volt.

Valamennyire tartós eredményt *Hartmann*¹ szerint csak oly esetekben értek el, midőn a lebenyeket a genitális csatorna felsőbb kitágult szakaszának nyálkahártyájához vagy a felfrissített méhnyakhoz lehetett erősíteni.

2. *Snegirew*² eltávolította a farcsontot, reszekálta a végbél alsó szakaszát az anussal együtt és ezt ültette a vagina helyébe, úgy hogy az anus a sphincterrel együtt került az introitusba, s aztán anus sacralist készített. Az ily módon készült hüvelyt tehát a beteg állandó incontinentia alvival fizeti meg.

3. *Gersuny*,³ *Fedorow*,⁴ *Puppel*⁵ a végbélnek csak elülső falát használják fel a hüvely képzésére. *Gersuny* egyik esetében valóban szép eredményt ért el; az újonnan készített vagina 5½ hónapi állandó tágítás után egy 9 cm. hosszú és 7 cm. kerületű hengert volt képes befogadni. Másik két esetben, valamint a *Fedorow*- és *Puppel*-féle esetekben az eredmény távolról sem ily szép, bélsárfistulák, szűkületek kelet-

¹ Gynécologie opératoire 1911 p. 120.

² Zeitschrift für Gynäkologie, 1904.

³ Zentralblatt für Gynäkologie, 1897. 15. szám és 1905. 1. szám.

⁴ Zentralblatt für Gynäkologie, 1906. 20. sz.

⁵ Zentralblatt für Gynäkologie, 1910. 3. sz.

keztek, melyek az eljárást nem tüntetik fel különösen biztatónak.

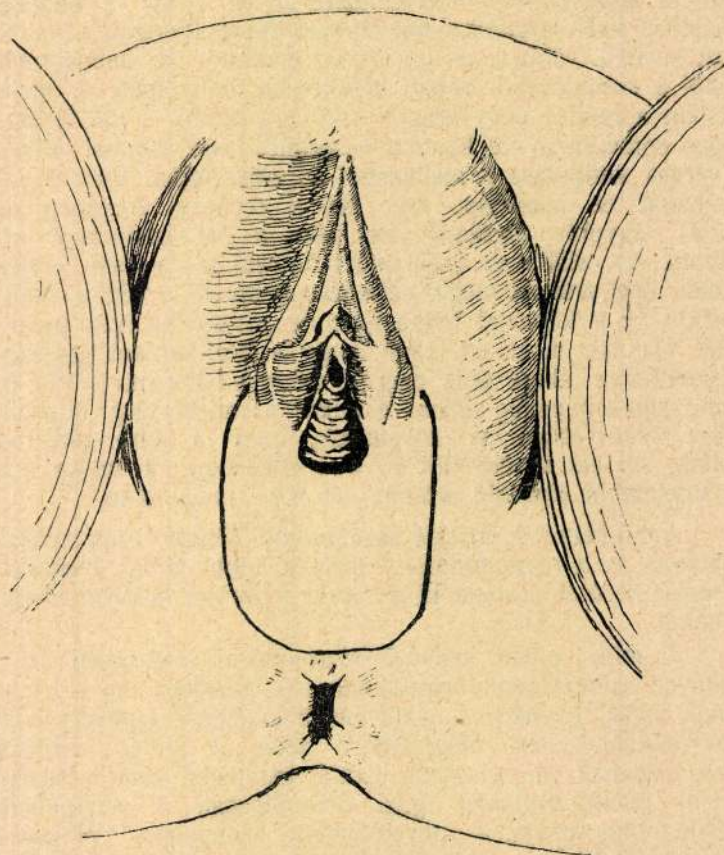
4. *Baldwin*⁶ a flexura sigmoidea, *Häberlin*⁷ az ileum egy kacsának kiiktatását s a vagina helyére való transplantációját ajánlotta. Ez utóbbi ajánlat szerencsés kiviteléről *Mori*⁸ japáni sebész számolt be; sikerült egy 8 cm. hosszú, 2 ujj számára átjárható vaginát alkotnia. Midőn a nő házasságra lépett, 10 hóval a műtét után, tapasztalta, hogy a penis nem képes kellőleg behatolni és vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy az introitus helyén a hüvely borsónyira megszűkült; a szűkület tágitása után a facultas coeundi helyreállt.⁹ Újabban *Baldwin*¹⁰ 4 ilyen ileumtransplantációt végzett sikerrel a vagina pótlására.

Azt hisszük, hogy a béltransplantációval az illető műtők valamivel túlmentek a megengedhetőnek a határán. Bárminő fontos is az illető nőre nézve psychikus és socialis szempontból a közösülési képesség megszerzése, egy nem az élet megtartása és a megzavart egészség helyreállítása céljából véghezvitt műtét alkalmából nem szabad őt a bélresectio és különösen a béltransplantatio folytán a hasürön átvonuló mesenteriumköteg veszélyeinek kitenünk. Utóvégre ilyen esetekben csak egy a közösülésre alkalmas tasak képzéséről van szó és ilyen tasak akkor is alkalmas lehet a közösülésre, ha nem fekszik pontosan a vagina irányában. Véleményem szerint az ezideig proponált plastikus eljárásoknak legnagyobb nehézségét és sikertelenségüknek legfőbb okát az képezte, hogy a mesterségesen készített vaginát mindenáron a normalis anatomiai helyzetnek megfelelően, a végbél és hólyag közé igyekeztek beplántálni. A medence kötőszövetébe vájt csatorna természetesen zsugorodott. Hosszú lebenyeket kellett venni, hogy ezt a csatornát kibéleljék, a lebenyek hosszúságuknál fogva elhaltak s az elhalás után keletkezett defectusok újabb okául szolgáltak a zsugorodásnak. A lebenyek rossz tápláltságának másik következménye volt a lebenyek oedemás duzzadása, a mi ismét hozzájárult az újonképzett vagina szűkületéhez, annál is inkább, mivel különösen a czomb, farpofák bőréből vett lebenyek különben is vastagok és kevésbé engedékenyek. Mindezen körülmények együttvéve járultak hozzá ahhoz, hogy az így készült vaginák a folytonos tágitás mellett sem voltak hasznavehetőek és a tágitás kihagyása után rohamosan zsugorodtak.

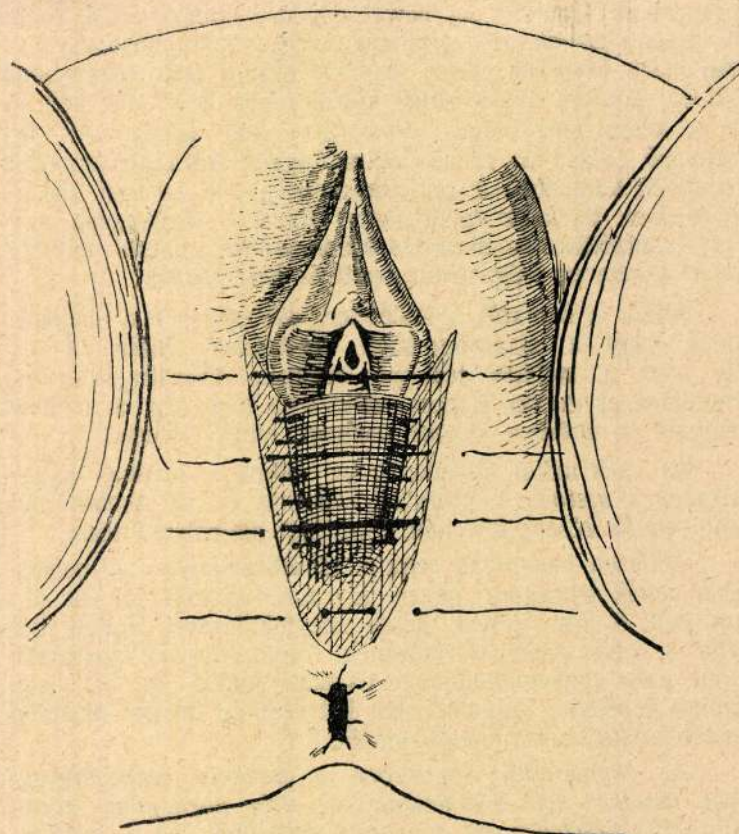
A feladatot lényegesen megkönnyíti, a műtétet sokkal veszélytelenebbé teszi és az utólagos zsugorodás eshetőségét lényegesen alászállítja, ha az új vaginát magán a gáton képezzük ki. Ilyenkor nincs olyan kötőszöveti csatorna, mely kívülről összeszorítaná az újonképzett hüvelyt. Ha a gát bőrét fordítjuk be egyetlen lebeny aládjában a vaginába, ez először is jól van táplálva, mert széles nyélen ül, másfelől rendkívül finom, úgy hogy könnyebben ázik fel és válik nyálkahártyaszerűvé. Két hibája az ezen terv szerint készült vaginának előrelátható volt. Először, hogy hossza korlátolt, de 6—8 cm.-re így is számíthatunk, már pedig a leírt komplikált, életveszedelmes és egyéb kellemetlen defectusokat okozó eljárásokkal sem sikerült hosszabb vaginát készíteni, a másik pedig az, hogy iránya nem fog megfelelni a normalis vagina irányának, hanem attól mintegy 20—30°-nyira lefelé eltér. Ez azonban a coitus alatti helyzet megfelelő megválasztása által kompenzálható és így reményünk volt, hogy a leírt terv alapján sikerül majd a lehető legcsekélyebb operatív risicóval és a lehető legegyszerűbb módon egy habár nem tökéletes, de eléggé használható és a mellett zsugorodásra nem hajlamos vaginát készíteni.

A beteg, a ki miatt ezen kérdéssel foglalkoznom kellett, egy 22 éves hajdon volt, a ki azon kívánsággal jelentkezett osztályomon, hogy nemi szerveit hozzuk közösülésre alkalmas állapotba. Soha sem menstruált, 2 év óta minden hó utolsó, illetve

első napjaiban néhány napig tartó fejfájást és szédülést érez, melylyel kapcsolatban orrvérzések is szoktak jelentkezni. 8 hó előtt coitus-kísérlet történt, mely fájdalmas, egyébként teljesen



1. ábra.



2. ábra.

sikertelen volt, utána azonban folyása támadt, mely miatt 5 hónapig állott kezelés alatt. Ekkor világosították fel arról is, hogy veleszületett hibájánál fogva közösülésre képtelen lesz. Jól fejlett, egyébként teljesen egészséges, kifejezetten női típusú

⁶ Cit. Hartmann-nál, pag. 124.

⁷ Zentralblatt für Gynäkologie, 1907. 9. sz.

⁸ Zentralblatt für Gynäkologie, 1909. 5. sz.

⁹ Zentralblatt für Gynäkologie, 1910. 1. sz.

¹⁰ Cit. Berkeley and Bonney, Gynecological surgery, 1911. p. 129.

leány. A külső nemi szervek jól fejlettek, a hüvelybemenet azonban el van záródva és a csökevényes hüvely jobb felében hymenszerű redő által határolt vak tasakot alkot, mely az ujj hegyét sem fogadja be. Némi erővel be lehet ugyan a körülbelül koronáyi nyálkahártyafelületet, mely a hüvely-nyálkahártya rendes színével és redőzöttségével bír, a medence felé nyomni, ez azonban alig tesz ki 1 cm.-t és nagyon fájdalmas. A nyálkahártya felületéről, különösen azonban a hymencsőkevény mögötti zugból tejfelszerű váladék ürül. Uterusnak a végbélvizsgálattal nyoma sem mutatható ki, a két ovarium ellenben mandulányi képlet alakjában homályosan tapintható. A plastikus műtét előtt átvágtuk a hymenalis ráncot és lapisoldattal kezeltük a fluort.

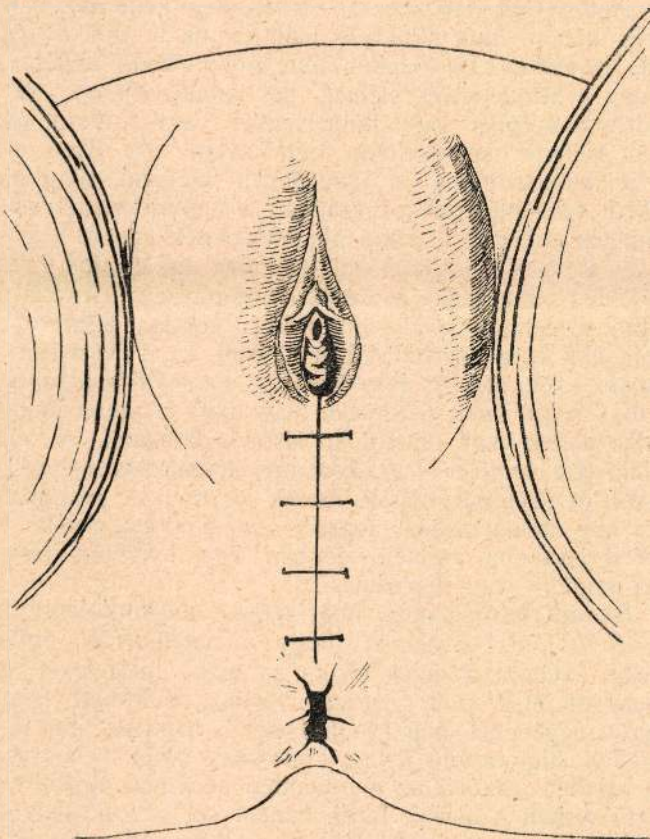
Műtét 1911 január 14.-én aethernarcosisban.

I. Lebenykészítés a gát bőrből. A lebenyt téglányalakúra vettem; csúcsa az anus széléig terjed, nyele szélesen átmegy a csökevényes vagina nyálkahártyájába. (1. ábra.)

II. A nagyajkak hátsó felét szélesen felfrissítem.

III. A gátlebenyt hámos felszínével befördítem a vaginába és catgutöltésekkel hozzávarrom a nagy ajkak belső sebszéléhez. (2. ábra.)

IV. A gáton levő bőrdefectust a sebszéléknek a központon silkwormöltések által való egyesítésével tüntetem el. (3. ábra.)



3. ábra.

A kis beavatkozást a beteg igen könnyen tűrte, a lefolyás teljesen láztalan volt, a seb per primam egyesült, fonálkiszedés a 12. napon.

Az újonképzett vagina 2 ujjat kényelmesen befogad, 7 cm. hosszú, felülete sima, puha, nyálkás.¹¹

A nő a kórházból való távozása után körülbelül 3 héttel kezdett el közöszlenni és röviddel ezután puella publica lett s mint ilyen 18—20 coitust végzett naponta.

A mint mondja, gyakran volt kéjérezése, az immissio csak az első pár kísérlet alkalmával ütközött nehézségbe, ellenben igen heves, valamint túlságosan gyakori közöszlés után a hüvely mélyén fájdalmakat érzett.

A június 6.-án végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a

¹¹ Bemutatva a Közkórházi Orvostársulat 1911 február 8.-i ülésén.

hüvely bőven 2 ujjnyira tágult, ellenben valamivel megrövidült, úgy hogy hossza kb. 6 cm.; a bele implantált bőrlebeny teljesen nyálkahártyaszerűvé alakult, alsó fala pedig valamivel megvékonyodott. A hymenalis ráncz helye nyomásra érzékeny.

Az anatómiai eredmény, a melyet elértünk, tehát korántsem ideális, de a nő a coitusra képessé vált és ezzel a műtét célja el van érve. Nagy előny az is, hogy ez az eredmény mindenféle művi tágitás nélkül volt elérhető és hogy tartóságát biztosítottnak tekinthetjük. Kétségtelen azonban, hogy nem lehet minden esetet a leírt módon megoldani. Néhány nap előtt került kezelés alá egy nő, kinél a vaginacsőkevény teljes hiánya, a gát rövidege és a nagy ajkak igen hiányos kifejlődése miatt más eljáráshoz kellett folyamodnom.

A társadalom védelme a büntettesek ellen.

Irta és előadta: *Moravcsik Ernő Emil* dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

A budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtan szakosztályában 1911 évi márczius 20.-án tartott előadásom kapcsán a márczius 27.-én megindult eszmecsere a kérdést mélyítette, kiegészítette s részben bizonyos önálló nézetek megnyilvánulására szolgáltatott alkalmat. Ennek eredményét a következőkben ismertetem.

Salgó Jakab dr. kiemeli, hogy a nehézségek, a melyek a kóros és rendellenes elmebeli állapotok forensikus elbírálásakor felvetődnek, onnan erednek, hogy a társadalom nem tud eltakinteni a megtorlás gondolatától. A mi társadalmi berendezésünk még mindig csak a befejezett cselekményekkel szemben foglal állást és habár *Lombroso* óta folyton hangoztatja a jogtudomány is, hogy ne a bűncselekmény legyen a társadalmi intézkedésnek kiindulási pontja, hanem az egyéni lelki állapotnak mérlegelése, mely a cselekmény létrejöttét magyarázza, a társadalom törvénykezése mégis a bűncselekmények osztályozása körül forog és csak az antisocialis cselekmény okozta kárhoz mérten alkalmazza eljárását. Pedig kétségtelen, hogy a jogtudomány, ha socialis intézmény akar lenni, csak úgy lehet azzá, ha a társadalmat megvédi az antisocialis elemek rendzavarásai ellen, tehát ha kellő praeventiv intézkedést fejt ki. Tetézi a bajt az, hogy a pszichiatra, a hol a törvénykezés segítség céljából hozzá folyamodik, a bírósági eljáráshoz alkalmazkodik és jogi jargonban beszél. A pszichiatriára közömbös lehet az antisocialis cselekmény büntetésének mértéke. A pszichiatriai szakértőt csak az egyén lelki állapota érdekkelheti s a közveszélyesség fogalma is másképpen alakul az ő és a jogász fejében. Mi megállapíthatjuk tisztán valakinek lelki állapotából a közveszélyességet, a mikor még semmi antisocialis cselekményt sem követett el, mert ismerjük azokat a kóros lelki elemeket, a melyek az illetőnek gondolatait és cselekedeteit irányítják, ha az elmebetegség nyilvánvaló. De a tapasztalatból jól ismerjük azokat a rendellenes lelki állapotokat is, a melyek kikerülhetetlenül antisocialis életre visznek valamely egyént, a kinél a mai pszichiatriai nomenclaturával még nem tudjuk megnevezni a divó elmebetegségi diagnosist. A hol cserben hagy a csupán statisztikai célokra használható diagnostikánk, ott átmeneti formákról szólnunk és olyan kifejezésekkel iparkodunk magunkon segíteni, mint pl. „elfajulás“, „csökkent szellemi érték“, „csökkent beszámíthatóság vagy akaratbeli szabadság“. Pedig kétségtelen, hogy az ilyen kijelentések nem merítik ki a problema elmekórtani tartalmát és nem elégítik ki a társadalom követelményeit az ilyen egyénnel szemben. Olyan esetekben, midőn a pszichiatra megállapítja az egyén rendellenes állapotában gyökerező associabilitását, nyíltan ki kell mondania a közveszélyességet, tekintet nélkül arra, hogy a bűncselekményt már elkövette-e vagy sem, s ki kell fejtenie, hogy az ilyen egyén nem alkalmas a társadalomban helyet foglalni, s a társadalom biztonsága érdekében köteles róla éppen úgy gondoskodni, mint más tehetetlenekről, mindaddig, míg ezen állapot meg nem szűnik. Az ilyen eljárás ellen — mondja

Salgó — felhózzák a személyes szabadság veszélyeztetését és vele kapcsolatban a visszaélések veszedelmének lehetőségét. Tévedések azonban nemcsak itt, hanem a jogszolgáltatás divó rendszere mellett is fennállhatnak. Az elmebetegeknek gyógyító intézetekbe való internálása ellen is történtek sensatiós felszólalások és mégsem változik adott esetben ezek idehelyezésének szükségessége. A nagyközönség nehezen fogadja el azon pszichiatrikus álláspontot, hogy az ilyen intézet nem letartóztatási, hanem gyógyító. Azokon az elemeken, a melyek lelki állapotuknál fogva örökösen veszélyeztetik a társadalom békés munkáját és nem tudnak behelyezkedni a társadalom rendjébe, nem segít a csökkent akaratbeli elhatározás megállapítása és az abból folyó csökkent mértékű büntetés. Itt csak gyökeres eljárással lehet eredményt elérni, a mely nem jelent mindig és első sorban internálást. Sok abnormis elem nem is annyira közveszélyes, mint inkább támogatásra, védelemre szorul. Ez a védelem pedig a gondnokság. Gátat vet a sok közveszélyes cselekedetnek és beteges hajlamú egyént megvédi a társadalom értelmetlen és a meddő megtorlása ellen. A gondnokság ugyanis kötelez valakit, hogy a gondnokoltra felelősség mellett felügyeletet gyakoroljon. Az elkülönítés pedig megmarad utolsó remediumnak. De ennek a szükség szerint új alakban kell történnie, tehát sem elmeigógyító, sem letartóztatási intézeti jellege nem lehet.

Oldh Gusztáv nem tud megbarátkozni azzal a radicalizmussal, mely úgy képzeli az évezredeken át lassankint felépült jogrend továbbfejlődését, hogy tabula rasa-t kell csinálni és új alapon új jogrendet építeni fel, mely nem ismer bünt és büntetést, hanem csak ártalmatlanná tételt. A bűn és annak expiatioja évezredeken át az ember lelkébe belehelyezett ősi jogérzet és a társadalomnak épp úgy van lelke, mint az egyéneknek. A társadalom lelke, mely lázongásában lynch-ítéletet követel, megszűnik lázongani, ha tudja, hogy elmebetegről van szó, de alig fogja megnyugodni az egyszerű ártalmatlanná tételben épelméjükkel szemben. Az iskolákba, az egyházba, a kaszárnyákba alig lehetne egyhamar belevinni azt a természettudományi felfogást, hogy bűn nincs, sem büntetés, csak ártalmatlanná tétele azon szerencsétleneknek, a kik antisocialis impulsusokra hajlamosítottan születtek. Az egész mozgalomból le fog szűrődni egy kis hozzásimulás a kor haladó szelleméhez, de nem lesz egyszerű gyökeres átalakulás. Ennek útját állják a néplélek pszichológiai törvényei. Különben — mondja tovább *Oldh* — furcsán venné ki magát az ártalmatlanná tevési elmélet mellett, hogy az ártalmatlanná tevés helyén, a hol egy kis társadalom kialakulna, megint csak büntetnének, a mint hogy büntetni kellene a fegyelem fenntartása miatt. *Oldh* azt hiszi, hogy a modern áramlat szemben fogja magát találni egy conservatív felfogással, melynek súlyát lebecsülik és a melynek folytán tabula rasa és a jogrendnek teljesen új alapokra fektetése a közel jövőben nem lesz lehető.

Fischer Ignác hangsúlyozza, hogy mivel a bűncselekmények keletkezésének teljes mérvben való megakadályozásában nyilvánuló ideális állapot nem érhető el, arra kell törekednünk, hogy a büntettek számát legalább is nagy fokban csökkentjük. A praeventív eljárás célozza azt, hogy minél több egyén válhassék a társadalom hasznavehető tagjává. Ezen elv nyer kifejezést hazánkban a gyermekvédelemben is. Az állam gondozásba veszi azon gyermekeket is, a kikről hozzátartozóik kellőképpen gondoskodni nem tudnak s a kik a kedvezőtlen körülményeknél fogva züllésnek vannak kitéve, vagy züllésnek indulnak. A nálunk divó rendszer szerint az állam keresi fel az erkölcsileg elhagyottakat, felemeli és támogatásban részesíti és pedig erre hivatott orvosi szakközegek vezetése és irányítása mellett. A gondozás vagy egyes megbízható családok körében, vagy külön e célra szolgáló intézetekben történik, súlyt helyezve a gyermek testi és szellemi állapotának megfelelő elbánásra, a nevelésre, oktatásra, ipari és gazdasági munkákban való kiképzésre. Hízelgő ránc a francia *Roubinovitch*-nak egyik nemzetközi értekezleten tett ama kijelentése, hogy Magyarország az első állam, mely a gyermekek criminalitása ellen biológiai alapon küzd.

A pontos orvosi megfigyelés adatai adott esetben a bíróságnak fontos támpontokat nyújthatnak a követendő eljárás módjainak megállapítására. *Fischer* fontosnak tartaná, hogy ha a fiatalok büntettek büntetésüket kiállják, kellő anyagi és erkölcsi támogatásban részesüljenek s itt a patronage jótékony beavatkozásának van helye. A csökkent szellemi értékű egyének számára a bíróság által megállapított büntetés kiállása után külön intézetbe helyezést tart szükségesnek, a minnek elrendelése a közigazgatási hatóság körébe tartoznék.

Donáth Gyula a felvetett kérdések közül különösen fontosnak tekinti annak eldöntését, vajjon a büntettes elmebetegek részére kell-e külön intézet. *Baer*, a börtönügy kiváló ismerője, a foglyok 5%-ára becsüli az elmebetegek és szellemileg defectusosok számát. Az ilyenek természetesen nem a letartóztatási intézetekbe valók. De az ilyen közveszélyes, rendezavaró, békétlen, antisocialis elemeket az elmeigógyító intézetek nem szívesen látják s a többi betegekre is rossz benyomást gyakorolnak, sőt a betegek hozzátartozói is megalázónak tartják ezeknek azokkal való összevegyítését. Végül pedig a rendes elmeigógyító intézetek az ilyen közveszélyes egyének számára szükséges fokozottabb felügyeletet és erőlyesebb biztonsági rendszabályokat nem alkalmazhatják. Mind ezen érv a mellett szól, hogy ezek az intézetek külön adnexumába helyeztessenek. A hozzászóló leghelyesebbnek tartaná e célra a külön központi intézeteket, de lehetne a nagyobb letartóztatási intézetek kapcsán is létesíteni kellő pszichiatrikus vezetés mellett, mint a milyen már nálunk is van a gyűjtőfogház keretében. De mindenesetre gondoskodni kellene arról is, hogy a közveszélyes elemek ne halmozódjanak fel egy csoportban s éppen ezért műhelyekben vagy a mezei gazdaságban kellene őket elosztva foglalkoztatni. Az ilyen eljárás csak jótékonyan hatna a rendellenes szellemi állapotra. A csökkent szellemi értékűek számára a fogházorvos javaslatára a büntetés enyhébb alakban alkalmazhatnák, mert a szigorúbb elbánás a rendellenes szellemi tüneteket fokozhatná, a mint azt *Moeli* is kimutatta. Az imbecilliseket vagy idiotákat szigorúbb fegyelmi nevelő-intézetekbe kellene adni, melyek paedagogus és a pszichiatriában képzett orvos vezetése alatt állnának. Ezek 15—18 éves korukig, sőt tovább is maradnának itt s aztán kellő felügyelet alatt ipari és mezei munkával foglalkoznának vagy családi ápolásba adatnának. A teljesen asocialisok a megfelelő foglalkoztatás alkalmazása mellett egész életükön át asylumba valók. Annak idejében a hozzászóló e célra egy dalmát sziget megszerzését ajánlotta. Azóta *Weygandt* is javasolta Németországban egy tengeren túl levő német szigetre való deportálást.

Donáth kiemeli még, hogy nagyon megfontolandó lenne *Kuhn-Kelly* ama javaslata, hogy a fiatalok bíróságát „ifjúsági védőbizottságok“-nak, a javító intézeteket pedig „nevelő-intézetek“-nek nevezzék. Ezáltal elhárítható lenne az idekerült egyéneknek még későbbi életük lefolyása alatt is kedvezőtlenül stigmatizáló jelleg. Fontosnak tartja a hozzászóló, hogy minden esetben ne a büntettet, hanem az egyént tekintsek elsősorban s nem a bírói, hanem az orvos-paedagogiai szempont legyen az irányadó s a szellemi állapotot ne egy oldalról ítéljék meg, hanem tekintsék az egész egyéniséget. A hozzászóló a fiatalok bírósága által tartott főtárgyalások nyilvánosságát károsnak nyilvánítja, a mint ezt *Fischer* berlini bíró is tapasztalta, valamint *Vogt* értelmében azt sem tartja helyesnek, hogy a szakvélemény a vádlott előtt felolvastassék. Kívánatos lenne, hogy — mint ezt *Major* is kifejezte — a bírói collegiumban orvos is helyet foglaljon s a bíró által kimondott nevelő-intézetbe való utalás a pszichiater és paedagogus közbenjárásával történjék.

Donáth az alkoholistákra nem tartja elegendőnek a fogházban az abstinentiára való kényszerítést, mert azok kiszabadulás esetén újra áldozni fognak szenvedélyüknek, hanem külön alkoholisták gyógyító intézetébe kell őket elhelyezni.

A hozzászóló végül hangsúlyozza, hogy mily nagy szükség van a büntettek különféle csoportjainak elbírálásánál és vezetésénél az elmeorvosi szakismeretre.

Minich Károly azon nézetten van, hogy a közveszé-

lyesség megállapítása mindenkor a bíróság feladata a rendelkezésére bocsátott adatok alapján. Az orvosszakértő véleményében tulajdonképpen csakis a szó igazi értelmében vett elmebetegség fennállása esetén mondhatja ki az általa megvizsgált egyén közveszélyességét, de azért ilyenkor is a bíróság az, amely az általa elfogadott szakvéleményre támaszkodva, ítéletileg vagy végzésileg végérvényesen állapítja meg azt. Minden más esetben, a midőn a szakértő véleményét bekéri a bíróság, a szakértő feladata arra szorítkozik, hogy megállapítja a fenforgó degeneráltságot, alkoholismust vagy egyéb olyan momentumot, amely a beszámíthatóságot korlátozza; megemlítheti véleményében, hogy a talált állapotnál fogva a megvizsgált bűncselekmény elkövetésére hajlammal bír, de a közveszélyességre vonatkozólag nyilatkozatot nem tesz. A bíróság ily esetekben is éppen úgy, mint a visszaeső büntettekénél, a rendelkezésére álló adatok alapján állapíthatja meg. Ily módon a biztonsági rendszabályok elrendelése is csak a bíróság hatáskörébe tartozhat. Felhossa a hozzászóló, hogy súlyosabb jelentőségű ügyekben háromtagú tanács döntése alapján történik a rendszabályok elrendelése s kétes esetekben még a felsőbb bíróság hozzászólásának lehetősége is megadja a kellő garantiát.

Minich nézete szerint a biztonsági rendszabályok fogantatására külön, a mostani letartóztatásiaknál enyhébb, de az elmebetegségnél szigorúbb bánásmódot nyújtó intézetek kellene. Ugyancsak külön intézeteket kívánna a gyűjtőfogház mellett levő igazságügyi országos megfigyelő és elmeorvosító intézet mintájára a büntetett elmebetegek, továbbá a többi közveszélyes büntetett számára is. Ez utóbbiak testi és szellemi állapotuknak megfelelő csoportokban más-más osztályokon volnának elhelyezendők. A büntetett elmebetegek intézetét az igazságügyministerium alá tartozó elmeorvos, a többieket a letartóztatási intézetekéihez hasonló igazgatók vezetnék, de ezeknél is tág tér engedtetnék az orvosi szakmüködésnek. Az intézetekbe való beutalás és az azokból való elbocsátás a bíróság határozata alapján történne, még pedig mindig az intézeti orvos és igazgató meghallgatásával, vagy esetleg a bíróság által kiküldött külön szakértők véleményének kikérése mellett. A fiatalokúakra vonatkozó eddigi intézkedések tovább is érvényben maradnának.

Németh Ödön felhossa, hogy a közveszélyesség kérdését a fegyház- és börtönbüntetésre elítélt több ezer büntetett megvizsgálásával tanulmányozta. Az összes büntetett közül 51·27% volt visszaeső, míg a 3102 visszaeső közül legalább 3-szor vagy többször visszaeső 57·84%. Az összes visszaeső közül vagyon elleni bűntények (lopás, csalás, sikkasztás, orgazdaság) miatt 74·45%, egyéb bűncselekmények (élet- és testi épség, szemérem elleni vétségek és büntettek) miatt 25·55% volt elítélve. Az összes elítélteknek 10·7%-a (a visszaesők közül majdnem 500) volt olyan, a kikenél a testi és szellemi degeneráltság stigmáinak nagyobb száma mellett szellemi fogyatékoságot, korlátozott ítélőképességet s indulatkítóresekre való nagy hajlamot konstatait. Ezen csoportba vette a csekélyebb szellemi értékű (nem elmebeteg) hystériásokat és epilepsziásokat is. Azt tapasztalta továbbá, hogy az elítélteknek aránylag nagy százalékában mutatható ki az alkoholismus chronicus jellegzetes szervezeti és szellemi tüneteivel (737 visszaeső). Mint figyelembe veendő momentumot emeli ki, hogy az elítéltek 1/5 része a letartóztatás tartama alatt fegyelmi vétségek miatt volt megbüntetve s ezek nagyobb csoportját a degeneráltak tették, a kikkel szemben a letartóztatási intézetekben (fegyház, börtön, fogház) különben feltétlenül szükséges szigorúság nemcsak hogy hatástalan, de nézete szerint ez a szigor egyenesen ártalmas volt, mert az újabb fegyelmi vétségek egész sorát provokálta, izgalmakat váltott ki. Ez is csak azt bizonyítja, hogy az ilyen degenerált, csekélyebb szellemi értékű, úgynevezett korlátozott beszámíthatású egyénekk szemben a jelenleg divó büntetésvégrehajtási módok nem vezetnek célra, hatástalanok. A hozzászóló az ilyen egyének és az alkoholisták számára külön, specialis intézeteket tart szükségesnek s ezek minden nagyobb finansialis áldozat nélkül helyet nyerhetnének oly módon, hogy az

ország 9 letartóztatási intézete közül kettő némi átalakítás mellett számukra rendeztetnék be, elmeorvosi önálló vezetés alatt.

Németh véleményét a következőkben összegezi: 1. A bűncselekmények megelőzése, illetőleg a közveszélyes bűntettek ártalmatlanná tétele szempontjából feltétlenül szükséges, hogy a fentemlített (korlátozott beszámíthatású) büntettekkel szemben biztonsági rendszabályok alkalmazassanak s azok elrendelése, a közönség megnyugtató okából is, ne a politikai, közigazgatási hatóságok vagy az orvosszakértők, hanem a bíróságok hatáskörébe tartozzék. A bíróság — úgy mint a gondnoksági ügyekben — orvosszakértők meghallgatása után döntene. 2. Ezen biztonsági rendszabályok fogantatására céljából a munkaképes elemek részére dologházakra volna szükség, míg a munkaképteleneket vagy csökkent munkaképességűeket szegényházba utálná és pedig határozatlan időtartamra, de akár a büntetés helyett, akár a kiszabott büntetés kiállása után, legalább 2 évre, mely idő azonban esetről-esetre 8—10 évig meghosszabbítható volna. Az intézet élére az adminisztratív teendőket ellátására letartóztatási intézeti igazgató volna állítandó, a ki mellett, attól teljesen függetlenül, az orvosi teendőket szakképzett elmeorvos látná el. 3. A dologházak felett a főfelügyeletet az igazságügyministerium, a szegényházak felett, mivel azok a belügyminister főhatósága alá tartoznak, az igazságügyministerium és a belügyministerium közösen gyakorolná. 4. Az elbocsátás ügyében orvosszakértők meghallgatása után a bíróságoknak kellene intézkedniök. 5. A büntetett elmebetegek részére újabb külön intézet nem volna szükséges, mert ezek részben a gyűjtőfogház mellett levő igazságügyi orsz. megfigyelő- és elmeorvosító-intézet külön osztályán is elhelyezést nyerhetnek, másfelől pedig az állami elmeorvosintézetek külön osztályt rendezhetnek be ezek számára.

Ranschburg Pál lényegében osztja az előadó által elmondottakat, de kifogásolja *Minich* ama álláspontját, hogy a nem elmebeteg, de rendellenes elméjű egyének részére szolgáló intézetek ne orvosi vezetés alá tartozzanak, hanem az orvos az igazságügyi hatóság által kinevezett nem orvos intézeti igazgatónak csak szakközvege legyen. Nézete szerint ez hiba lenne a felvetett kérdések egész szelleme ellen, mert a büntetett abnormisak igen jelentékeny része éppen nem elmebeteg, hanem értelmileg és erkölcsileg, vagy pusztán morálsan többé-kevésbé gyengekétségű, illetve gyengeelméjű. Prophylaktikus, de tanulmányi célokból is feltétlenül szükséges, hogy az ilyeneknek tervezett külön intézetek létesüljenek is, de csakis orvosi vezetéssel és gyógypaedagogiai segédlettel. Hogy ezekkel szemben mindenképpen oly tehetetlenül állunk, jórészt tudatlanságunk kérdése. Tanulmányozásuk elsőrendű psychiatriai feladat, ennek végzése csakis orvososulag vezetett intézményekben képzelhető el eredményesen, míg kezelésük orvopsychologiai tanulmányozás alapján történő, részben orvosi, részben gyógypaedagogiai feladat. Éppen ezért kívánatos az is, hogy ily intézetek vezetője a gyermekpsychiatriában s a gyermekpsychologiai módszertanban is járatos egyén legyen. A *Minich* által említett javítóintézetekbe abnormis fiatalokúak nem valók.

Epstein László felhossa, hogy a mindenféle okokból hasznavehetetlen elemek eltartása már oly áldozatokat ró a társadalomra, hogy egy előkelő német folyóirat a múlt évben pályadíjat is tűzött ki ezen kérdésnek szakszerű megvilágítására. A minden néven nevezendő kitarítottak száma egyre szaporodik, a nélkül, hogy a keresők száma ezzel lépést tartana, úgy hogy a társadalom kereső részének teherhordóképessége a legerősebb próbának van kitéve és azért a hozzászóló nem tartja alárendeltnek a kérdést, vajjon lehet-e insinuálni a társadalomnak azt az újabb anyagi megterhelést, amelylyel a javasolt különféle intézetek létesítése és fentartása járna. Habár — mondja a hozzászóló — szorosan véve nem tartozik ránk, orvosokra, a finansialis szempontok mérlegelése, mégis figyelembe veendőnek tartja, ne-hogy a laikus közönség által felvetve és mértéken túl latba vetve, akadály legyen az általunk kívánatosnak, sőt szüksé-

gesnek vélt intézetek létesítésének. A hozzászóló számításba veszi a munkaerőt, a melyet az ezen intézetekben elhelyezendő egyének képviselnek és a mely szakszerű vezetés mellett úgy volna értékesíthető, hogy ezen intézetek fentartása a társadalomra nagyobb anyagi terheket nem róna, nem is szólva arról, hogy éppen a rendszeres foglalkoztatás, a szigorúan megkövetelt munka a legalkalmasabb eszköz volna a szóbanforgó elemek lehető socializálására. A hozzászóló ily módon vélné felépítendőnek a létesítendő intézményeket.

* * *

Végül örömmel kell konstatálnom, hogy hazánk a kulturállamokban a büntetéseken ellen való társadalmi küzdelem sikere érdekében évek hosszú sora óta fejlődött s már a codificatio stadiumáig eljutott életerős elvek kiformalásában és megvalósításának nehéz munkájában nemcsak elől járt, hanem egyes részleteiben a külföldet meg is előzte és ezen munkából nem csupán hazai jogi, hanem orvosi szakembereink is kivették oroslánrészüket.

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből.

Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményei.

Irta: Szana Sándor dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója és főorvosa.

(Vége.)

Ezen rendkívül nagy különbségeket az egyes menhelyek között Franciaországban is látjuk, mint ezt a 19. tábla mutatja. Ha csak a nagyobb számú gondozásba vett csecsemőket vesszük tekintetbe, Puy-de-Dôme-ban a halálozás 8·2%, míg Haute Garonne-ban 55%, nem is említve a kevés csecsemőt gondozó Haut Rhint, melynek 11 csecsemője közül 81% halt meg. Franciaország azonban ezen nem változtathat, mert gyermekvédelme departementális, megyei, bár állami físzviselők végzik; ellenben lehet változtatni Magyarországon, a hol az elhagyott gyermekek védelme állami és a hol azon menhelyekből, a melyeknek alkalmas dajkák anyanélküli csecsemők számára nincsenek, a csecsemőket oly menhelyekbe terelheti a vezetőség, a hol ilyen csecsemők elhelyezése nem okoz nehézséget.

A fővárosban felvett csecsemők szétosztásakor, melyet az országos felügyelő által rám ruházott hatáskörben én végzek, ezt az utolsó évben már tekintetbe is vettem s oly menhelybe, hol az anyanélküli csecsemő elhelyezése nehéz, csecsemőt nem is küldtem. Meg kell jegyezni, hogy az egyes menhelyeknek ebből a szempontból való klasszifikálása sehogy sem fedti a Berend által megállapított geográfiai veszélyeztettségi skálát. Ez is mutatja, hogy a csecsemőhalálozás elleni általános harc és az elhagyott csecsemők védelme nincs oly szoros összefüggésben, mint azt az ember különösebb kutatás nélkül hinné, de mint azt Svédország és Franciaország rossz eredményein ezen a téren, dacára ezen országok kiváló csecsemőhalálozásának, már láttuk.

Marosvásárhely, hol, mint Berend könyvéből látjuk, az általános csecsemőhalálozás az egész országban a legkedvezőbb, a közgondozásba került csecsemők gondozása ügyénél egyáltalán tekintetbe sem vehető, egyáltalán képtelen anyanélküli csecsemőket elhelyezni. A gazdasági viszonyok folytán ott ilyenre nem vállalkoznának.

Indokolt a budapesti állami gyermekmenhely 1910. évének eredményeit külön is nézni. Mint azt az 1. számú táblán láttuk, a felvett csecsemők 48·8%-át Budapest veszi fel, s a 20. számú tábla mutatja, hogy a csecsemők 29·2%-át a budapesti állami gyermekmenhely gondozza. Ismétlem, hogy a budapesti állami csecsemő-anyag a legrosszabb, mert a legegészségesebb csecsemőket a vidéki menhelyeknek küldjük (1909-ben 1395-öt, 1910-ben 1210-et).

1910-ben működtek első ízben a telepfelügyelők; ez évben a budapesti állami gyermekmenhely csecsemő-

halálozása 28·8%-ról 21·2%-ra csökkent. Ha hasonlóan a francziákhoz, azokat a csecsemőket nem vesszük tekintetbe, kik telepekre soha sem kerültek, hanem a felvétel után kórházunkban meghaltak, mielőtt a telepre adattak volna, akkor 2082 csecsemő között meghalt 13·7%. E számba azok a gyermekek, kik telepről visszahozottak s az intézetben meghaltak, benne vannak. Tehát mindenesetre meglepően kedvező eredmény.

19. tábla. A francia departement-ok gondozásában volt csecsemők halálozása 1902-ben.

Département	A gondozott csecsemők száma	Halálozási %	Département	A gondozott csecsemők száma	Halálozási %
Saône (Haute) ...	7	(0 décsés)	Hautes-Alpes ...	25	16·0
Tarn ...	19	5·2	Côte d'Or ...	153	16·3
Jura ...	56	5·3	Eure ...	85	16·4
Cantal ...	15	6·6	Haute-Vienne ...	139	16·5
Lozère ...	15	6·6	Hautes-Pyrénées ...	24	16·6
Isère ...	81	7·5	Finistère ...	42	17·3
Puy-de-Dôme ...	97	8·2	Orne ...	40	17·5
Nièvre ...	79	8·8	Basses-Alpes ...	3	17·6
Alier ...	22	9·0	Mense ...	11	18·1
Indre-et-Loire ...	8	9·4	Charente ...	141	18·4
Yonne ...	75	10·6	Ariège ...	16	18·7
Charente-Inférieure	148	10·8	Tarn-et-Garonne ...	42	19·0
Sarthe ...	337	11·2	Basses-Pyrénées ...	3	19·6
Savoie ...	68	11·7	Seine-et-Marne ...	30	20·0
Alpes-Maritimes ...	96	12·5	Eure-et-Loir ...	79	20·2
Mayenne ...	71	12·6	Ardèche ...	34	20·5
Lot ...	23	13·0	Cher ...	81	20·9
Landes ...	15	13·3	Haute-Marne ...	57	21·0
Seine ...	4367	14·2	Haute-Savoie ...	19	21·0
Corse ...	41	14·6	Meurthe-et-Moselle	83	21·6
Dordogne ...	20	15·0	Oise ...	64	21·8
Marne ...	26	15·3	Moyenne ...	71	21·9
Loir-et-Cher ...	104	22·1	Côtes-du-Nord ...	67	28·3
Vendée ...	43	22·9	Corrèze ...	21	28·5
Ardennes ...	21	23·8	Seine Inférieure ...	386	30·0
Pyrénées-Orientales	21	23·8	Nord ...	178	30·3
Pas de-Calais ...	41	24·3	Aveyron ...	109	39·1
Doubs ...	49	24·4	Rhône ...	241	31·1
Gironde ...	672	24·5	Drôme ...	130	33·0
Loire-Inférieure ...	114	24·5	Ille-et-Vilaine ...	51	33·3
Creuse ...	24	25·0	Hérault ...	38	34·2
Lot-et-Garonne ...	20	25·0	Loire ...	123	36·5
Vienne ...	56	25·0	Morbihan ...	57	36·8
Seine-et-Oise ...	131	25·1	Manche ...	27	37·0
Var ...	51	25·4	Aisne ...	47	38·2
Ande ...	52	25·5	Aube ...	52	42·3
Indre ...	27	25·9	Saône-et-Loire ...	126	43·6
Deux-Sèvres ...	106	26·4	Bouches-du-Rhône	123	47·3
Somme ...	53	26·4	Ain ...	111	48·6
Gard ...	67	26·8	Calvados ...	53	49·0
Gers ...	26	26·9	Vancluse ...	100	51·0
Haute-Loire ...	26	26·9	Haute-Garonne ...	118	55·0
Vosges ...	26	26·9	Loiret ...	63	69·8
Maine-et-Loire ...	134	27·6	Haut-Rhin (Belfort)	11	81·8

A budapesti intézetben felvételre került 1910-ben 3010 csecsemő, ezek között, mielőtt vidékre ki volt helyezhető, meghalt 9·8. (Ez a szám Párisban 10%).

A legegészségesebb 1210 csecsemőt vidéki menhelybe küldtük. Az ezek elvonása után megmaradtakat s az osztályon meggyógyultakat a budapesti menhely telepein helyeztük el. Ezek halálozása 13·7%. Hangsúlyozom, a betegen az intézetbe visszahozottakat s ott meghaltakat beszámítva.

Felhangzott az a nézet (l. Keller: Fürsorge für uneheliche Kinder), hogy az a gyermek, a ki szoptatási segély (Stilprämie) mellett anyjánál meg volt hagyható, nem is elhagyott gyermek. Havi 10 korona nem teremti meg azt a lehetőséget, hogy valaki szoptathasson otthon, ezt a 10 koronát csak olyanok kapják, kik amúgy is szoptattak volna. Mérlegeljük tehát az összeredményt az anyánál megmaradóitak kihagyásával, s akkor is azt látjuk, hogy 1812 csecsemő között 275, vagyis 15% halt meg. Az országos 16% ezen számításnál 17%-ra változna.

A szerint, a mint a gyermekek anyánál, anyával vagy anya nélkül voltak elhelyezve, az eredmény, a mint a 15. számú táblán láttuk, ez:

	gondozottak	meghaltak	%
anyjánál gondoztatott	270	12	4.4
anyjával együtt falura helyeztetett	610	67	10.9
nevelőanya által gondoztatott	1202	208	17.3
összesen	2082	287	13.7

Tehát minden csoport jobb az országos átlagnál.

Hogy még ezen rossz anyagon elért eredményeink is jobbak, mint a külföldiek, szintén sem a magyar orvosok kiválóságának, sem a magyar nevelőszülők különös gyermek-táplálási géniusának tulajdonítom, hanem ugyancsak a rendszer tökéletességének.

Az osztrák intézetekkel szemben aránytalanul nagyobb a mi ellenőrzésünk; a bécsi lelenczháznak még két év előtti szabályzata szerint a kihelyezett csecsemő felügyelete az anya kötelessége, tehát a Bécsben cselédként szolgáló anya ellenőrizze esetleg Magyarország nyugati részében elhelyezett csecsemőjét.

De még ma is — midőn a magyar gyermekvédelem hatása alatt az osztrákok lényegesen javították a gyermekvédelmüket, sőt még a lelenczház szót is eltörölték s a mi menhely nevünkhöz hasonló nevet használnak —, a 27.000 gyermek ellenőrzésére két orvos 20 napot fordított.

Ezzel szemben mi gyermekeinket telepörvossal, telep-felügyelőnővel és központi közeggel ellenőrizzük.

A francia vidéki intézetekkel szemben rendszerünk előnye ugyancsak a sokkal gondosabb ellenőrzés. Menhelyi intézeteink, bár még erős javításra szorulnak, aránytalanul tökéletesebbek, mint a francia vidéki hospice-ek. Tartásdíjaink, sajnos, alacsonyabbak, mint a Franciaországban csecsemőkért fizetett díjak. Pedig ez is fontos tényező.

20. sz. tábla. A magyar állami gyermekvédelemben az 1910. év folyamán gondozott összes csecsemők megoszlása az egyes menhelyek között.

	Gondoztatott	%
Arad	305	3.2
Budapest	2733	29.2
Debreczen	473	4.0
Gyula	280	2.9
Kassa	569	5.9
Kecskemét	648	6.7
Kolozsvár	299	3.1
Marosvásárhely	110	1.1
Munkács	226	2.3
Nagyvárad	657	6.8
Pécs	277	2.9
Rimaszombat	264	2.7
Szabadka	498	5.1
Szeged	740	7.4
Szombathely	542	5.6
Temesvár	626	6.5
Veszprém	448	4.6
	9695	100.0

Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének eredményéről beszámolva, még azt a terjedelmet kell vizsgálnunk, melyben az állam a csecsemőket felöleli. Fontos kérdés, vajon a rendszernek azon törekvése, hogy az anyát, ha él s ha nyomós okokat felhozni nem tud az ellen, hogy gyermekével együtt maradjon, tehát az, hogy alkalmilag kényszerítjük az anyákat csecsemőikkel együtt gondozásunkban maradni, nem riasztja-e el a veszélyeztetett réteg anyáinak nagy részét attól, hogy csecsemőjét az állam gondozásába adja, vagyis nem szűkítette-e ez a törekvés a mi csecsemővédelmünk keretét.

Ily aggályok saját körünkben is felvetődtek, felvetett ilyeneket *Uffenheimer*²⁰ és *Keller*²¹ is.

²⁰ *Uffenheimer*: Säuglings- und Jugendfürsorge. Leipzig, 1910.

²¹ *Keller*: Kinderschutz und Säuglingsfürsorge in Ungarn. Berlin, 1911.

Abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy ebben az irányban is számadatokkal nyugtathatom meg socialis lelkiismeretünket. Számadatokkal bebizonyíthatom, hogy az elhagyott csecsemő körüli működésünk az anyára kifejtett kényszer daczára szélesebb keretű, mint Európa bármely más országában.

Hangsúlyozom, hogy természetesen mi minden habozás nélkül felvesszük az oly csecsemőt anya nélkül is, a kinek anyja igazolt betegség miatt nem szoptathat, vagy pedig a hol társadalmi okok az anyának a menhelybe való felvételét lehetetlenné teszik, tehát ha az anyának még több gyermekét kell eltartania, vagy az anya a menhelybe való felvétellel járó szolgáltatmegszakítás által elveszítené állását stb.

De nézzük a számadatokat. Legliberalisabb a csecsemők felvétele a párisi lelenczházban. Ott minden odahozott csecsemőt fel kell venni, sőt a falon nagy táblák hirdetik, hogy ha az, ki a gyermeket hozza, nem akarja a gyermek nevét megmondani, arra nem fogják kényszeríteni. Daczára ennek, 1908-ban Párisban házasságon kívül született 100 csecsemőre csak 15 felvétel esik a párisi lelenczházba. Még ha azokat a csecsemőket is hozzászámítjuk, a kiknek a szajnai departement némi segélyt ad, gyakran csak csecsemőkelenygyét, akkor is Párisban házasságon kívül született 100 gyermekre csak 31 felvétel esik közgondozásba.

Bécsben a felvétel a lelenczházba ugyancsak a román rendszer szerint történik. Bécsben is 100 házasságon kívül született csecsemőre 30 felvétel esik közgondozásba.

A germán városok csecsemővédelme, mint már említettem, aránytalanul kisebb, így *Berlinben* 1909-ben a város 1823 csecsemőt vett közgondozásba.²² S így 100 házasságon kívül született gyermekre esik felvétel 20.

Ha a német birodalom első városában ily keretekben működik az elhagyott csecsemők gondozása körül a csecsemővédelem, akkor képzelhető, milyen a csecsemővédelem a kis községekben, a hol socialis lelkiismeret nincs, a hol a község socialhygienés működését kicsinyes krajczároskodás irányítja. Megdöbbenést keltett Berlinben, midőn bemutattam egy congressuson egy német község hirdetését, a melyen egy gondozásába került csecsemő elhelyezése céljából *minuendo* árlejtést tűzött ki, tehát annak fogja odaadni, a ki a legolcsóbban elvállalja.

Budapesten ezzel szemben 1908-ban 5563 házasságon kívül született csecsemővel szemben áll 3492 felvétel, vagyis 61%.

Ha, a mint Párisban és Bécsben nem tettem, az azok között levő törvényes gyermekeket levonom, akkor is a házasságon kívül született csecsemőknek 50%-a kerül az állam gondozásába.

Az utolsó 2 évben a számok ezek:

Budapesten született házasságon kívüli csecsemő	Felvetetett csecsemő a budapesti menhelybe	100 házasságon kívüli szülésre esik csecsemőfelvétel
5563 (1908)	3492 (1909)	61
5683 (1909)	3010 (1910)	52

Absolut számok is mutatják ezt. Magyarországon 1908-ban 9513 csecsemőt gondoztunk. A gazdag, de a depopulatio előtt álló s Magyarországnál több mint kétszer népesebb Franciaországban, melynek ugyancsak üzni kellene a puericulturát, közgondozásban 1906-ban 12.808 csecsemő volt.

Tehát kétségtelen, hogy működési keretünk ez irányban túlterjed az összes európai államok keretein. Nem bánthat tehát továbbra aggály az iránt bennünket, hogy rendszerünk az a része, melylyel az anyára nyomást gyakorolunk, hogy a csecsemőt szoptassa, szűkíti a keretet s kiszorítja az odavaló anyagot.

A magyar rendszer ezen kiváló, *Szalárdi* kezdeményezésének köszönhető részét, hogy anyával együtt veszi fel a csecsemőt, akkor tudjuk még jobban megbecsülni, ha ismerjük

²² Verwaltungsbericht des Magistrates zu Berlin für das Etatsjahr 1908. Seite 4. Született 1909-ben házasságon kívül 9044.

a francia lelenczházak azon szigorú berendezését, melyet az 1904.-i törvényük újból megállapított, hogy az anya, ki gyermekét beadja, soha többé nem láthatja azt, nem mondják meg nekik, hol van, sőt csak kétszer évente mondják meg neki, hogy a gyermek él-e vagy sem?

Ugyancsak nehezek a felvételi viszonyok Ausztriában, a hol egyáltalán csak azokat a házasságon kívül született csecsemőket veszik fel, kik a klinikán születtek s kiknek anyja 4 hónapi dajkaszolgálatra vállalkozik.

A germán rendszer felvételi nehézségeiről legfényesebb tanulságot tesznek a felvételi súlyok, melyek gyatra-sága minden leírásnál többet mond azon szenvedésekről, a melyeken át kell esni a gyermeknek, míg felveszik.

Németországban a gyermekvédelem ügye ma kizárólag a községek ügye. Országos kérdés ott csak a züllött gyermekek ügye és országos csecsemővédelmi actiónak elsősorban csakis a dajkaságba adott csecsemők felügyeletének kérdése van kontemplálva a jövőben.²³

Bemutattam ezzel az elhagyott csecsemők állami védelmével Magyarországon elért eredményeket. Bizonyos, hogy egy intézmény életében hét év, és pedig az első hét év alig egy perc. Már pedig a magyar állami gyermekvédelem a gyermekvédelmi szabályzat kiadásától számítva csak hét éves. A csecsemők rohamos súlygyarapodásához hasonlóan rohamosan nőtt a magyar állami gyermekvédelem. 1903-ban 14.000 gyermeket gondoz, 1910-ben már 54.000-et. A táguló keretek foglalták le egész működésünket s a legelső betegségeket is alig állotta még át az intézmény. S mégis, ha az eredményeinket összehasonlítjuk a világ legrégebb s eddig legtökéletesebb gyermekvédelmével, a francziával, éppenséggel nincs okunk reszkelkedni, sőt nyugodtan állhatunk az összehasonlítás elé. Bizonyos, hogy ezen eredmények javulni fognak, ha a rendszer részleteit oly gondnal fogjuk kidolgozni, mint a milyen nagy-szerű maga a rendszer s ha az, azt hiszem elég nyíltsággal, őszinteséggel feltárt bajok eliminálva lesznek. Szoptató anyáknak nagyobb számban való megnyerése, az esetleges mester-séges táplálás kérdéseinek tanulmányozása, a közgondozásba szoruló csecsemők közvetlenebb átvétele a közgondozásba, a személyzet tökéletesebb kiképzése, kezdve a telepfelügyelőnőtől az igazgató-főorvosig, ezek a jövő feladatai. Ezzel jár a személyzet jobb díjazása is, az intézeteknek tökéletesebb berende-zése, főleg nagyobb ápolószemélyzettel való ellátása, egyes menhelyek kikapcsolása vagy legalább részleges mentesítése a csecsemőgondozás feladata alól. Mindezekről más helyen részletesen fogok beszámolni.²⁴

Egy nagy darab magyar kulturamunkáról számoltam be, s azt hiszem a magyar kulturának, a magyar orvosi tudománynak nincs oka e munka eredményeit kicsinyelni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Oskar Scheuer: Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1911.

Jóllehet a dermatologia mint önálló disciplina az utolsó évtizedekben nagyot haladt, mégis bizonyos, hogy az aetiologiai kutatásnak még tág tere marad a további vizsgálat számára. Minden szakember tudja, hogy a dermatológiának nem jelentéktelen része oly bőrbajokból áll, a melyek többé-kevésbé

²³ Hangsúlyozni akarom azonban itt, hogy a megelégedettség hangján csakis a közgondozásra szoruló, az elhagyott csecsemők védelméről beszélhetünk nálunk. Az általános csecsemővédelem — melyet *Berend* könyvében propagál s mely törvényeink szerint jelenleg községi feladat — még jóformán csiráiban is alig létezik.

²⁴ Külön dolgozatban fogok beszámolni a következőkről: 1. Az általános csecsemővédelem befolyása a csecsemőhalandóságra. 2. A csecsemőkórház szerepe a magyar állami gyermekvédelem rendszerében. 3. Az állami gyermekmenhelytelep s szerepe az állami gyermekvédelemben. 4. Az elhagyott gyermekek magyar állami védelmének legközelebbi feladatai.

szoros összefüggésben állanak a belső szervek betegségeivel, illetőleg zavaraiival. De ha sejtjük, sőt ösmerjük is az összefüggés létezését, kielégítő tudományos magyarázat s általában az összefüggés módjának ismerete még legnagyobbbrészt hiányzik. Mindez csak annál inkább figyelmeztetheti a dermatologia művelőit, hogy ne hagyják túlságosan el azt a talajt, a melyből az egész disciplina kivált, a belorvostant s vele együtt az általános pathologiai szempontokat. A szervezet egyéb szerveivel összefüggő bőrbajok egyik külön csoportja az, a mely a női nemi szervek betegségeire és azok működésének zavaraira vezethető vissza több-kevésbé határozottsággal. A szerző ennek a határmegyének a kidolgozását tűzte ki feladatául, a mikor érdekes és sok tekintetben tanulságos monographiájának megírásához fogott. A kísérlet eléggé sikerültnek mondható s ha nem is fogadható el írójának valamennyi tudományos következtetése, a szerzőnek már abban is jelentékeny az érdeme, hogy az irodalomban nagy számban, de igen szétszórta föltalálható idevágó adatokat nagy szorgalommal hordotta össze.

A mintegy 13 ivre terjedő munka 11 fejezetre oszlik. A pubertas, a menstruatio, a terhesség s általában a nőnek valamennyi fontos időszaka, illetőleg állapota, mind külön fejezetbe van foglalva, a melyben azután az eddig ismert s a dermatológiával összefüggésbe hozható adatok gondosan vannak tárgyalva. Nagy előnye a monographiának, hogy az irodalom nagy anyaga külön fejezetben kimerítően van összeállítva. Az e téren utána vizsgáló orvos így nagy könnyítésre talál. Az érdekesen megírt munka tárgyánál fogva nemcsak a dermatologusnak, hanem minden orvosnak, elsősorban természetesen a nőorvosnak figyelmére igényt tarthat.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

Hyperaciditas eseteiben *Roubitschek* jó eredménnyel használja a hydrogensuperoxydot. Legcélszerűbb a $\frac{1}{2}\%$ -os oldattal kezdeni; ebből éhomra 300 cm³ ivandó meg. Ha háromszori használatra az aciditas nem csökkent tetemesében, $\frac{3}{4}$ —1 $\frac{0}{10}$ -os oldattal próbálkozunk. 1 $\frac{0}{10}$ -osnál erősebb oldatot nem jó használni, mert hányásingert, illetve hányást okoz. Ez a hydrogensuperoxyd egyedüli kellemetlen mellékhatása, a mely különben néha már a $\frac{1}{2}\%$ -os oldat használatkor is mutatkozik. A szerző 35 esete közül csak 20 $\frac{0}{10}$ -ban volt az eljárás eredménytelen; olyan esetek voltak ezek, a melyekben a hyperaciditas hypersecretióval és gyomormozgászavarokkal volt szövődve. A mi az eredmény tartósságát illeti: eseteiben eddig három hónap telt el a nélkül, hogy a hyperaciditas tünetei újból jelentkeztek volna; *Poly* egy esetében már 1 $\frac{1}{2}$ év óta tart a gyógyult állapot. A kezelés ideje átlagban 14 nap volt. A hydrogensuperoxydnak enyhe hasajtó hatása is van, a minek megfelelően a hyperaciditással rendszeren együttjáró székszorulás is megszűnik. A hydrogensuperoxyd helyett magnesiumhyperoxydot, a hopogant és a magnodatot is használhatni, mint a melyekből a gyomorban lassan oxygen válik le; ezek a készítmények azonban bizonytalanabban és lassabban hatnak. A kedvezően befolyásolt esetek 40 $\frac{0}{10}$ -ában csak akkor következett be a javulás, a mikor egyidejűleg a diatét is rendezték. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 19. sz.)

Sebészet.

A gyomorfekély sebészi kezelése. *Hochenegg* azon álláspontra helyezkedik, hogy ulcus ventriculi esetében a leg-helyesebb műtéti beavatkozás a gastroenterostomia s a resectiót csak a specialisan erre alkalmas esetek számára kell fentartani. Ugy közvetlen, mint végleges eredményei kielégítik. Gastroenterostomia retrocolica posteriort végez varrattal, oly módon, hogy anastomosisul közvetlenül a legfelsőbb vékonybélhez csatlakozó jejunumrészletet használja fel és azt anisoperistaltikás értelemben a gyomorhoz erősíti úgy, hogy

az anastomosisra használt bélrészlet úgyszólván mint a pars horizont. infer. duodeni meghosszabbítása, ezzel azonos irányban halad. Erre az eljárásra vezet vissza, hogy circulus vitiosus és ulcus pept. jejunit csaknem sohasem látott.

A javalat felállítása tekintetében fontos szerepet tulajdonít a socialis szempontoknak. Ha a betegeknek nincs módjukban ápolni magukat és nem táplálkozhatnak észszerűen, korábban határozza el magát a gastroenterostomiára. Nagyjában azon véleményen van, hogy ne várjunk sokáig a sebészi beavatkozással, hanem, miként ezt már *Mikulicz* is annak idején helyesen kiemelte, azonnal végezzük a műtétet, mihelyt látjuk, hogy a belső kezelés vagy egyáltalán nem jár eredménnyel, vagy csak rövid ideig tartó javulást nyújt s a beteg a fájdalmak, a hányás s a dyspepsia következtében kezdi munkaképességét vagy életkedvét elveszíteni. A gastroenterostomiával elért eredmények az esetek túlnyomó számában teljesen kielégítőek. Magángyakorlatában csaknem kivétel nélkül kitűnők. A klinikája anyagán végzett Röntgen-vizsgálatok 110 operált esetben a következő eredményt adták: gyógyulás 98, javulás 8 esetben állott be; a fekély kiújult 4 betegben. Carcinomává való elfajulás gyanuját 2 műtét után volt alkalma észlelni. Hogy a magángyakorlatában elért eredményei sokkal jobbakként, azt ezen beteganyagának jobb táplálkozási körülményeivel hozza összefüggésbe.

Friedrich absolut és relativ indicatiót állít fel a sebészi beavatkozásra vonatkozólag. Absolut indicatio a pylorus heges szűkülete, a homokóragyomor, a gyakori vérzés és gondos belső kezelés ellenére az erőbeli állapotnak rohamos hanyatlása. Relativ indicatio: a kellemetlenségek hosszantartó és nagyfokú volta, a nem befolyásolható anaemia s különösen szegényebb sorsú betegekben a baj gyakori ismétlődése. A beavatkozás módját illetőleg előnyben részesíti a gastroenterostomiát. Resectiót csak akkor végez, ha a tapintás carcinoma gyanuját kelti. Azon esetekben, a melyekben a palpatio segélyével nem tudja meghatározni, hogy jó- vagy rosszindulatúság forog-e fenn, inkább resectiót végez úgy a pyloruson, mint egyéb helyeken, a hol a fekélyeket tapinthatja. Jöindulatú fekély esetén, ha a gyomorfal megvékonyodott, gastroenterostomiát végez, egyidejűleg a fekélyes részeket átvarrja. A pylorus-kirekesztésre vonatkozólag tapasztalatai nincsenek. Mindig gastroent. retrocol. post.-t végez; fiatalokban varrattal széles anastomosisat létesít, idősebbekben Murphy-gombot használ, főleg ha a műtétet siettetni akarja. Kitűnő eredményeket ért el a műtéttel pylorusstenosis és homokóragyomor eseteiben (utóbbi esetben a gastroent.-át a gyomor cardialis részén végzi), a hol az egész szervezet megerősödését látta. A műtét veszélye növekszik, ha perigastrikus összenövésnek vannak. Két esetben az összenövések szétválásztása következtében peritonitist látott beállani. Több esetben a beteg gastroenterostomia után sem szabadult meg a kellemetlenségektől, ámbár az ulcus diagnosisa tiszta volt. Azokon a vidékeken, a hol az epeutak megbetegedései gyakoriabbak, tapasztalata szerint a gyomorfekély is gyakrabban fordul elő, azért sohasem mulasztja el ulcus-műtét alatt egyidejűleg az eperendszer megvizsgálását. Átfűródás okozta peritonitis esetén természetesnek találja a mielőbbi beavatkozást. (Medizinische Klinik. 1811. 18. szám.)

Ifj. Háhn Dezső.

Elmekórtan.

A dementia praecox és a tuberculosis összefüggéséről értekezik *Soutzo* és *Dimitresco*. Eléggé ismeretes, hogy a legtöbb elmegyógyító-intézetben gyakori a tuberculosis, mégis feltűnő, hogy a dementia praecoxos betegek között a rendes arányszámnál is jóval több a tuberculotikus. A szerzők e végből a klinikai vizsgálatok mellett a tuberculin- és ophthalmoreactióval vizsgálták betegeiket. 87 nem dementia praecoxos beteg közül positive 24, kétesen 23, negative 40 reagált, míg 63 dementia praecoxos beteg közül positive 42, kétesen 4, negative 17. Biztosan nem mutatható ki, hogy mi az oka, hogy a dementia praecoxos betegek annyira hajlamosak tuberculosisra, de a szerzők azt hiszik, hogy a

dementia praecoxosok agyvelejének biochemiás elváltozása és a bacillus tuberculosis toxin-hatása között szoros összefüggés van és egyik a másikat támogatja. A referens nézete szerint a dementia praecoxban szenvedők azért is hajlamosak tuberculosisra, mert a felületes lélegzés folytán hiányos a levegőcseréjük, tisztátalanok, hiányosan táplálkoznak, vérszegények, nem ügyelnek önmagukra és így a fertőzés és a tuberculosis terjedése sokkal könnyebb, mint más elmebetegségben. (Annales medico-psychologiques, LXVIII. kötet, 380. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori papulosus tuberculid (Hamburger) szövettani szerkezetéről és bacillaris aetiologiájáról ír *Lateiner*. A csecsemőkori papulosus tuberculid, a melynek körképét először *Hamburger* írta le, köles-gombostüfej nagyságú, lobos udvartól nem környezett, kezdetben élénk rózsaszínű, később barnás, közepén kis bemélyedéssel bíró csomócska, a melynek nincs hajlandósága a kifehélyesedésre. E csomócskák megjelenése nem egyszer az amúgy is igen nehezen felismerhető csecsemőkori tuberculosisnak könnyebb felismerését teszi lehetővé, mert megjelenésük jelzi a belső szervek tuberculosisát, sőt legtöbbször miliaris tuberculosisra jellemző e csomócskáknak a bőrön való megjelenése.

A szövettani képe e csomócskáknak idült gyulladás képeinek felel meg, az erek környékén nagyfokú kiscsombosított infiltratio, hízósejtek jellemzik, óriássejtet azonban nem tartalmaznak. A közepén rendszeren necrosisnak esnek áldozatul és e helyen azután heg képződik.

A különféle fejlődési szakokban minden metszetben lehet gümöbacillusokat kimutatni mikroskoppal, a mely bacillusok élet- és szaporodásképesek, a mennyiben tengeri malaczbba beoltva csomócskát, nehezen gyógyuló fekélyedést és később általános tuberculosisist okoznak.

A csomócskák csakis tuberculosisissal kapcsolatosan észlelhetők és mint a bőr haematogen eredetű tuberculosis fogandók fel. Vagyis mint a vér útján a bőrbe hozott és ott megtapadt tuberculosis-bacillusok termékei szerepelnek. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, I. kötet. 5—6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

A stridor inspiratorius congenitus aetiologiájáról eddig két elméletünk van. Az egyik ideges alapon, a másik mechanikai alapon nyugszik. Mindkettő megegyezik abban, hogy a baj székhelye a larynxban van. Az ideges alapra helyezkedő theoria szerint a rendellenesség a légzőcentrumban és pedig a calamus scriptorius táján székel; mások szerint a hangrést tágitó izmok benulása okozza a stridor; ismét mások szerint a lig. aryepiglotticumok spasmusa a baj oka. A mechanikai theoria azon anatomiai elváltozásokra támaszkodik, melyeket a laryngoskopia segítségével, vagy bonczolással sikerült felderíteni. *Variot* nézete szerint a gégeének veleszületett elváltozott alakja a betegség oka, mely elváltozás abban áll, hogy az epiglottis összegöngyölgődik és hátrahajlik, a lig. aryepiglotticumok pedig közelednek egymáshoz, miáltal a gégebemenet is megsűkül. Ezen kétféle elváltozás külön-külön is előfordul. Más szerző szerint a stridor inspirat. cong. tüneteit az anatomiai elváltozás az ideges elváltozásokkal karöltve idézi elő. Azt ma már általánosságban elfogadják, hogy a thymus által gyakorolt nyomás a baj létrejöttében nem játszik szerepet. *Shukovszky* nézete szerint a hangrést tágitó és szűkítő izmok (m. cricoarytaenoides postici) veleszületett gyengesége idézi elő a stridor inspirat. cong. tüneteit. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 23. kötet, 4. füzet.)

Péteri dr.

Venereás betegségek.

A syphilis folyamán észlelhető immunitás tanához szolgáltat adatokat *A. Blaschko* (Berlin). Azt a régóta hirdett tant, hogy a syphilises betegek újabb fertőzéssel szemben immunok, az utóbbi időben különböző szempontból támadták meg. Az 1906.-i berni dermatologiai congressuson

Neisser, Finger, Landsteiner és Ehrmann emberen és állaton végzett kísérletekről számoltak be, a melyekből kiderült, hogy sikerül syphilitikus anyaggal való oltással a syphilitikus különböző szakjaiban kifejezett helybeli góczokat létrehozni. E góczokban a spirochaeták kimutathatók s így lueses természetűkhöz kétség nem férhet. *Finger* és *Landsteiner* továbbá arra is utaltak, hogy az oltás nyomán létrejött helybeli folyamat lényegileg attól függ, hogy az oltott egyén syphilitikus minő stadiumban volt. E szerint a korai szakban az oltási eredmény korai jellegű, a későbbiben pedig késői jellegű. *Finger* és *Landsteiner* véleménye szerint az immunitás már a primaer affectio idejében indul meg, a secundaer szakban fokozódik s a második latens időszakban, a mikor a recidivák elmaradnak, teljessé válik. Ez az immunitás később ismét fokozatosan csökken, a mikor azután egy reinfectio lehetőségére fenforog, illetőleg a beteg egyén saját vírusa újabb recidivákra — most már gummás természetűekre — vezethet. E fölfogással szemben *Neisser* minden immunitást tagad. Szerinte, a míg a syphilitikus egyén újraoltásra nem reagál, addig az nem immunis, hanem beteg. *Blaschko* ezt így el nem fogadja, mert véleménye szerint az immunitás és a betegség egymással nem ellenkező fogalom. Figyelmeztet oly esetekre, a melyekben még a régi syphilitikus maradványai fönnállanak s reinfectio mégis beállott. De bizonyos, hogy ez vajmi ritka dolog. Legjobban bizonyítják ezt a prostituáltakra vonatkozó statisztikák. Legnagyobb ritkaság, hogy a prostituált nő, jóllehet folyton kiteszi magát az újabb fertőzés veszedelmének, reinfectiót kapjon. *Hammer* (Stuttgart) sok ezer nő közül és éveken keresztül csak 3 valódi reinfectiót észlelt. De *Finger* és *Landsteiner* kísérletei nem is vihették át egyszerűen a syphilitikus klinikájába. Ők oly tömeges spirochaeta-anyaggal és mély oltással dolgoztak, a minő a valóságban úgyszólván sohasem fordul elő. De különben sem értek el minden esetben positiv eredményt. *Ehrmann*-nak pedig még sokkal többször akadt negativ eredménye.

Blaschko véleménye szerint a syphilitikus nem is alkati betegség, hanem idült fertőző bántalom. Nem is általános betegség, hanem sok helybeli gócznak a complexuma. Ő a recidivákat nem a spirochaeták újabb elárasztásából származtatja, hanem abból magyarázza, hogy a már egyszer szétszórt kórokozók időnként újra fölélednek és tüneteket okoznak.

A syphilitikus későbbi szakában a spirochaeták újabb elárasztása a legnagyobb ritkaság. A hol késői tünet fölmerül, ott az rendszeren csak góczjelenség. Ebből a körülményből magyarázható az a tapasztalás, hogy késői szakban a monosyphilitikus a jellemző, szemben a korai polysyphilitikus. De vannak kivételek is. Ilyenkor azután a késői szakban is találkozunk a polysyphilitikus-typussal. Ez *Blaschko* szerint csak úgy magyarázható, hogy a szerzett immunitás vagy csökkent vagy teljesen megszűnt. A késői polysyphilitikus is két típus szerint nyilvánulhat. Az első olyképpen, hogy eleinte csak egyetlen gócz mutatkozik s utóbb csatlakozik hozzá a többi, a második pedig oly módon, hogy az új és többszörös góczok egy időben támadnak. A késői polysyphilitikus magyarázatát a régi spirochaeták föléledéséből lehet magyarázni, de el nem hárítható az a fölvetés sem, hogy újabb metastasisokról van szó. Első esetben a szöveti, a másodikban a vérbeli immunitás megszűnésére kell következtetnünk. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 106. kötet. 1—3. füzet.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgycsőszűkület gyökeres gyógyítását a szűkült részlet kimetszésével *Choltzov* traumás strictura 5 és kankós szűkület 8 esetében kísérte meg. Az első két esetben a vizeletet a műtét után a húgycsővön át bevezetett kathetereken keresztül csurgatta le, de 3 betegén ezen módszer balsikerrel járt, a mit a szerző annak tulajdonít, hogy a kathe- ter mellett mindig lecsurog bármilyen kevés vizelet, mely ha nem teljesen csíramentes, a sebet csakhamar megfertőzi. Minthogy azonban a műtét sikerének főfeltétele a sebnek per primam történő gyógyulása, a kathetert a többi esetben a gátseben

keresztül az urethravarrat mögötti húgycsőrészen át vezette a hólyagba; a lecsurgó vizelet a varratot ily módon nem érinti. Az állandó kathetert 8—10 napig alkalmazza; ennek eltávolítása után eleinte az egész vizelet a gátseben keresztül csurog le, néhány nap múlva azonban megindul a vizeletfolyás a húgycsővön keresztül is s legkésőbb 3 hét alatt a gátseb beforr s a vizelet a normalis úton jut ki a szabadba.

A húgycsővet catguttal varrja össze s pedig úgy, hogy a húgycsőfalat az egész mucosával együtt öleli fel. Két héttel a műtét után, illetőleg a húgycsőseb teljes gyógyulása után a szerző megkezdi a fokozatos tágitást, de az első hetekben csak vékonyabb szondákat használ, nehogy a fiatal heg megrepedjen.

A szerző eleddig recidivákat nem észlelt s így a műtétet a következő indiciók mellett feltétlenül ajánlja: a) minden trauma által okozott szűkületnél, b) azon kankós eredetű stricturáknál, melyeket dilatatio avagy elektrolysis által vagy egyáltalán nem, vagy elégséges módon nem sikerült kitágítani, c) impermeabilis stricturáknál és d) olyan egyéneknél, kik a folytonos ellenőrző dilatatiók alul fel akarunk mentetni. Kontraindikált a műtét a nagyon öreg embereknél s azoknál, kik egyébként is nagyon betegek; valamint azon esetekben is, a hol a strictura mellett még genyedő húgycsőspolyok is állanak fenn. Ha pedig a szűkület 8 cm.-nél hosszabb, akkor a műtét már egyáltalán nem is foganatosítható. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1910. 21. szám.)

Drucker Viktor dr.

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

Elméleti és gyakorlati fejtegetések az újabb elektrophysiologia köréből. *Gildemeister* fejtegetéseiben részletesen és igen tanulságos rajzokon tünteti fel az elektromos áram indításától és megszakításától, az elektromos hullám magasságától, hosszától és alakjától eredő különbségeket az ingerlésben. Rámutat arra, minő helytelen a különféle villamos alkalmazásokat az áramfejlesztő készülékek szerint galvanizálás, faradizálás, Franklinisatio stb. névvel megjelölni. Mert tudományos nézőpontból nem az áramot szolgáltató eszköz, hanem az a lényeges, hogy az eltérő hatást a villamos áramnak minő formája okozza. Részletesen bemutatja az elektromos hullámoknak különböző fajtáit, fejtegeti, minő különbség van hatásukban. Megismerteti azzal is, hogy az ingerlést tulajdonképpen a hullámnak csak egy bizonyos része végzi, a melyet alkalmas eszközökkel meg is lehet mérni és hogy a hullámoknak ezen kihasznált része azoknak különböző alakjainál más és más. Kimutatja, hogy az elfajult izom csak hosszabb hullámokra húzódik össze, még ha azok alacsonyabbak is. Ezzel az izomelfajulás megismerésére egy újabb, még pedig igen érzékeny eljárással rendelkezünk. Mindezeket egy szellemesen összeállított készülékkel igen világosan teszi szemlélhetővé és megérthetővé, úgy hogy ezen dolgozat (mely a Münch. med. Wochenschr. idei 21. számában jelent meg) tanulmányozása mindenkinek ajánlható, a ki az elektromos árammal való kezelés vagy körjelzés lényegével kíván megismerkedni.

Lenkei V. D.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Erysipelas gyógyítására *F. H. Choksy* a magnesium-sulfatot ajánlja. A kóros helyre a nevezett szernek tömény vizes oldatába áztatott gaze-t vagy vattát tesz, impermeabilis szövettel befödi és az egészet kötéssel rögzíti. Különösen arc-erysipelas eseteiben voltak kedvezők az eredményei. (The lancet, 1911 febr. 4.)

Az eunatrolt mint epehajtó szert fölébe helyezi *Mc Cracken* valamennyi eddig ismert hasonló hatású szernek. Tapasztalásai szerint legjobb naponként 2-szer adni 1—1 grammot, még pedig kapcsolatban olívaolaj-klysmákkal. Emulzio alakjában is adható tinctura valerianával és aqua menthae piperitaevél, mint a melyek a maguk részéről közvetlenül csillapítják a görcsös állapotokat. (Medical press, 3711. sz.,

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 25. szám. *Grósz Emil*: A glaucomáról. — *Zwilling Hugó*: A gége nagyított képeről.

Orvosok lapja, 1911. 25. szám. *Manninger Vilmos*: A kötés-váltás technikája.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 25. szám. *Donáth Gyula*: Súlyos arcidegzsábák alkohollal kezelt további eseteim. *Urologia* mellékletében *Steiner Pál*: A polycystikus vesékről. *Fischer Gusztáv*: Az urológiai gyakorlatban használatos egyes készítmények adagolásáról, a gyomorban nem oldódó tokokban.

Vegyes hírek.

Kinevezések. *Kovács József* dr. Nagykároly város főorvosává, *Félegyházi Lajos* dr. a losonczyi közkórház igazgató-főorvosává, *Harmat Leo* dr. a csíkszeredai vármegyei közkórház főorvosává, *Kurtucz Valéria* dr. Békésgyula harmadik tisztiorvosává, *Tompa János* dr. kolozsvári tisztiorvos és *Zappé Endre* dr. verseczi járásorvos tb. megyei főorvossá, *Elthes Béla* dr. Felcsíkon és *Vincez Miklós* dr. Berekböszörményen járásorvossá, *Magyar Sámuel* dr. Marosborsón és *Albecker Károly* dr. Kalocsán tb. járásorvossá, *Schick Adolf* dr. a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá és *Korbácska Zoltán* dr. a losonczyi közkórházhoz alorvossá nevezetett ki.

Választás. *Löke Mór* dr.-t Tapolczán községi orvossá választották.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Törvényeszi orvostani intézet: *Szabó János* 2. tanársegéd, *Nemessányi László* és *Schmölztz Mária* gyakornok. I. sz. anatómiai intézet: *Nagy László* dr. 1. tanársegéd, *Péterfi Tibor* dr. 2. tanársegéd, *Karsa Géza* díjas gyakornok. II. sz. anatómiai intézet: *Melkovic Rezső* dr. 1. tanársegéd. Eleitani intézet: *Földessy Tibor* díjas gyakornok. — Gyógyszertani intézet: *Peregi István* gyakornok. — Ált. kórtani intézet: *Rohonyi Hugó* 2. tanársegéd, *Berczeller László* díjas gyakornok, *Verzár Frigyes* dr., *Cserna István* és *Polányi Mihály* gyakornokok. — Bacteriologiai intézet: *Gózonny Lajos* dr. 1. tanársegéd, *Lénárd Vilmos* dr. 2. tanársegéd, *Bürger Géza* dr. díjas gyakornok, *Gál Félix* gyakornok. — II. sz. kórboncolástani intézet: *Rusznák István* és *Huzella Tivadar* díjas gyakornokok. — I. sz. belklinikai: *Tornai József* dr. 1., *Kern Tibor* dr. 2., *Pekanovich István* dr. 3. tanársegéd, *Torday Árpád* dr. laboratoriumi tanársegéd, *Deszimirovity Koszta* és *Hruby Ede* dr.-ok díjas gyakornokok, *Jung Sándor* dr. gyakornok. — III. sz. belklinikai: *Elischer Gyula* dr. 1. tanársegéd, *Weber József*, *Mandl Dezső*, *Fuchs Dénes*, *Galambos Arnold* és *Sugár Mihály* dr.-ok gyakornokok. — I. sz. sebkegészet: *Holzwarth Jenő* dr. adjunktus, *Gergő Imre* dr. 1. tanársegéd, *Dumitreanu Viktor* dr. 2. tanársegéd, *Dollinger Béla* dr. tanársegéd, *Ádám Lajos*, *Kovács József*, *Bocskay István*, *Uray Vilmos*, *Skoff Tibor* dr.-ok díjazott, *Király Jenő*, *Wiesinger Frigyes*, *Kovács Ferenc*, *Grünwald Béla*, *Chrapek Jenő*, *Szabados Sándor* és *Molnár Gyula* dr.-ok díjtalan műtöndevendékek. II. sz. sebkegészet: *Fonyó János*, *Ollé Imre*, *Báron Sándor*, *Roska János* és *Almer Sándor* dr.-ok díjazott, *Bársony Tivadar*, *Bereczky Zoltán*, *Erdélyi Sándor*, *Gluzek Ferencz*, *Honéczy Gyula*, *Jancsó Benedek*, *Mészáros József*, *Melha Armand*, *Koronka Gábor*, *Nemes Sándor*, *Róth Pál*, *Tyovics Náda*, *Weinberger Armin*, *Weisz Miklós* és *Simon Gyula* dr.-ok díjtalan műtöndevendékek. — I. sz. nőkegészet: *Bogdanovics Milos* dr. tanársegéd, *Mattyasovszky Honor* dr. díjas gyakornok, *Ilk Győző*, *Kalledey Lajos* és *Szelke Béla* dr.-ok gyakornokok. — II. sz. nőkegészet: *Erfp Károly*, *Berecz János*, *Fekete Sándor*, *Konek László*, *Frankó Sándor*, *Stamberger Sámuel*, *Révész Sándor*, *Brankovits János*, *Kende Béla* és *Takács Zoltán* dr.-ok gyakornokok. — I. sz. szemkegészet: *Rados Endre* dr. gyakornok. — II. sz. szemkegészet: *Borbély László* dr. 1., *Szöke Andor* dr. 2., *Tóth Matild* dr. 3. tanársegéd, *Rab Elek* díjas gyakornok, *Kristyóry Aladár* gyakornok. — Bőrkórtani klinika: *Kollarits Béla* dr. tanársegéd, *Hlatky Tivadar* dr. díjas gyakornok, *Neuber Ede*, *Komlósi Béla* és *Hercz Lajos* dr.-ok gyakornokok. — Elme- és idegekórtani klinika: *Vértes Lajos* dr. díjas gyakornok. — Gyermekkegészet: *Koós Aurél* dr. 1. tanársegéd, *Flesch Armin* dr. 2. tanársegéd, *Bókay Zoltán*, *Aufricht Ede*, *Ujj Ilona* Sára és *Gara Arthur* dr.-ok gyakornokok. — Szájkegészet: *Rottenbiller Ödön* dr. 1., *Major Emil* dr. 2. tanársegéd, *Máthé Dénes* dr. díjas gyakornok.

Meghalt. *A. Valentin* dr., a fül- és gégeorvostan professor ord. honorarius a berni egyetemen, május 1.-én, 65 éves korában. — *A. Bruce* dr., irodalmi tevékenysége révén igen ismert neurologus, kórházi főorvos Edinburgban, június 4.-én, 57 éves korában.

Helyreigazítás A magyar sebésztsárság negyedik nagygyűléséről mult számunkban közölt referatumban, a 456. lap második hasábjának 21. sorában „Üszkösödés esetén a coma jelenléte nem kontra-indikálja” helyett „Üszkösödés esetén a *czukor* jelenléte nem kontra-indikálja” olvasandó.

Személyi hírek külföldről. A *Trendelenburg* tanár nyugalomba vonulásával megürielt lipcei sebészeti tanszékre *E. Payr* köngsbergi tanárt neveztek ki. — *E. Esmarch*, a közegészségtan tanára Göttingában, nyugalomba vonul. — A berlini szemészeti klinika igazgatója, *J. Michel* tanár, nyugalomba vonul. Utódjául a német lapok *Hess*, würzburgi tanárt emlegetik. — *J. Loos* dr.-t, a gyermekorvostan rendkívüli

tanárát az innsbrucki egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — *G. Jiffinger* dr. (otolaryngologia) és *L. Merk* dr. (bőrkórtan) innsbrucki rendkívüli tanárok rendes tanári címet és jelleget nyertek.

A 7. nemzetközi bőrkórtani congressust más congressusokra való tekintettel szeptember 18.-ára halasztották el. A referatumok közé felvették még a következő kérdést: Milyen hatással voltak a syphilis gyógyítására, a vele szemben való immunizálás kérdéseire, továbbá a megförtént fertőzés gyökere vagy abortív kezelésére a syphilisre vonatkozó újabb aetiologiai és kísérletes vizsgálatok? Referens *Neisser* tanár (Borosló), correferensek *Ehrlich* (Frankfurt), *Finger* (Bécs), *Hallopeau* (Páris), *Millian* és *Truffi* (Pavia).

Az eclampsia puerperarum legújabb gyógyítómódja: az emlőmirigyek kiirtása. *Sellheim* végezte először 1910-ben, abból a feltevésből indulva ki, hogy az eclampsia toxinjai az emlőben képződnek. Mindkét esete életben maradt. Most *Herrensneider* colmari orvos közöl hasonló esetet a *Centralblatt für Gynäkologie* 18. számában. A terhesség utolsó hónapjában levő 18 éves nőt kétségbeesett állapotban hozták a kórházba. *Herrensneider* császármetszést végzett rajta s másnap mindkét tejmirigyét kiirtotta. A nő meggyógyult.

A 24. francia sebész-congressuson, mely október 2.-án lesz Párisban, *Segond* tanár elnöklésével, a következő kérdéseket fogják tárgyalni. 1. Az idősült appendicitis körjelzéséről és gyógyításáról. Ref. *Sichol* (Marseille) és *Walther* (Páris). 2. A heveny hashártyagyulladás kezeléséről. Ref. *Hartmann* (Páris) és *Temoin* (Bourges). 3. A fedett törések véres kezeléséről. Ref. *Alglave* (Páris) és *Bérad* (Lyon).

Kinematografiai Röntgen-képek: ez a legújabb vívmánya a Röntgen- és fotografiai technikának. Már 1900-ban próbálkozott meg *Carvalho* ily felvételekkel s némi sikert is ért el. A nehézség abban áll, hogy a kinematografiai képhez legalább tizenhat felvétel kell másodpercenként; kevesebb felvétel mellett az egyes képek nem olvadnak össze. *Lomond* és *Comandon* párisi dr.-ok most legyőzték a nehézségeket külön berendezés segítségével s igen tökéletes fotografiákat mutattak be a párisi orvosegyetemen, a melyeken látható volt a szív, a rekesz, a gyomor mozgása, különösen pedig a csontváz egyes részeinek viselkedése a különböző mozgásokban.

Comby párisi, valamint *Violi* konstantinápolyi gyermekorvos a congressus alkalmából Budapesten időzvéen, úgy nyilatkoztak, hogy gyakorlatukban a *Phosphatine Fallières* gyermekétápszernél megbízhatóbb készítménnyel nem találkoztak még és ezért az elválasztás időszakától kezdve csakis ezen tápszert alkalmaztatják.

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

Iglófüred

Elsőrangú vizsgyógyintézet, gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, széna-vas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diaceticus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla**.

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

Epileptikus betegek intézete

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

Orvosi laboratorium: **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26-96. VI., Ó-utca 39.

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

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



Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, összes betegápolási tárgyak és gumliarúak elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

BAD HALL □ **OBBERÖSTERREICH**

Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes ülés 1911 márczius 4.-én.) 472. l. — A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése 476. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 477. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes ülés 1911. márczius 4.-én.)

Elnök: Alapy Henrik.

Jegyző: Goldzieher Géza.

A czomb verőérének lövésű sérülés miatt végzett körkörös varrata; gyógyulás.

Gellért Elemér: A modern sebészet ma már nem elégszik meg a sérült erek egyszerű lekötésével, nem bízik a collateralis keringésnek csak esetlegesen kellő kifejlődésében, hanem igyekszik oldalsó vagy körkörös varrattal az ereket ismét összevarrni és működésképpessé tenni. Az erek körkörös varrata technikájának kidolgozása körül nagy érdemeket szerzett különösen *Glück, Murphy, Nitze, Payr, Carrel* és *Stich*, nálunk *Fáykiss* és *Gergő*. A körkörös érvarrat új perspektívát nyit meg a sebészetnek, melynek nagyszerű eredményei napról-napra szaporodnak.

Azonban az emberen végzett tartós eredményű körkörös érvarratok még mindig igen gyérek; *Fáykiss* 1908-ban 17-ről, *Stiel* most megjelent közleményében 46-ról tesz említést s azért bátorodom az általam sikeresen operált art. femoralis-varratot bemutatni.

N. L. december 19.-én délután 6 mm. Flaubert-pisztolylyal való játék közben véletlenül meglőtte magát olyképpen, hogy a jobb kezében csövével lefelé tartott pisztoly golyója először a bal mutatóujj hegyét fúrta át és azután a bal czomb elülső felületén, annak felső harmadán az izomzat közé fúródott.

A rögtön hívott mentők a nagy fokban anaemiás fiút vértócsában találták és kötés után rögtön beszállították *Herczel* osztályára. 110 pulzust, nagyfokú anaemiát találtunk; e mellett feltűnt, hogy a czomb felső harmada határán éppen a nagy erek felett van a mintegy borsónyi bemeneti nyílás, a czomb egész elülső felszíne a térdig erősen duzzadt, fénylő, a bőr alatt különösen az elülső felszínen elterjedő, kékesen áttűnő, feszes haematoma van. A sebből nincs vérzés. A pulsus az art. popliteán és a tib. post.-n tapintható. Felveszszük, hogy egy nagyobb ér, alkalmasint a vena femoralis sérült meg, s miután sem az anaemia, sem a haematoma nem fokozódik, vérzés kifelé nincs, a beavatkozásra okot nem találunk és kötés alatt, felpolcolva a végtagot nyugalomba helyezzük.

A sebnyílás néhány nap alatt betapadt és a haematoma reactio nélkül felszívódott. A beteg azonban a czombból a lábszárba kisugárzó fájdalomról kezdett panaszkodni s ekkor a czomb elülső felszínén, annak közepe alatt az art. fem. felett határozott surranás vált hallhatóvá és jól tapinthatóvá.

A lábszáron normalis az art. pulsus, a vénákon pulsatio nem mutatható ki. Fejlődő arterio-venosus aneurysmára tévén a diagnosist, a beteget január 17.-én chloroform-narcosisban megoperáltam. Behatolva a nagy erek felett kb. 15 cm.-nyi hosszúságban, a tájékozódást igen megnehezíti a szöveteket imbibáló, részben felszívódott haematoma. Rájutva a nagy erekre, a löveg bemeneti nyílása magasságában normalisnak találjuk őket. A canalis adductoriusban, a melyet felhasítottunk, az arteria szorosán össze van tapadva a vénával kb. 2 cm.-nyi helyen. A két ér közlekedése itt tapintással ki is mutatható.

A venát és arteriát az összetapadás felett és alatt külön-külön kipraeparálva, provisoriusan lefogjuk *Höpfner*-féle érfogóba, gummicsővel felszerelt lágy klammerekkel, és ezután szétfejtjük a fent leírt összenövést, a mikor is kitűnik, hogy a vena femoralison kb. babnyi hosszúságú nyílás van, mely az alatta fekvő art. femoralison lévő kettős, kb. borsónyi nyílással összetapadt, egymással szabadon közlekedve. A vena femoralis fala a praeparálás közben erősen sérült, továbbá

körülbelül 2 cm. darab resectiója után a nagy feszülés miatt össze nem húzható, ezért egyszerűen kettősen lekötjük.

Az art. fem.-ből, mely feltűnő vékony, kb. 1 cm.-nyi darabot reszekálunk és az adventitiát borító kötőszövetet tompán hátrátolva, 00 selyemmel és *Stiel*-féle érvarrótűkkel a *Fáykiss* által proponált módon a *Carrel*-féle methodust a *Briau-Johnson*-félével kombináltam, azaz 3 U-alakú, az összes rétegeket átfogó irányvarratot helyeztünk be s igyekeztünk a két véget összehúzni, a mi csak csipőben és térdben erősen behajlított végtag mellett sikerült.

Azonban ekkor is oly nagy volt a feszülés, hogy az irányvarratok közt a tovaftató helyett az erősebb és jobban tartó csomós 00 selyemvarratot véltem czélszerűbbnek; körülbelül 8—10 csomós varratot helyeztünk be. A klammerek levétele után 1—2 erősen feszült szűrőcsatornán át minimalis szivárgás volt, a melyet az ér körüli kötőszövet meghúzásával sikerült teljesen elállítani. Fascia- és bőrvarrat drainezés nélkül. A varrat alatt az art. poplitea pulsiója jól tapintható, hasonlóan az art. tib. post.-é is. A végtag normalis színű és hőmérsékű. Gipszsin a behajlított végtagra.

A sebgyógyulás reactionmentes. Január 24.-én fonálkiszedés a per primam gyógyult sebből. Február 1.-én a gipszsin eltávolítása, a beteg felkel, járkál. A végtag nem duzzadt, normalis színű, meleg, a gyógyulás alatt többször ellenőrzött arteriákon a pulsatio mindig tapintható volt.

Minthogy a műtét óta már több mint 6 hét mult el, a functio teljes, a lefolyást semmi sem zavarta, joggal tehetem fel, hogy az arteria-varrat tökéletesen gyógyult.

Bakay Lajos: *Gellért* esete is bizonyítja, hogy az a nézet, a melyet sokan vallottak, hogy az érvarratnak nincs jövője, megdőlt. Arra, hogy az érvarrat indicatioja is ki fog még jobban tágulni, felhozhatok egy példát, a melyet sajnos, az Orvos-egyesületnek nem volt alkalmam bemutatni, de több sebésznek demonstráltam. Tudjuk azt, hogy érvarratoknál szabály a legteljesebb asepsis keresztülvitele és az, hogy a varrat ne sokkal a sérülés után eszközöltessék. Az én esetemben, a hol az art. brachialis circularis varratáról volt szó, sem az egyik, sem a másik feltétel nem volt meg. Az eset úgy történt, hogy egy 11 éves fiúnak átlőtték a karját. Kórházban gyógyították, a kimeneti nyíláson át azonban minduntalan vérzett s a kar megduzzadt a hónaljig. Három hét múlva amputatiót ajánlottak neki, mire kórházunkba jött fel. Teljesen kivérzett állapotban 39 C^o-kal, 140 pulussal vettük fel. Az ujjak duzzadtak, oedemásak, hidegek, az alkar dagadt, az izmok active alig mozognak. Műtét alkalmával, a mikor a felkart hosszában feltártuk s a régi vérömlenyt kitakarítottuk, friss arteriosus vérzés támadt. A golyó átlötte az arteria brachialist és az orsó-ideget. A verőér felső része kissé kiválva a környezetből, belelógott az üregbe, míg az alsó érnyílás annak legalsó zugába nyílt s belőle szintén folyékony vér jött. A verőér varratára határozotam magam; maximalisan behajlítottam a könyököt s így sikerült a két érveget *Carrel* szerint tovaftató varrattal összevarrnom. Egy pár óra múlva jól volt érezhető a radialis pulsus s úgy maradt mindvégig. Minden nap (50 napon át) érlökésgörbét készítettünk róla *Tehát sikerült 21 nappal a sérülés után egy 2—2½ mm. átmérőjű verőeret Carrel szerint összevarrni fertőzött környezetben.* Az esetet, mint az irodalomban unicumot voltam bátor feljegyezni, még hozzátehetem, hogy a sikert úgy ebben az esetben, mint egy hosszanti carotis-varratnál, valamint az itt is bemutatott vena saphenátültetésnél az agyvelőkamarába, a *Carrel*-féle módszernek köszönhetem. Resectio utáni körkörös varratra sem a *Murphy*-, sem a *Payr*-módszer nem alkalmas, mert a két utóbbinál a varrat kivételére legalább is 1 cm.-nyi feleslegre van szükségünk. Az érvarrat kivételéhez igen fontosnak tartom a megfelelő eszközöket, főleg a *Carrel*-féle tűt, és a selymet, a melyet Lyonból lehet beszerezni, ajánlom a vele foglalkozók figyelmébe.

Gellért Elemér: A bemutatott esetben is próbálták készíteni sphygmograph-felvételeket, de ezek nem sikerültek, mert a műszer az art. popliteára nem volt alkalmas.

Vesemedence-tágulás, inficiált hydronephrosis, pyeloplicatio, nephrectomia.

Illyés Géza: A 25 éves férfibeteg, kit mult év október közepén vettünk fel a kórházba, azt adja elő, hogy már régebb idő óta szenved hol bal-, hol jobb oldali tompa vesetáji fájdalmakban s vizelete zavaros. Felvételtkor a sápadt, legyengült

beteg jobban vesetájon homályos resistenciát tudunk tapasztalni. A vizeletben sok geny volt. A cystoskopos vizsgálat, melyet ismételten végeztünk, mérsékelt hólyaghurutot mutatott, az ureter-katheterismus pedig mindkét oldali nagyfokú vesemedenczebeli retentiót derített ki; a functionális vizsgálat a baloldali veseműködésben nagyfokú kiesést mutatott. Igyekeztünk a vesemedenczebeli retentiót a gyakran bevezetett ureter-katheterrel levezetni s az inficiált vesemedenczét $1\frac{0}{00}$ lapis-oldattal többször ki is öblítettük. Fájdalmi rövid időre enyhültek, de csakhamar újra jelentkeztek s a vizelet sem akart feltisztulni, azért műtétre határoztuk el magunkat.

A jobb vesét december 7.-én narcosisban feltárva, szabaddá téve, azt láttuk, hogy a normalis nagyságú vese mellett a vesemedencze gyermek-ökölnyi volt s az ureter belőle nem a legmélyebb részén nyílik, hanem feljebb, úgy hogy ezáltal az ureter benyílási helye alatt egy tasakszerűen kitágult rész marad. A következőkben úgy jártunk el, hogy az ureter benyílási helye alatt lévő kitágult pyelum-részt a pyelum falába vezetett vastag catgutvarratokkal dohányzacskó módjára lapszerint összehúztuk, miáltal az ureter benyílási helye alatti tasakot megszüntettük s hasonló módon megszüntítettük az ureter fölötti kitágult vesemedenczerészt is. A hasfali sebet rétegesen bevarrtuk. A gyógyulás simán folyt le, a beteg jobboldali fájdalmi megszűntek, vizelete tisztább lett, azonban most meg a bal oldalát fájlalta. Az újabb ureter-katheterismus kiderítette azt, hogy a bal vesében igen nagy vizelet-retentio van (200 gramm), mely pangó vizelet az ureter-katheteren át sűrű egymásutáni cseppekben folyt, ugyanakkor kiderült az is, hogy a jobboldali operált veséből, a régihez viszonyítva, csak igen kevés residualis vizelet ürült ki az ureter-katheteren át; a hozzácsatolt functionális vizsgálat pedig a bal vese nagy működésbeli kiesését mutatta. A pangó vizelet lebocsajtása a vesemedenczéből csak rövid időre enyhítette a beteg fájdalmait, másrészt a vizsgálat adatai szerint nagy mértékben elpusztult vesét supponálhattunk s ezért a betegnek műtétet ajánlottunk.

A második műtét ez év január 24.-én történt. A bal vesét retroperitonealisan feltárva, azt kétszer akkorának találtuk, mint normalis viszonyok között. A vesemedencze gyermek-ökölnyi, erősen telt, feszes. A vese is félökölnyi, rugalmas, feszes dudorokból van összetéve. Az ureter normalis vastagságú, de éppen a beszájadzás helye alatt orsószzerűen megcsúszkál, úgy hogy gombos szondával alig átjárható. A vesét eltávolítottuk. Kettémetszve, falát helyenként papírvékonyágúnak, a medenczét és kelyheket rendkívül kitágultnak találtuk s belőlük zavaros vizeletet bocsájtottunk ki.

Úgy látszik, hogy az ureternek ezen a beszájadzásnál keletkezett szűkülete volt az oka a lefolyásbeli akadálnak. A beteg a műtétet jól kiállotta s röviddel utána meggyógyult. Jelenleg fájdalmi nincsenek, vizelete teljesen megtisztult; közérzete jó s az utóbbi műtét óta 3 kilot hízott.

Ritka elhelyeződésű echinococcus.

Ilyés Géza: A 48 éves, erőteljes külsejű beteg elmondja, hogy 2 hó óta derekában s különösen jobb oldalában fájdalmakat érez s gyakran kell vizelnie. Felvételnél a hasat a köldök alatt erősen elődomborodva találjuk, a minek oka egy mélyen a hasüregben ülő, rugalmas tapintatú, gömbölyű, felfelé a köldökig érő, lefelé a kis medenczébe eltűnő gyermekfejnyi tumor volt, mely a rectum felől is bimanualisan vizsgálva, a rectum elülső falát erősen hátranyomta s jól átbállotálható volt. A tumor alatt éreztük a rectumon keresztül a kissé összenyomott, különben normalis prostatát.

Cystoskopos vizsgálatot végezve, feltűnt, hogy a cystoskop bevezetése nagy nehézségekkel járt s láthattuk, hogy a hólyag alulról erősen be van nyomva, úgy hogy laposan elterülő képletet alkot, a mely lelet a tumornak hólyagmögötti elhelyezkedése mellett szólott. Most a rectumot végbéltükrrel feltárva, a rectum falán át próba-punctió s fecskendő vékony tűjével beszúrtunk a daganatba, a honnan kevés zavaros, véres savót tudtunk kiszívni, melyet mikroskoppal megvizsgál-

tatva, benne cholesterin-jegecek, valamint echinococcus-horgok találtak. A diagnosis e szerint hólyagmögötti echinococcus-tömlőre tétett.

Megjegyzendő, hogy a tumor bal oldalán egy ökölnyi, oldalt orsószzerűleg megnyúló, a nagyhoz hasonló tumor foglal helyet.

A műtét beavatkozást múlt év szeptember 29.-én végeztük. A középvonalban a symphysis felett behatolva a hólyagra jutottunk, mely a mögötte fekvő s nagyon elődomborodó tumor által nagyon előre volt nyomva.

A hólyag felső és hátulsó részéről a hashártyát lepraeparálva, sikerült ezt a hasüreg megnyitása nélkül annyira feltolnunk, hogy a hólyag felső széle és a feltolt hashártyaredő között a retroperitonealis elhelyezkedésű feszes echinococcus-tömlő kötőszövetes fala tűnt elő. Most a bal oldalon fekvő ökölnyi kisebb tumor feltárása céljából a Poupart-szalag mentén az izmokat átvágva s a hashártyát oldalt tolva, a hashártya mögötti, előbóltosuló tumorra jutottunk. Közlebbi vizsgálatkor láttuk, hogy az ezen oldali vas deferens, mely a canalis inguinalis felől jött felfelé, a tumorra rámeleg s egy helyen egyszerre eltűnik, vagyis a vas deferens fala az orsószzerűleg megvékonyodott tumor falába megy át. A tömlőt ezen a helyen nyitottuk meg, midőn belőle rendkívül sok kisebb-nagyobb echinococcus-hólyag ürült ki s konstálhattuk egyszersmint, hogy a kis tömlő a nagy tömlővel két ujnyi résen át kommunikált és hogy a nagy tömlő falai helyenként el voltak meszesedve. A nagy tömlőből sárgás, kocsonyás, enyvszerű anyag ürült ki. A tömlőt teljesen kitérülve, az echinococcus-tömlő kötőszövetes falát az inguinalis táj bőréhez kivarva, a has középvonalában ejtett sebet bevarrtuk. Az echinococcus-folyadékot megvizsgáltattuk spermatozoonokra, az oldalsó tömlő azon falrészletét pedig, a hol a vas deferens beléje megy, körülmetaszettük s eltettük. Az üreget nyitva tartottuk, mely most már annyira összehúzódott, hogy csak egy felületes sipolynylás maradt belőle vissza.

Rövid idővel ezen eset előtt egy másik hasonló esetet láttunk, a hol a rectalis vizsgálatkor a prostatát a tumortól tapintással nem tudtuk elkülöníteni, azonban az echinococcus jelenlétét próbapunctióval itt is megállapítottuk. Ezen esetben először a peritoneum felől hatoltunk be egy praerectalis metszéssel a prostatához s csak midőn ezen úton meggyőződünk róla, hogy a tumor nem a prostatában, de fölötte fekszik, bővebb hely nyérése céljából itt is a symphysis felett a középvonalban hatoltunk be, midőn sikerült a tömlő elülső falát a hólyag felső széle és a feltolt hashártya között nagy darabon szabaddá tenni. Az echinococcus-tömlőt itt nyitottuk meg s ürítettük ki. Ezen beteg is meggyógyult. Ezen echinococcus-tömlők tehát retroperitonealisan a hólyag és a rectum között feküdtek. *Billet* 33 hasonló esetet gyűjtött össze az irodalomból, melyek közül 4 állítólag a prostatában feküdt. Ezen utóbbi 4 eset tüzetesebb megvizsgálása után azonban egyet sem lehetett olyannak mondani, a melyben a prostatában való elhelyezkedés kétségtelenül bebizonyított lett volna.

Az egyik esetemben, a mint azt a praeparatumon is demonstrálni tudom, a vas deferens közvetlenül folytatódik az echinococcus-tömlő kötőszövetes falába, sőt a vas deferens lumenébe vezetett finom szonda a tömlőbe betolható volt. Nem igen képzelhető, hogy az echinococcus a véráram útján a herébe s onnan kiválasztás útján a vas deferensbe juthatott volna, de lehetséges, hogy a hólyag mögött fekvő tömlő növekedése közben a vas deferensbe vagy vesicula seminalisba áttört s vele egyesült. A beteg ma is a vesicula seminalis helyén rectalis vizsgálatnál tömört képletet tapinthatunk, mely úgy látszik az echinococcus összezsugorodott kötőszöveti falának felel meg.

Weisz Ferenc: A mennyiben az előadó kijelentette, hogy valódi prostata-echinococcus alig van leírva: felemlíti *Kaveczy* esetét, melyet *Bakó* osztályáról néhány év előtt a közközházi orvostársulatban mutattak be, és a melyben az operatio alkalmával a mikroszkopi vizsgálat is horgok jelenlétét mutatta ki, tehát valódi prostata-echinococcusról volt szó.

Nagy kiterjedésű hólyagresectio és nephrectomia.

Ilyés Géza: A 46 éves férfibetegnek bemondása szerint 20 év óta vannak vizeleti zavarai; állapota néha jobb, máskor rosszabb. A felvételnél kissé sápadt, cachexiás külsejű betegen a bal vesetájékot kissé érzékenynek találjuk. A vizelet zavaros.

Cystoskopos vizsgálatnál a hólyag bal felében az ureternek megfelelő helyen egy 5 koronásnál nagyobb, széles alapon ülő, szürkésfehér czafatokkal borított, kifehélyesedett, szélén karfiolszerűen szétesett tumort találtunk. Rectalis vizsgálatnál a baloldali hólyag fundus-tájéka nagyon érzékenynek mutatkozik s e helyen tömött beszűrődés tapintható. Ilyen viszonyok között műtetre határoztuk el magunkat, melyet október 7.-én chloroform-narcosisban végeztünk.

A középvonalban a 2 rectus között behatolva, a hólyagra jutunk, melyet levegővel felfújva, annak felső és hátulso részéről a hashártyát leválasztjuk, a mi elég könnyen sikerül. A leválasztást oldalt is folytatjuk, úgy hogy nemsokára a baloldali vas deferens, a medenczebéli nagy erek és a hólyag faláról almanagyságban elődomborodó tumorrész is szabaddá tétettek. Most a hólyagot harántul megnyitottuk s miután a nagy kifehélyesedett tumor éppen az ureter helyén feküdt, igyekeztünk a baloldali uretert a hólyagba nyílásánál megtalálni, a mi hosszas keresés után sikerült is úgy, hogy a vas deferenset követtük azon helyig, a hol az uretert keresztelte. Az ureter kisujjnyira kitágult, vastagfalú volt. Most a hólyag falát 2 cm.-nyire a tumor szélétől vezetett metszésekkel körülvágtuk s ezen darabot teljesen kimetszettük, úgy hogy ezen rész most az ureteren lógott. Az alsó metszési vonal egészen az orificium internum szélébe esett bele, a vertex felé eső hólyagfal pedig egy hosszú, nyelvalakú lebenyt alkotott. Pontos vérzésállapítás után a hólyag falát úgy egyesítettük, hogy először a tumor széleit alkotó hólyagfalat egyesítettük, majd a nyelvalakú hólyaglebenyt előrehajtva, a szélén egyesítettük. A hólyag ürterét helyreállítva, az urethrán át bevezetett katheteren keresztül folyadékot fecskendeztünk a hólyagba s meggyőződünk róla, hogy a varratok jól tartanak. Az öszszevarrt hólyag fölfelé hosszúkás, vastag szivaralakú volt. Az ureteren lógó tumoron az uretert — draincsövet helyezve bele — kivartuk a sebbe, mert azt láttuk, hogy az erősen kitágult katheteren keresztül genyes vizelet ürült s mert feltételeztük, hogy a vese nem lesz megtartható; a hasfal-sebet legnagyobb részét egyesítettük.

A beteg a műtétet elég jól tűrte s a kezelés közben keletkezett kis hólyagsipoly csakhamar bezáródott. A kivart ureteren keresztül rendes mennyiségű, genytlő zavaros vizelet ürült. Megkíséreltük egypárszor az ezen ureteren keresztül a vesemedenczébe vezetett ureter-katheteren keresztül a vesemedenczét 1—2^o/₀₀ argentum nitricum-oldattal kiöblíteni, azonban a vizelet ha fel is tisztult, csakhamar újra zavarossá vált.

A functionalis vizsgálat is azt mutatta, hogy a bal vese működésében nagy kiesés mutatkozik s azért ezen vese eltávolítását határoztuk el, melyet ez év január 4.-én végeztünk. Ezen műtétnél nagy nehézséget okozott az egész ureter eltávolítása, mert a mélyből a hasfalhoz előhúzott ureter alsó része a vas deferens alól és a hashártyáról nehezen volt leválasztható, miközben a hashártya be is szakadt. Végre mégis sikerült az egész ureternek az eltávolítása. A vese a rendesnél nagyobb volt. A vesemedencze és a kelyhek erősen tágultak, a veseállomány nagyon sorvadott és helyenként papírvékonyaságú. A felső polusban az egyik tágult kehelyben egy borsónyi kő foglalt helyet. A beteg ezen műtétet is jól kiállotta. A műtét óta 8 kilót hízott.

A nemrég végzett cystoskopos vizsgálatkor a hólyagot csak mérsékelten hurutosnak találtuk, recidiva sehol sem látható. Alakja most is felfelé keskeny.

Ezen eset mutatja, hogy még ily nagy kiterjedésű carcinoma-fekély esetén is lehet hólyagresectiót végezni, midőn majdnem az egész bal hólyagfelet eltávolítottuk s a hólyag ürfogata mégis jól helyreállítható volt. A baloldali vese azáltal ment tönkre, hogy az ureternyílás körül infiltráló hólyag-

falbeli carcinoma retrograd módon kifejlődött vizeletpangást hozott létre, mely később valószínűleg a hólyag felől inficiálódván, a vese tönkremenetelét még gyorsította.

Kubinyi Pál: A mult ülésben a Wertheim-műtétről tartott előadásában hangsúlyozta, hogy a mellékszervek sebészetének a bevonása ott, a hol a méhrák különben jól operálható, eredménytelenséget biztat. Ime ezt bizonyítja a bemutatott hólyagrák-eset is, a melyben a bemutató a hólyag nagy darabját irtotta ki eredménnyel. Mennyivel indokoltabb ez az eljárás czéltudatosan ott, a hol kicsiny a hólyagaffectio, s mennyire elégtelen a Schauta álláspontja, a ki a hólyagleválasztással kezdi a műtétet, s ha ez nem megy simán, inoperabilisnek jelenti ki az esetet, s abbahagyja a műtétet, szóval meg se kíséri a resectiót.

Igen egyszerű ambulans extensió eljárással kezelt felkartörések.

Schiller Károly: A bemutatott két esetben kívül még hatot, összesen tehát 8 esetet kezelt Eiselsberg-féle ambulans extensió kötéssel, mely 5 cm. széles leukoplast-tapaszcscsiból készített kengyelből áll, 1—3 kgr. súlylyal megterhelve. Ezen kötéssel csak hosszirányú nyújtás eszközölhető, de az immobilisatio teljes elkerülése és a már másnap megkezdett korai gymnastikai kezelés (massage, passiv és activ mozgások) következtében igen jó functionalis eredményt kapott dislocatio nélküli felkardiaphysis-törés négy esetében. Felkarnyaktörés négy esete közül az egyik beékelt törésnél a dislocatio megmaradt, de igen jó functióval gyógyult; egy esetben, hol a felkarnyaktörés tuberculum majus-töréssel is volt kombinálva, dislocatio nélküli gyógyulást kapott, a többi két esetben pedig a fennálló dislocatio jelentékenyen javult. A legrövidebb gyógytartam 21 napos volt egy 10 éves fiúnál, a leg-hosszabb gyógytartam 53 nap; a többi 4 hét után teljes functióval munkába állhatott. A gyógyulás kicsiny callusképződéssel következik be. Egyszerűségénél fogva ezen eljárást ajánlja felkardiaphysis-, felkarnyak- és fejecstörés eseteiben.

Fischer Ernő: A bemutatott esetek is azt bizonyítják, hogy az extensió eljárás legegyszerűbb módjai is mily kitűnő eredményeket adhatnak. Hogy elterjedésük mégis igen lassú, annak az egyedüli oka az, hogy az orvos részéről igen nagy figyelmet igényelnek. Azt szokták az extensió eljárás hátrányaképpen említeni, hogy Röntgen nélkül nem alkalmazható; ez igaz is, de igaz az is, hogy az immobilizáló kötések sem adhatnak jó eredményt Röntgen-controll nélkül, a különbség csak az, hogy míg az extensió kötés használata esetén a Röntgen utasítása szerint változtathatjuk a húzások erejét, irányát és behatáshelyét, addig a gipszkötést a törésvégek rossz helyzetekor egészen le kell venni és újat kell feltenni.

A bemutatott egyszerű kötés csak dislocatio nélküli esetekben ajánlható, nagyobb dislocatio esetén más extensió kötés alkalmazandó.

Schiller Károly: Főleg kisebb dislocatióra alkalmas az eljárás, de nagyobbban is beválik.

Természetes úton ürült beékelt ureterkő.

Picker Rezső: A 26 éves férfi 1911 január 8.-án keresett fel. Anamnesisében 8 hónapos gonorrhoea.

1910 november 3.-án a baloldali vese táján igen erős fájdalmak lepték meg, melyek a bal herébe sugároztak ki és hányás-, valamint székelés-ingerrel is jártak. A 4. napon a II. sz. belklinikára vétette fel magát, a hol még 8 napig voltak görcsei és véres vizelete.

A klinikán 3-szor Röntgennel világították meg, de még vesehomokot sem találtak.

3 héttel a klinikáról távozása után még egy ízben voltak görcsei. Vizelete phosphatos, I. részében néhány kis fosz-lány, II. része tiszta, a mictio végével 2—3 háromélű, hosszú-kás, vöröses tömeg ürül. Az egyik kicsi részletet mikroskoppal megvizsgálva, kerek szélű, körülbelül vörös véresejt nagyságú hólyagos képleteket és rögzös barnás pigmentet találok; bacteriumot most sem lelek. Ezután cystoskopia a Bingle-féle 23 Ch. uretercystoskoppal. Baloldalt az ureter és ureter-izom mint hosszúkás dudor emelkedik ki, szájadéka tátong; a mikor a nagy hullám renyhe contractio-hulláma hozzáér, lassan, vontatottan és tökéletlenül csukódik és nyílik. Vizeletkiürülést nem látni. A szájadék belső-felső sarkában egy körülbelül fél búzaszemnyi barnás rög. E mellett az ureterbe az 5 Ch. számú katheter bevezethető és mintegy 40 cm.-nyire akadály nélkül feltolható. Diuresis és újbóli vizsgálat; utasítom, hogy lehetőleg pohárba vizeljen.

Január 20. Cystoskopia: a bal ureter hólyag-végében rögzített kő. Az ureter hólyag-részének már csupán a distalis vége és a nyílása duzzadt. A vizelet nem löveltetik ki, hanem csak lomhán bugyog. Cystoskopia után a bal ureterig nyúlok fel per rectum, a beteg érzékenységről panaszkodik.

Február 9. Reggel óta kissé szaporább vizezésinger, délután enyhe hasító fájdalom mellett a követ kivizelte. A kő több szöglettel bíró urat, melynek kristályos szerkezete lupéval igen jól felismerhető. A legnagyobb dudor barnás alapján sötétebb barnás festékesség. A Röntgen iránt való viselkedését a bemutatott 4 kép illusztrálja.

Bemutatásra érdemesnek tartom az esetet: 1. A hólyagból felszálló görcsök miatt. 2. A február 15.-én a vizezés végén ürített véres rögök miatt, melyek az ureterben történt vérzésekből maradtak meg a kő áthaladása idejéből. 3. A cystoskopi vizsgálatok lelete miatt, melyek egyrészt a kődiagnosist engedték felállítani, míg az első kép inkább oly állapot mellett látszott tanuszkodni, a melyben a hólyag mögött egy lobos képlet (férfiban spermatoocystitis, nőben adnex-tumor) van, melynek környéki oedemája a hólyag alapjára és így az ureterizomra is reáterjed. 4. A helyesen felállított prognózis miatt. 5. A kis kő alakja miatt, mely úgy a vérzést, mint a görcsöket, valamint a bántalom teljes klinikai megbékülését, azaz belgyógyászati értelemben vett gyógyulását megmagyarázza. A Röntgen-képek pedig megmagyarázzák, hogy miért nem volt a kő az elhízott betegben megtalálható.

Lobmayer Géza: A sors úgy akarta, hogy ma egy hete kihívták a III. sz. belklinikára, a hol egy beteg vesetáji fájdalommal feküdt 5 év előtt volt gonorrhoeája. A Röntgen-kép negatív. Cystoskoppal a bal ureter-nyílásból 1 cm.-nyire kiálló követ láttak. A kép oly gyönyörű volt, hogy *Korányi* tanárnak meg akarták mutatni, de $\frac{1}{2}$ óra múlva, az előadás végén a vesekő már kiürült és a hólyag mediama genyől zavaros volt. Másnap pohárba vizelt egy búzaszemnyi követ.

Két hó előtt prostatahypertrophias betegben magas hólyagmetszés alkalmával 16 vesekövet látott. Nemrég pedig az ureterből távozó követ látott, mely az ureter szájadékát lerepszettette és sugillatiókat okozott. Vesekövek néha a pars membranaceában szorulnak meg.

Ha kicsiny a hólyagba jutott vesekő, könnyen kijut a külvilágra, ha nem, a Trendelenburg-helyzetben a *Bigelow*-féle műszerrel való exhaustio ajánlható.

Faragó Zsigmond: A beékelt ureterkövek nem tartoznak a ritkaságok közé. 3 érdekes esetre emlékszik. Az első 33 éves férfibeteg, a kit 1906-ban látott először. Kétoldali, gyakran ismétlődő, igen heves vesekökolikái voltak, melyek miatt ismételtén volt Karlsbadban és bár több ízben ürültek köles-mogyorónyi kövek, a rohamok nem szüntek meg. 1907 tavaszán ismét felkereste rendelését avval a panaszszal, hogy állandó, igen kínzó fájdalmai vannak a jobb vesetájon és állandóan véres vizelet. Cystoskopi vizsgálatnál kissé trabecularis hólyagot, mérsékelt hurutot lehetett látni. Az ureterekbe bevezetett kathereteken át mindkét veséből ürült véres vizelet. Az egy időben a két ureteren át nyert vizelet functionalis vizsgálata a jobb vese csökkent funkcióségét mutatta. A betegnek műtétet ajánlottam. A műtétet *Illyés* végezte, a vese állapota miatt (genyes köves vese) nephrectomia vált szükségessé. A műtét után néhány nappal teljes anuria állott be. Az anuria oka, mint azt az ureter-vizsgálat, illetve a katherismus kimutatta, a bal ureterbe beékelt kő volt. 48 óráig fennállott anuria után a kő spontán távozott. A beteg meggyógyult.

A másik eset 32 éves kollega esete. 1909 február 10.-én este hirtelen igen heves görcsös fájdalmak jelentkeztek a jobb ileo-coecalis tájon. Ehhez 39 fokig emelkedő láz társult. Néhány nap múlva tenyérnyi nagy infiltratum volt érezhető az ileo-coecalis tájon, mely nyomásra, sőt érintésre is igen érzékeny volt. A láz körülbelül 2 hétig állott fenn. Diagnosis: appendicitis purulenta. A műtét több hét múlva végeztetett és ekkor kitűnt, hogy exsudatum, abscessus nincs, a processus vermiformis ugyan hátra van csapva, de lényeges elváltozás nincs rajta. Ellenben a jobb csípőtányéron egy majdnem két ökölnyi rugalmas daganat van, mely hullámszik. A próbapunctio tiszta folyadékot adott. E képlet distopiás vese volt. A processus vermiformis resectiója után a hasseb bevarratott. A seb per primam meggyógyult, de a nyomási kellemetlenségek a hasban nem szüntek meg. 1909 október havában gyakori és fájdalmas, később véres vizezés jelentkezett, melyről a kollega azt hívén, hogy meghűlésből származott, nem szólt. Egy este sürgősen hivatott, mert óriási fájdalmak mellett húgyretentio állott be. A húgycsőben idegen testet éreztem, melyet az orificium externum felhasítása után eltávolítottam. Az idegen test 2 cm hosszú, 6-7 mm átmérőjű kemény kő volt. Nyilvánvaló tehát, hogy betegségét és annak összes tüneteit ezen hosszú ideig fennálló ureterkő beékelődése okozta.

A harmadik eset idősebb betegre vonatkozik, a ki több hétig szenvedett egyoldali vesekökolikában; a fájdalmak egy napon hirtelen megszűntek, de helyükbe vizezés-zavarok, majd húgyretentio léptek. A retentio oka az urethrában fennakadt, körülbelül borsónyi kő volt, melyet eltávolítottam.

Hysteria virilis, hypnosis-tünetek demonstrálása.

Hajós Lajos: A 27 éves artista hat hét előtt jelentkezett hysteriás roham után támadt jobboldali végtag-merevséggel, mely hónapok óta áll fenn változatlanul. A vizsgálat ezen testfélre terjedő anaesthesián kívül a végtagok anchylosisszerű merevségét állapította meg. Subjective a beteg nagyfokú anxietásról és állandó kedély-depresszióról panaszkodott. Az éber-suggestiók hatástalanok. Első kísérletre hypnosis érhető el, mely alatt a contractura megoldható; felköltés után nagyfokú szédülés, bágyadtság, heves félelem-érzés és hysteriás görcs kitörésével fenyegető általános tonico-clonusos nyugtalanság, a mely suggestiók alkalmazásával csak hosszú idő alatt szüntethető meg. A hemicontractura a felköltés után változatlanul visszatér. A második hypnosis-kezelés 3 nap múlva hasonló eredménnyel. 3 nap múlva újabb hypnosis, mely alatt a bemutató a beteggel activ gymnastikai gyakorlatokat végeztetett. Feltűnő a beteg gyakorlatainak szabatosága, a mozdulatok erőteljessége és gyorsasága. Felköltés után a merevség újból beáll, de kevésbé rigid, a váll-, könyök- és térdizületek körül ovalakban visszatér a tapintó érzékenység; a felkeltés utáni közérzeti zavarok sokkal enyhébbek. Ezen idő óta hetenkint két hypnosis, melyek alatt különféle tornagyakorlatokat, vívást, boxolást, tánczot nagy ügyességgel végez, felköltés után közérzete jó, anxietása nincsen, a merevség fokozatosan enged, a kedélylehangoltság egyáltalában hiányzik már. A bemutató a beteget az orvosegylet ülésén hypnosisba ejti és vele torna- és tánczgyakorlatokat végeztet. Főképp az utóbbiak kapcsán, melyeket egy alig $\frac{1}{2}$ méter széles, korlát nélküli emelvényen végeztet, az előadó demonstrálja, hogy a beteg hypnosisos állapotában nem csupán suggestiók útján létrejövő érzés-hallucinációkat mutat, hanem positiv észrebevével képessége van, különben nem tudná a keskeny emelvényen tánczmozdulatait úgy végezni, hogy semmibe se ütdjék és az emelvény szélén túl ne lépjen. Megemlíti, hogy *Jendrassik* tanár klinikáján demonstrálva ugyanezen beteget, ott egy ellenféllel box-mérkőzésre állította ki és hypnosisos állapotában teljes ügyességgel igyekezett ellenfele támadásait kivédeni, valamint annak védtelen helyzetét támadásra használni. Az esetet a bemutató egyrészt a hypnosis alatt gyakorolt gymnastikai kezelés jó hatásának példájául, másrészt a hypnosis alatti testügyesség és positiv észlelőképesség ritka jelenségei miatt mutatta be.

Donáth Gyula: Ezen hypnotikus bemutatás a hypnosis szempontjából érdekes és nincs okunk realitásában kételkedni; de más kérdés az, vajon ez esetben czélszerű-e a hypnosisal való gyógyítás, látván, hogy az egyén a hypnosisban teljes mozgékonyaságát és ügyességét visszanyeri, ébredéskor pedig az eredeti kóros állapotot mutatja. Czélszerűbbnek tartom ilyenkor az ú. n. rationalis psychotherapiát igénybe venni, melyben mi a beteg értelméhez fordulunk és igyekszünk őt arra bírni, hogy a kóros tüneteket a saját akaratával győzze le, a hypnotizálótól emancipálja magát és ne essék azon autosuggestióba, hogy csak bizonyos manipulációk által gyógyulhat meg. Ily betegeken a psychotherapiát mindig alkalmazni kell, még akkor is, ha mellette gyógyszereket vagy physikai gyógymódokat is használunk. Mert ha elfelejtjük a betegnek saját itéletét és akaratát igénybe venni, ki vagyunk téve azon veszélynek, hogy a legközelebbi alkalommal idegen- vagy autosuggestióra épp oly gyorsan recidiválnak a kóros jelenségek, mint a hogyan a hypnosisos suggestióra eltűntek. Az is világos, hogy az a táncz és azok a mozgások, a melyeket az egyén most a hypnosisban produkál, és a melyek ugyanazok, mint a melyeket azelőtt egészséges állapotában véghezvit, éber állapotban is kivihető, csak az orvosnak kell a beteg akaratát ezen irányban rendszeresíteni.

Hajós Lajos: Reámutat az egyoldali psychés kezelésmódok mindegyikének helytelenségére, valamint arra, hogy a *Dubois*-féle rationalis rábeszélésmódszer, a melyre a felszólaló célt, súlyosabb hysteriás esetekben csak nehezen, igen hosszú idő alatt, sokszor pedig egyáltalában nem vezet eredményre, míg a bemutatott esetben 10 hypnosisos kezelés alatt már tetemes gyógyeredmény állott elő, melyet a további kezelés teljessé tenni ígér. Egyébként az egyénhez és a bántalom természetéhez esetenként alkalmazott psychotherapia sohasem szabad hogy nélkülözze a „ratiót” oly értelemben is, mint megfontolást, és oly értelemben is, mint azt *Dubois* használja.

Izolált kétoldali os lunatum-ficzamodás.

Turán Géza: A 21 éves ácssegéd 1910 június hó 10.-én 14 m. magas háztetőről leesett. Jobb czombcsontjának középső

harmadában jelentékeny distorsióval járó törést szenvedett, mindkét kéztőizületének pedig jelenleg is látható elváltozása.

A dorsoventralis és radio-ulnaris Röntgen-felvételek, valamint a klinikai tünetek egybevetett adatai alapján következő állapítható meg: Bal oldalon a diónyi, mozgatható, csontkemény térfogatnagybodás a tenyér felé luxált os lunatumnak felel meg.

Jobb oldalon a hasonló helyen valamivel nagyobb, nem mozgatható térfogatnagybodás a luxált os lunatumon kívül az os naviculare és a triquetrum egy-egy proximalis letört csontdarabját tartalmazza. Az eset mechanizmusának bővebb részletezésébe csak a megejtendő műtét után való bemutatás-kor kíván bocsátkozni.

Gégehűdés kezdődő tabes esetében.

Baumgarten Egmont: A férfitbeteg négy év előtt jelentkezett a poliklinikán görcsös köhögés miatt, mely néha oly nagyfokú volt, hogy hányásingerrel végződött. A gégeében motorius zavart nem találtam. Minthogy a mellkasi szervek vizsgálata semmi felvilágosítást sem adott, idegbajra, elsősorban tabesre gyanakodtam. A tabesnek semmi tünete sem volt jelen, csak a bal patellaris reflex volt gyengébb.

Schaffer az esetet akkor többször megvizsgálta és azt jelentette ki, hogy jelenleg a tabes még nem körjelezhető, a további megfigyelés szükséges.

Most, négy év után, a beteg ismét jelentkezett, azóta folyton dolgozott. A köhögés-görcsök megszűntek. Nappal nincsen baja a vizeletével, de éjjel többnyire incontinentia jelentkezik. Az utóbbi időben fájdalmai vannak a lábokban és a talpban. A gégevizsgálatkor látható, hogy a hangszalagok a belégzéskor a középvonalhoz közel maradnak, nem térnek ki, tehát posticus-paresis van, helyesebben mondva a recurrens-hűdés első stadiuma. Ezen gégelelet 4 év előtti gyanumat most már biztosította, mert a hűdés ezen alakja, különösen ha kétoldali, jellegzetes a kezdődő tabesre. **Schaffer** most ismét megvizsgálta a beteget és azt közölte velem, hogy az incontinentia, a gyengült térdtünet, a fájdalmak, a specifikus infectio és a gégelelet a tabes diagnosisát igazolják. A Wassermann-reactio erősen pozitív.

Már többször volt alkalmam ilyen kezdődő tabes-eseteket bemutatni, de ha a térdreflex még meg is volt ezen esetekben, legalább a pupilla-differentia már kimutatható volt és ez költötte fel a figyelmet tabesre; ezen esetben azonban ezen tünet sincs meg. Az összes tünetek közül néha talán a gégecrisisek az első jelei a tabesnek, mint azt ezen eset is bizonyítja.

A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése.

(München, 1911 jun. 7.—10.)

25 év telt el azóta, hogy a német nőorvosok egyesülete megalakuló gyűlését tartotta Münchenben. Az idén — huszonöt esztendő elmúltával — ismét Münchenbe sereglett össze a német nőorvosok színe-java, mintegy dokumentálni akarván háláját a megalapító *Winckel* tanár irányában, a kit — tekintettel gyöngélgedésére — másutt nélkülözünk kellett volna. A gyűlést *Doederlein* tanár nyitotta meg; beszédében hosszasan vázolta az egyesület történetét, majd elparentálta a gynaekologia nagy halottjait (*Runge, Pfannenstiel, Chrobak, Rosthorn*). Nagy lelkesedéssel választotta meg az egyesület díszelnöknek *Winckel* tanárt, tiszteletbeli tagnak pedig *B. S. Schultze* tanárt és *Lajos Ferdinánd* dr. bajor királyi herceget, a ki a női sebészetnek ügyes kezű művelője s jelenlétével több ízben megtisztelte a congressust. Jól esett nekünk, magyaroknak, az a meleg hang, a melylyel *Doederlein* tanár az elhunyt *Elischer*-ről emlékezett meg.

Nagyobb vitát idézett elő a jövő congressus helyének eldöntése. Általános volt az a vélemény, hogy egy állandó várost kellene kijelölni a congressus helyéül; *Bumm* Berlinit, *Doederlein* Münchent, *Schauta* egy semleges területet (Wies-

badent, Karlsbadot vagy valamely más, nem egyetemi várost) javasolt; a kérdés eldöntését az 1913-ban Halléban tartandó congressusra halasztották, a melynek elnöke *Veit* lett.

Ha még megemlítem, hogy a congressus rendezésében a szórákozásról sem feledkeztek meg (*Doederlein* és *Amann* receptiója, *Baisch-Hengge-Klein* „Frühschoppen“-ja, a hofbräuhausbeli Herrenabend, a Rosenkavalier díszelőadása, a starenbergi kirándulás), talán eléggé híu képét adtam a congressus keretének s áttérhetek a tudományos rész rövid összefoglalására.

* * *

A congressusnak vitára kitűzött themáját: „*A tuberculosis viszonya a női húgy- és ivarszervekhez*“ a közreadott nyomtatott referátumok alapján a következőkben ismertethetem (ezek nélkül úgy megérthetőségében, mint érdekességében veszítene a discussiók leközlése).

* * *

Jung (Göttingen) különválasztva tárgyalja a női húgy- és ivarszervek tuberculosisát. I. A nem terhes nő genitális tuberculosisáról a következő tételeket állítja fel. A legtöbb ivarszervi tuberculosis másodlagos úton, a vértak közvetítésével támad, ritkábban per continuitatem a bél, bélfodri mirigyek vagy hashártya útján. Bonczolási és statisztikai adatok feltétlenül beigazolták az elsődleges ivarszervi tuberculosis előfordulását, de egyszersmind azt is, hogy aránylag ritka. A hüvelyben nagyon ritkán található az egészséges vagy extragenitálisan gümőkóros asszonyokon tuberculosis-bacillust. Állatkísérletek beigazolták a gümőkóros gócz fertőző hatását a női ivarszervekre, úgy lefelé, mint felfelé haladó irányban (descendáló, illetőleg ascendáló genitális tuberculosis). Hogy az ascensio hogy jön létre, arról nincs egyöntetű nézet a szerzők között; legvalószínűbb, hogy a méhnek antiperistaltikus mozgásai folytán — mintegy szívó hatással — kerül feljebb a fertőző anyag. II. A tuberculosisnak a terhességhez való viszonyáról, jobban mondva a tuberculosisnak a lepényre, magzatburkokra és magzatra való áttérjedésének kérdéséről azt tartja, hogy a terhes méh és tartalma majdnem kivétel nélkül másodlagosan, haematogen úton inficiálódik; a fertőzés forrása rendszeren extragenitális gócz. A placentán való kimutatása a tuberculosis-bacillusnak szerfelett nehéz; az állatkísérletekkel szemben az antiformin-eljáráshoz több reményt fűz.

III. A húgyszervek megbetegedéseiről a következőket írja: Kísérleti úton mindeddig nem sikerült a vizelet lefolyásával szemben felfelé haladó és terjedő tuberculosis előidézni. De igenis létrejöhet a tuberculosis felszállása a nyirokutak mentén, az ureterfalakban, s így jut fel a hólyagtól egészen a vesékig. A hólyag maga nagyon ellenálló a fertőzéssel szemben; a primaer hólyagtuberculosis ritka. A vesék tuberculosisos megbetegedése minden valószínűség szerint primaer és haematogen úton jön létre (az ureter és hólyag a descendáló folyamat következtében betegszik meg). A másik vese rendszerint szintén haematogen úton fertőződik, bár a tuberculosis ascensiója a hólyagból az ureterfalak nyirokereit útján is előfordulhat.

Veit (*Halle a. S.*) az extragenitális tuberculosisnak befolyását a menstruációra, ovulációra és fogamzásra nem tartja nagyobb mérvűnek. Ugy látszik, tuberculosis esetén a megtermékenyülés iránt való fogékonyság fokozott. Ha az ivarszervek egészségesek, nem áll be zavar a havi vérzésekben és amenorrhoea már csak igen előhaladott gümőkórosakon fordul elő. Ujabbban tüdőtuberculosis mellett előforduló dysmenorrhoea-eseteket irtak le. *Veit* szerint a tuberculosis a terhesség lefolyására nem káros hatású. Másként áll azonban a dolog, ha a terhesség befolyását a tuberculosisra elemezzük. Ez a befolyás nem egyforma; vannak esetek, a hol a terhesség alatt a tuberculosisos folyamat előrehalad és a beteg rövidebb-hosszabb idővel a szülés után meghal; de vannak esetek, a hol a terhesség nem káros a gümőkóros nőre.

Éppen ezért a kezelésben többféle szempontnak kell érvényesülni.

Therapia, prophylaxis. Tuberculosis leányoknak nem szabad megengedni a házasságot mindaddig, míg a sanatoriumi kezelés tökéletesen meg nem gyógyította őket. Ha a gümőkóros nő ezt elmulasztotta, férjhez megy s megbetegszik, avagy az egészségesnek látszó férjes asszony hirtelen megbetegszik tuberculosisban, akkor az egész család érdekében rögtön el kell őt különíteni és sanatoriumi kezelésben hagyni mindaddig, míg tökéletesen meg nem gyógyul.

Ha a gümőkóros nő a figyelmeztetés ellenére teherbe esik, avagy terhes asszony megbetegszik tuberculosisban, akkor ezeket is el kell különíteni és a tüdőbajosokat ápoló intézetbe kell küldeni őket. A művi vetélés akkor lesz javalt, ha láz, súlycsökkenés, vagy véres köpet jelentkezik. A terhességben beálló tünetek esetén tehát mindig meg kell próbálni, hogy nem lehet-e vajjon az intézeti kezeléssel eredményt elérni s csak ha ott is rosszabbodik a beteg állapota, szabad a terhességet megszakítani, de akkor is csak egy másik orvos beleegyező nyilatkozata alapján. A terhesség prophylaktikus megszakítása csak ritka esetekben jogosult: ha súlyos vérköpés vagy egyéb határozott tuberculosisos tünetek előzték meg a friss terhességet. A terhesség második felében nem ajánlatos a terhesség művi megszakítása; épp így ne várjunk eredményt a művi beavatkozástól ott sem, a hol az asszony állapota különben reménytelen. A bőr- és nyálkahártyabeli tuberculosis-reactióknak a javalatok felállításánál semmi hasznát se vehetjük. Tuberculosis asszonyokat a szülés után családjuktól el kell választani; sohase szoptassák gyermekeiket. A tuberculosis a méhen belül ritkán terjed át az anyáról a magzatra; hasonlóképpen ritka a tuberculosisnak a szüléskor való közvetlen átoltása is; azonban a tuberculosisos anyák magzatának immunitása a tuberculosisos szemből határozottan gyengült. A csecsemőkre a tuberculosis rendszeren a környezetükből ragad át és ezért tuberculosisos anyák csecsemőit is el kell választani családjuktól és külön kell ápolni őket mindaddig, míg kellőképpen meg erősödnek.

Krönig (Freiburg i/Br.) az ivarszervek tuberculosisát tárgyalja, továbbá ettől különválasztva a hashártya és a húgyzervek tuberculosisát.

I. *Ivarszervi tuberculosis* az összes női tetemek 3%-ában találtak. A chronikus adnexmegbetegedéseknek 10%-ában szerepel a tuberculosis mint ok.

Scherer Sándor dr.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A magaslati kúra kedvező befolyásáról a csecsemőkori eczemára szól *Marfan* a párisi „Académie de médecine” május 30.-án tartott ülésén. Nagyobb számú esetet észlelt, a melyben a csecsemőkori súlyos eczema 1000—1500 méter magasan fekvő helyen tartózkodásra meggyógyult. Az első 4—5 napon nem igen változott az állapot, sőt néha a viszketés és az álmatlanság talán fokozódott is; néhány nappal utóbb azonban már beállott a javulás, a kiütés halványodott, a viszketés csökkent, a csecsemők nyugodtabbá váltak, az álmosság megszűnt. 15 nap múlva már csak néhány száraz eczemas plaque látszott s a viszketés csaknem teljesen megszűnt; ezzel kapcsolatban súlygyarapodás is volt már kimutatható s a csecsemő fejlődése rendes menetűvé vált. A magaslati helyen tartózkodás átlagban 4—6 hétig tartott. A rendes lakóhelyre visszatérés után 13 eset közül 3-ban nem állott be visszaesés; 7 esetben visszaesés mutatkozott, de a baj nem ért el olyan fokot, a milyen volt a magaslati kúra előtt; 3 esetben nagyfokú volt ugyan a visszaesés, de nem tartott sokáig és nem járt oly komoly következményekkel az általános állapot tekintetében. A magaslati helyen tartózkodás idején a szokásos eczema-kezelés folytatandó.

Az epekövek tüneteiről és kezelésmódjáról értekezett *Härtling* a berlini orvosgyesület egyik utóbbi ülésén. Szerinte a hatvan évet meghaladó nők fele epeköves, közülük 90% a nélkül, hogy sejtene; de viszont észlelhetni heves epekőkólikaszerű fájdalmakat oly esetekben is, hol egyáltalán nincs epekő: ez esetekben vagy az epeutak infectiós bántalmával, epehólyag-empyemával vagy az epehólyagnak valamely bélrészlethez való hozzánövésével állunk szemben. Az epeköves betegek ama 10%-a közül, kiknek panaszuk van, 80% belorvosi kezelésre meggyógyul s csak 20% szorult sebészi beavatkozásra.

A mi az epekövek képződésének okát illeti, lényeges szerep jut a *pangásnak* és az infectiónak. A tünetek közül eddig igen nagy fontosságot tulajdonítottak a sárgaságnak, ámbátor az eseteknek alig 10%-ában jelentkezik, a mi érthető is, minthogy az epekőbetegség javarésze az epehólyagban magában és a hólyag kivezetőcsövében játszódik le. A máj megnagyobbodását is csak a betegek 10—20%-án észlelhetjük. Az ú. n. gyomorgörcsök 90%-a tulajdonképp epehólyagmegbetegedés következménye. Az epekőbajosok láza sem mindig jellegzetes: még legtöbbet adhatni az ú. n. febris intermittens hepatica-ra, mely rázóhideg kíséretében 40°-ra vagy még tovább is emelkedik, epehólyag-görcs és sárgaság kíséri s 10—12 óra alatt megszűnik, hogy újból megjelenjék; a láz eme alakját *Härtling* az idült choledochus-gyulladásra tartja jellegzetesnek.

A kövek keresése a bélsárban szintén nem sokat ér, mert egyfelől az esetek 80%-ában a kövek az epehólyagban ülnek s a cysticust elzárják, másfelől a hólyagból kikerülő epekőnek is 5—6 hét kell, míg a bélsárral eltávozik.

A mi az epekőbaj kórjósolatát illeti, a belső kezelés mellett 2—3%, a sebészi mellett 3—4% a halálozás. A cholecystitis heveny és idült alakja, az epehólyag steril vízkórja és a choledochus elzáródása a belgyógyászhoz tartozik, a súlyos heveny cholecystitis, az epehólyag empyemája s azon idült cholecystitis-esetek, melyek belső kezelésre nem javulnak, a sebész beavatkozását teszik szükségessé. Ugyancsak műtét válik javallttá, ha az epehólyag vízkórja inficiálódott, vagy ha idült choledochus-elzáródással állunk szemben. A belorvos Karlsbadot oly esetekben, hol nincs gyomortágulás, jó eredménnyel ajánlhatja, az elhárjasodott epeköves beteg inkább Marienbadba menjen. A cholagentől és a cholelysin-től ne reméljünk sokat.

A hol műtetre van szükség, a legbiztosabb eredményeket az epehólyag kiirtása után láthatni; recidiva a cholecystectomy után talán sohasem vagy csak nagyon ritkán észlelhető. Ha az epehólyag teljes eltávolítása valamely ok miatt (pl. hájkóros a beteg) nem javalt, az epehólyag megnyitása, kitakarítása és drainézése jöhet szóba. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 3. szám.) *Halász Aladár* dr.

PÁLYÁZATOK.

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett, nőfelnő orvos állást foglalhat, 1600 korona évi fizetéssel s teljes ellátással. Cím: Dr. Láng Sándor műtőorvos Debreczen, Kossuth-utca 39. sz. Sanatorium.

A Poliklinika kórházában lemondás folytán megüresedő **segédorvosi állásra**, melynek javadalmazása az első évben 600, a második évben 800 kor., bútorozott szoba és teljes ellátás, a kellően felszerelt folyamodványok július hó 10.-éig nyújtandók be a Poliklinika igazgatóságához. ad 503/1911. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közpórházánál **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona fizetés. lakás, fűtés, világítás, ételmezés (vagy 730 korona ételmezési ellenérték). Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket *Bartal Aurél* Pozsony vármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb 1911. évi június hó 30.-áig nyujtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

N a g y s z o m b a t, 1911. évi június hó 21.-én.

Nagy Pál dr., várm. kórházi igazgató-főorvos.

A Munkács városi közkórházban belügyministeri rendelet szerint az egyévi kötelező kórházi gyakorlat eltöltésére négy gyakornok vehető föl.

Felhívjuk az érdekelteket, hogy ezen gyakorlat megszerzésére a kórház-igazgatónál jelentkezzenek.

A mennyiben segédorvosi teendőket bizatnának meg, a gyakornokok közül ketten lakásban és I. osztályú ételmezésben részesülnek.

Munkács, 1911. június 8.

Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

109/1911. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1911. évi június hó 10.-én kelt 73851/VIII. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. ételmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamódványait 1911. évi június hó 30.-áig alulírottához nyujtsák be.

Pozsony, 1911. évi június hó 14.-én.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

350/911.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy előírt képzettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és I. koronás bélyeggel ellátott folyamódványait, Békés vármegye alispánjához, Ambrus Sándor úrhoz címezve, hozzám f. évi június 30. napjáig nyujtsák be.

Megjegyzendő, hogy az állásra gyakorlati éves orvosok is pályázhatnak, a mennyiben okleveles orvosok hiányában ők is kinevezhetők, miután a kórházban a belgyógyászati és sebészeti hónapok eltölthetők.

Békéscsaba, 1911. június hó 11.-én.

Remenár Elek dr., kórházi igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kelemes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.

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

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



SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

2564/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett szakcsi kórorvosi állásra ezzel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1911. évi július hó 10.-éig annál is inkább nyujtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A kórorvos javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A belügyminister úr 23.170/1911. sz. rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

Az orvosi körhöz Szakcs székhelyen kívül ezidőszerint Kocsola, Koppányszántó, Nak, Lápafő és Várong községek tartoznak összesen 9479 lakossal.

A választás határnapját később fogom megállapítani és közölni. Dombóvár, 1911. június 8.-án.

A főszolgabíró.



komoly szájfertőtlenítő-szer került a piacra, tudományosan kipróbált, elismert anyag, mely biztosan és gyorsan szagtalanít.

FODORMENTHA-LYSOFORM

(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kellemes mentha-ízű, gyengén alkalikus fertőtlenítő-szer, melynek hatásos alkotórészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm³, ára kor. 1.60.

Használati utasítás: 15 csepp egy üres pohárba, aztán víz öntendő reá.

Orvosoknak 1000 cm³ üvegben 7.50 K szállítjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

(Lysoform-gyár.)

Prof. Dr. H. Krause (Berlin)

torok-, orr- és tüdőbetegségek részére.

Bad Reichenhall (Bayern).

CALDERONI és TÁRSA

BUDAPEST, V., Gizella-tér 1. (Haas-palota).

Szemüvegek és orrcsüptetők fix szemtávolsággal, a legjobb üvegekkel, cilindrikus, combinált, prizmatikus, torikus, bifocális, félhóvalakú csiszolattal, Fieuzal-sárga, Hallauer-zöld, Euphos-zöld, Uran-zöldessárga, Amethyst-viola és szürke védőüvegek, Zeiss-féle hályogüvegek. Zeiss-féle távcsöves szemüvegek magasfokú rövidlátóknak.

Hitelesített orvosi lázhőmérők, fürdő-, szoba- és ablakhőmérők.

Szemészeti műszerek. Műszemek. Szemernyők.

— Árjegyzék ingyen és bérmentve. —