

# ORVOSI HETILAP.

## A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétyl Károly, Kiug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

### TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Detre László és Sellei József: Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából. Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyéneknél. 265. lap.  
Jendrassik Ernő: Közlemény az egyetemi idegklinikáról. A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. 267. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérszámítás értékehez a belső betegségek kórismézésénél. 269. lap.

Közegészségügy. Genersich Vilmos: Az „Országos közegészségi egyesület“ iskolaorvosi és egészségügyi tanári szakbizottságának 1903. évi működése. 271. lap.

Tárca. Bókay Árpád: A magyar fürdőhelyek látogatottsága 1902-ben. 272. lap.  
— Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatórium 1903. évi működéséről. 272. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ostermeyer Miklós: A sérvsebészet 1901—1902-ben. 273. lap. — Könyvismertetés. Gaston Lyon: Pathogénie et

traitement des névroses intestinales. 274. lap. — Lapszemle. Bőrkórta. Oudin: A rosszindulatú daganatok terapiája. (Kollarits.) — Lassar: Psoriasis vulgaris. (Kollarits.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Ehrmann: Fersan. — Brasch: Hetolkezelés. — Paton: Duotal használata kanyaróban. — Folyóiratok átnézete. 274—275. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezések. — Budapest Kálmán. — Egyetemi alkalmazások. — Tisztiorvosi képesítések. — Diszdoctorok. — Az országos balneológiai egyesület pályatetelei. — A balneológiai congressus. — Felhívás. — Lakásváltoztatás. — Fürdőorvos. — Fodor József emlékszója. — A budapesti Stefánia-szegénygyermek-kórházegylet. — A pestis. — Megjelent. 275—275. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya.

Melléklet. Alapy Henrik: A korai operálás a feregnyúlvány gyuladásának (appendicitis) gyógyításában, különös tekintettel a gyermekek feregnyúlvány-gyuladására.

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából.  
Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyéneknél.

Irták: Detre László dr. egyetemi magántanár és Sellei József dr. v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

Az a törekvés, hogy a syphilita a vérben létrejött elváltozások alapján is meg lehessen állapítani, különböző eljárások kidolgozására vezetett, mely eljárások azonban mindaddig kevés pozitív eredménnyel jártak. Nagyjában következőképpen csoportosíthatók a syphilitisnél eddig haematológiai irányban eszközölt vizsgálatok: a) a vér isotonias állapotának, b) haemoglobin-, c) vastartalmának, d) fajsúlyának, e) alkalicitásának vizsgálata, valamint f) a vörösvérsejtek számbeli megállapítása.

A mennyiben eleve is feltehető volt, hogy a syphilitikus vírus a), b) és c)-re különösen gyakorol befolyást, azért az ily irányú vizsgálatokat is igen nagy számban végezték különböző autorok. Míg egyesek a vörösvérsejtek syphilitis okozta elváltozásainak tanulmányozása alapján igyekeztek célhoz jutni, addig mások, így különösen Semmola, Justus, Verotti, Sorentino, Falcone stb. a higanynak a syphilitikus vörösvérsejtekre (haemoglobinra stb.) kifejtett hatásából akartak olyan következtetéseket vonni, a melyeknek alapján a klinikai diagnoszt a véranalízis is megerősíteni tudná. A higany ugyanis éppen syphilitisnél képes volna a vérben, így nevezetesen annak bizonyos alkotórészeiben, jellegzetes alaki és biochemiai elváltozásokat előidézni, olyannyira, hogy e reactio kétes esetekben mint differentialis diagnostikai jel is értékesíthető volna. Azonban e vizsgálatok eredményei ellen kifogásokat emeltek, kifogásolható volt ugyanis az, hogy a Hg viselkedése a vörösvérsejteknek bizonyos alkotórészeivel szemben nem állandó, még pedig sem normális, kevésbé tehát pathológiás viszonyok

között, ennél fogva syphilitisnél sem, miért is a higany ezen hatása alapján különböztető jelt a normális és syphilitikus, vagy egyéb okok következtében kórossá vált vér között ily módon felállítani nem lehet. Különösen áll ez a vörösvérsejtek haemoglobin-tartalmára nézve és éppen a higanynak főleg a haemoglobinra kifejtett hatásából igyekeztek egyesek (Justus és mások) differentialis-diagnostikailag értékesíthető tételeket felállítani. Justus adatait azonban nem tudta az utána vizsgálók mindenike megerősíteni, úgy hogy az ő haemoglobin-próbája ma még tökéletesen megállapítottnak és elfogadottnak nem mondható.

Mi tehát egyéb eljárásokhoz folyamodtunk a célból, hogy megállapíthassuk azt, vajjon a syphilitis diagnoszt nem lehet-e más vérvizsgálatokkal biztosítani. S ha ily vizsgálatunk eredménye eleinte csak theoretikusnak is látszott, úgy gondoltuk, hogy sikerülhet e módon nemcsak a gyakorlatban értékesíthető következtetésekre jutnunk, de a syphilitikus vörösvérsejteknek egyesek által hangoztatott „resistentia“ csökkenésére vagy azoknak „debilitására“ vonatkozólag is adatokat szereznünk. Általában tehát tanulmány tárgyává teendő volt az, vajjon valóban csökkent-e a syphilitikus vér ellenállása.

Ha áll az a tétel, hogy syphilitisben, mint constitutionalis megbetegedésben, első sorban a vér betegszik meg, akkor feltehető, hogy ha syphilitikus vért összehozunk egészséges egyén vérével, amaz debilisebbnek, vagyis resistentiájában csökkentnek fog mutatkozni. Ezt a teoriát ily szempontból azonban eddig nem erősítették meg és azért igyekeztünk kísérletileg kutatni azt, vajjon a syphilitis különböző stadiumaiban valóban csökkent-e a vér resistentiája a normális vérről szemben.

Vajjon a Bordet, Gruber, Ehrlich és Morgenroth és mások által inaurált vizsgálati eljárásokkal nem volnánk-e képesek a fentvázolt irányban célhoz jutni, e kérdés képezte tehát vizsgálatunk tárgyát.

\*\*\*

Nem chemiai reagensekkel dolgoztunk, hanem egy physiologiai reagenssel; idegen normális ember vérsavójával, a melyről eleve feltettük, hogy másképp fog syphilises vérsavóval szemben viselkedni, mint normális vérsavóval. Feltettük pedig ezt az irodalomban talált adatok analogiája alapján, a melyek szerint egyes betegségekben a vérsavó viselkedése idegen savóval szemben megváltozik. Két tünetnyre lehetünk itt figyelemmel: 1. az idegen vérsavónak oldóképességére, 2. agglutináló erejére, a mint hogy a *Bordet-Ehrlich-féle* vizsgálatok épen erre a két tünetnyre: a vörös vérsavóknak serumok által való oldódására (*haemolysis*) és agglutinálódására (*haemagglutinatio*) derítettek fényt. Nem lesz talán felesleges, ha az itt szereplő anyagokról a legszükségesebb tudnivalókat e helyen az olvasónak emlékezetébe visszahozzuk.

A serum agglutináló és véroldó hatásának vivőit *agglutinok*-nak és *haemolysinek*-nek nevezzük. Megkülönböztetünk a) *normál* és b) *immun agglutinok*at és *lysinek*et. A *normál agglutinok* okozzák, hogy egy normális állat vérsavója más vért agglutinálni képes, még pedig nemcsak más állatfajhoz tartozó vérsavókat (*heteroagglutinok*), hanem az egyazon fajtájú állat véréit is (*homoagglutinok*). Ez utóbbiak pedig újra kétfélék lehetnek: a szerint, a mint a serum az egyazon fajtához tartozó, de más individuum véréit agglutinálja, a mikor is *isoagglutinátoról* (*isos* = hasonló) szólunk, vagy pedig a serum saját vérsavójára fejt ki hatást, a mikor is *autoagglutinátoról* szólunk.

Az *immun agglutinok* akkor állanak elő, ha — miként azt *Bordet* óta tudjuk — A állatfaj testébe B-hez tartozó vért fecskendezünk be, a mikor is A szervezet reakcióképen olyan immun anyagokat termel, a melyek B vérsavókat, azaz az injectiora használt vérhez hasonlókat agglutinálni és későbbben oldani képesek. Táblázatosan áttekintve, az e viszonyokban szereplő anyagok sémája a következő:

Normál agglutinok és haemolysinek (nem kezelt állatok vérsavójában)	}	Heteroagglutinok és
		Homoagglutinok és
haemolysinek	}	Isoagglutinok és lysinek
haemolysinek		Autoagglutinok és lysinek

Immun agglutinok és haemolysinek.

(vérrrel-kezelt állatok vérsavójában)

A mikor arról volt szó, hogy a syphilises vérsavóknak resistenciáját új módszerrel megállapítsuk, bármelyikét választhatuk a felsorolt anyagoknak. Azaz kereshettük volna, hogy pl. miként hat egy erősen agglutináló idegen állat vérsavója a lueses emberi vérrre, vagy miként viselkedik ez utóbbi pl. embervér ellen *immunizált* nyúlak emberi vérsavókat nagy gyorsasággal agglutináló és oldó savója ellen. Azonban szántsándékkal választottunk épen idegen emberi savót reactionk megtételére, azaz *csakis az isoagglutinációt vizsgáltuk*, mivel előre is feltételeztük, hogy előreláthatólag gyenge különbségeknek feltüntetése, a melyek az ép és lueses egyének vérsavói között e tekintetben fennállhatnak, csakis egy igen állandó és e mellett nem túlságos erőteljesen ható reagenssel fogunk célhoz jutni. Ép úgy a mint pl. a typhus és coli diagnosis megejtése céljából sem fogunk túlerős agglutináló serumot alkalmazni, mert ez mind a két fajtára erősen hat, hanem inkább gyengébb erősségű, de épen ezért praegnans különbségeket adó diagnostikai savóval ejtjük meg a reactiót. Természetesen számba jött az is, hogy ha emberi savóval, isoagglutinokkal dolgozunk, mindig egyazon erősségű, mert frissen vett vérsavó állhat rendelkezésünkre és a talált értékek összehasonlítása nagyobb nehézségekbe nem ütközik.

Fenntartjuk magunknak azonban a jövőre nézve azt, hogy az agglutinációs viszonyokon kívül a lueses vérrnek az említettük egyéb anyagokhoz való viszonyát is tanulmány tárgyává tegyük.

Mielőtt vizsgálataink leírásába fognánk, röviden felsoroljuk a normális és pathologiás isolysinekre és isoagglutinokra vonatkozó irodalomból merített legfontosabb adatokat.

\* \* \*

Már *Maragliano* azt találta, hogy különböző *pathologikus serumok* képesek normális vörös vérsavókat oldani.

*Grünbaum* és *Schattock* megerősítették *Maragliano* leletét, a mennyiben az első szerint typhus- és scarlat-betegek serumai más normális vörös vérsavókat vagy pedig más betegségekben

szenvedő vörös vérsavókat képes agglutinálni, míg ugyanazon serum teljesen hatástalan typhus- vagy scarlat-betegektől származó vörös vérsavókat; a másik pedig (*Schattock*) ugyanezt a jelenséget látta croupus pneumonia két esetében, typhus, erysipelas és acut izületi gyuladás egy-egy esetében.

*Lo Monaco* és *Panichi* hasonló viszonyokat derítettek fel malariás betegekknél.

Az újabb ily irányú vizsgálatok közül felemlítendőek *Eisenberg* éi. *Eisenberg* az isoagglutinok és lysinek keletkezésének és biologiai jelentőségének tanulmányozása szempontjából különféle betegségekben szenvedő 150 egyént vizsgált meg. Dolgozatához mellékelt tabellából kitűnik, hogy ezen viszonyokat syphilisenk nyolez esetében is vizsgálta, mely esetekben ötször positiv, háromszor negativ eredményt kapott. *Eisenberg* ennek okát abban találja, hogy a három negativ eset a *syphilisenk kezdeti szakára vonatkozott*, ugyanis midőn a virus még specifikus anaemiát nem idézett elő, míg az öt positiv esetben az infectio már általános volt.

*Ascoli* hasonlóképen negativ és positiv eredményt látott az általa vizsgált pathologiás esetekben. Így negativ eredményeket kapott chlorosis 5, anchylostomum duodenale 2, máj abscessus (icterussal) 1, izületgyuladás 3 esetében stb; positiv eredményeket kapott gyomorcarcinoma 2, Addison féle betegség 1 esetében stb. Tuberculosisnál *Ascoli* még a betegség kezdetleges stadiumában is azt találta, hogy az ily egyénektől származott vérsavó kép s volt más egyénektől származó vörös vérsavókat intensivebben és nagyobb hígításban oldani.

*Donath* a vérsavó agglutináló képességét chlorosis több esetében magasabbnak találta.

Az eddig említett és pathologiás esetekre vonatkozó vizsgálatok eredményeiből kitűnik, hogy a szerzők a haemagglutinációra, illetve az isoagglutinációra vonatkozólag a különböző betegségek-nél nem bírtak specifikus diagnostikai értékeket kapni, vagyis az isoagglutinatio diagnostikai szempontból eddig felvilágosítást nem tudott adni. *Eisenberg* mondja is, hogy az isoagglutininek és isolysinek fellépése nem specifikus az illető betegségre nézve, szerinte ez anyagok csak a szervezet reakciójának eredményeként képződnek a beteg vörös vérsavó alkatrészeinek felszívódása közben és folytán. *Eisenberg* felfogását egyesek nem osztották, a mennyiben részint normális ember, részint állati haemagglutinációs kísérletekkel más eredményt értek el. *Landsteiner* is következő eredményre jutott: Hat normális vérsavót, ugyanazon hat egészséges egyén vörös vérsavóival hozott össze, továbbá hat egészséges puerpera vérsavóját ugyanazon puerperások vörös vérsavóival és végül öt puerpera vérsavóját hat placenta vérrrel hozta össze. A serumok a következőképen voltak csoportosíthatók. A) csoporthoz tartozó egyének serumai reagál egy más csoport B) vörös vérsavóival, azonban az A) csoportéira nem, viszont az A) csoport vérsavóit a B) csoport serumától hasonlóképen befolyásolja. A harmadik C) csoportban a serum agglutinálja A) és B) vérsavókat, míg C) vérsavókat A) és B) serumok nem hatnak. A serumok agglutináló képessége az *agglutin*-tól függ, mely, mint azt *Malkoff* először mutatta ki, a morphologiai elemekhez, a melyeket agglutinálni képes, specifikus affinitást fejt ki és azokkal egyesül, hasonlóan, miként a véroldó haemolysin is egyesül a vérsavóval, hogy azután oldódásra bírja (*Bordet-Ehrlich*). Az olyan normális serum, mely különböző sejteket képes egy időben agglutinálni, *Malkoff* szerint annyiféle specifikus agglutinint tartalmaz, mint a hány különböző sejtfajtát agglutinálni képes. Nálunk *Liebermann Leó* foglalkozott a közelmúltban a véragglutinatio kérdésével, és kísérletei alapján, a melyekben agglutináló serumot a vörös vérsavókkal különböző mennyiségére engedett latni, az agglutinációt a vérsavó és egy-egy agglutináló vegyi anyag között lefolyó *vegyi egyesülés* eredményének tekinti. (Az erre vonatkozó irodalmat l. a dolgozat végén.)

\* \* \*

#### Vizsgálati methodus.

A vizsgálathoz szükségesek:

a) Normal vérsavó (serum).

b) Véremulsio.

A normal vérsavót a rendes ilyen eljárásoknál követett principiumok szerint szerezzük. A leghelyesebben és célunknak

teljesen megfelelően járunk el, ha a megtisztított ujjesúcsot tüvel erősen megsűrjük, a vért pipettával felfogva állni hagyjuk, a midőn az így előállott serumot újra lepipettáljuk.

A véremulsiót, vagyis a vizsgálandó vért következőképen készítjük el.

A vért 1% os konyhasó-oldatban fogtuk fel. E czéleből 2 cm<sup>3</sup> steril 1% os konyhasó-oldatba 1/100-ra beosztott pipetta segítségével 6, illetve 10 osztatot vittünk be az épen megsűrűt ujjesúcs véréből, a mikor is 3%, illetve 5%-os véremulsiót kaptunk. Az ilyképen emulgeált vér csak lassan (1/2—3/4 óra alatt) alvad meg. Most a véremulsió különböző mennyiségéhez hozzákeverjük órávegben az egységnyi reagens vérsavót; rendszeren 0.01 savóhoz 0.02—0.05—0.10—0.20 stb. mennyiségű emulsiót használunk. Ha azonban a véremulsió már a vizsgálat alatt alvadna meg laza alvadékká, úgy szükséges, hogy azt platinkacs-csal csapkodva defibrináljuk. (Erre azonban csak kivételesen van szükségünk.)

Nagyobb hígításokhoz, például 1:40-hez vagy 1:80-hoz, a serum mennyiségét felére csökkentettük, hogy az összemulsió túlságos sok ne legyen. El akartuk ugyanis kerülni, hogy a vörösvérsejtek az órávegben fenékre süllyedve, túlságosan magas folyadékkréteg behatása alá jussanak, mert természetesen, hogy az agglutinatio akkor folyik le egyenletesen, ha minden vérsejtet egyazon agglutinconcentratioju folyadékkréteg ér, ha azonban a vérsejtek vastag rétegben fekszenek, a mélyebben fekvők agglutin-szegényebb folyadékok hatásának vannak kitéve, mint a felszínes vérsejtek, a melyekhez állandóan friss és friss agglutin jut osmosis útján. A serum + vörös vérsejkeverék összmennyisége sohasem tett ki többet kísérletünkben 0.20 cm<sup>3</sup>-nél. A magasabb hígításokat ennél fogva ekként nyertük: pl. 1/2:20, 1/4:20 stb.

A serum lemerésére vagy 0.01 cm<sup>3</sup>-re osztott capillaris pipettánkat használtuk, vagy pedig az előzetesen kétszer, négyszer stb. felhígított serumból vettünk megfelelő 0.01 mennyiséget. A keverékeket órávegekben készítettük el és azután szobahő mellett észleltük szabadszemmel és lupával a beálló változásokat.

Reagens serumunkat legtöbbször *Konr.* egyén szolgáltatta (24 éves, egészséges férfi), másodsorban *De.* (29 éves, egészséges) egyén, továbbá szerepelt még néha 1—2 syphilitis és más egészséges egyén (*Sam.* jelzésű).

Legerősebbnek bizonyult ezek között *Konr.* savója, azután jött a *De.* jelzésű, míg a többieket kevésbé hatékonyaknak ismerjük a fel.

A keverékek készítésénél nagyon ügyeltünk arra, hogy a savó egyenletesen oszoljék el a véremulsióval s ezért a reagens savónak az emulsióba való bevitele után a keveréket pipettával jól összefűjtük; az összefűjtést főképp azon határkeverékekben, a melyekben a reactio positiv vagy negativ irányú megállapítása nehézségekkel járt, megismételtük, hogy lássuk, egyenletesen elosztottak maradnak-e szétfűjt vörös vérsejtek avagy újból csoportokba verődnek-e össze.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az egyetemi idegklinikáról.

### A szervezet mozgás-berendezésének alapelvei.

Adatok a mozgás szervei mechanizmusának általános megismeréséhez és az egyes izmok működésének tanához.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr., egyet. ny. r. tanár.

(Folytatás.)

*Lapoczká.* Izmok: *befelé:* a rhomboideusok, *befelé-felfelé:* a levator scapul., *kifelé:* a serratus ant. pars inf., *kifelé-felfelé:* a teres major.

Lássuk most a lapoczká mozgási berendezését. Az előbb már megbeszélt okokból ezen tag mozgására a levator scapul., a rhomboideusok, a serratus (a. ma.) alsó részlete, a teres major jönnek szóba. Mindezen izmok akként mozgatták a lapoczkát, hogy az saját izületében forog.

A *levat. scapul.* a lapoczkát befelé-felfelé vonja, e mellett természetesen, mivel a forgási pont a külső-felső sarokban van, az alsó sarok körseleiben szintén befelé-felfelé fog mozdulni.

A *rhomboideusok* voltaképpen egy izomnak tekintendők s

gyakran csak alig különíthetők el. Ezen izomnak rostjai körülbelül függőlegesen állanak azon vonalra, a melyet a lapoczká-tag hosszanti tengelyének mondhatunk (az akromiontól az alsó csúcs-hoz vont egyenes). Ezen irányzat alapján ezen izmot tisztán befelé működőnek mondanám, dacára, hogy külső alakulását tekintve tulajdonképen be- és felirányított mozgásra látszanék hivatottnak. Úgy vélem, hogy ezen felfogásom helyeselhető, mert ezen izom összehúzódása a lapoczkát saját izülete körül igazán befelé mozdtja. (Voltaképpen ezen elkülönítés inkább csak theoretikai értékű, mert valójában a két izom, levat. és rhomb., ugyanazon értelemben működik.)

A *serratus ant.* alsó részlete ugyanazon értelemben, mint a rhomboideusok tisztán befelé, tisztán kifelé mozdtja a lapoczkát. Mivelhogy az izület az akromionon van, természetesen a lapoczká alsó sarka körívben fordul az izület körül, ezért látszik némileg süllyedni a karok felemelése alkalmával.

*Duchenne* azon véleményben volt, hogy a serratus ant. a lapoczkának forgó mozgását annak belső-felső sarka körül eszközi, tehát egyúttal az akromiont is emeli. Ez nem helyes, mert a mint már kiemeltém, ezen tagnak izülete az akromionon van; de elég könnyen bizonyítható az is, hogy a kar emelésekor az akromion mindaddig nem emelkedik, dacára a lapoczká alsó csúcsa kifelé térésének s így a serratus ant. erőteljes működésének, a míg a trapezius, főleg pedig a serratus felső részei nem kezdenek működni; végre eléggé bizonyító az is, hogy felemelt és megterhelt karok dacára vállunkat szabadon emelhetjük és süllyeszthetjük.

*Duchenne* és vele az anatómusok a *teres major* olyan izomnak tekintik, a mely a felkart lefelé húzza és a törzsökhöz közelíti; ez az állítólagos működés adta meg ezen izomnak a kevésbé izléses nevet: *sculptor ani.* Igaz, hogy *Duchenne* kifejti, a mit az anatómusok egy része tekintetbe nem vesz, hogy ezen izomnak izoláltan nincs elég ereje a kar süllyesztésére (főleg mivel ilyen módon összehúzódása inkább a lapoczkát húzná kifelé), és hogy működésének kifejtésére a rhomboideusok associált összehúzódását szükségli. Ez a felvétel azonban nem helyes, *Duchenne* túlságosan bizott a villamos vizsgálat látszólagos eredményében. A *teres major* egyedül a lapoczkát mozgató izomnak tekintendő, a mely a lapoczká alsó sarkát kifelé-felfelé vonja; ha a rhomboideus és a *teres major Duchenne* állítása értelmében együtt jönne működésbe, akkor az erőparallelogramm szerint az akromion emelkednék; ha ugyanekkor a felkar nem volna rögzítve, akkor a *teres* működése hiába való volna, mert a felkarnak a mellkashoz való közeledése az antagonista mozgás effectusát gyengítené. Épen ez az antagonizmus, a melyet *Duchenne* oly erősen tartott, bizonyítja, hogy a *teres major* a lapoczká izomzatához tartozik, a mit még támogat az a körülmény is, hogy a scapula alsó csúcsa sokkal könnyebben mozgó, mint a *crista tuberc. minoris* a felkarsonton. A vélt mozgásra, a felkar levonására a sokkal hatalmasabb *latissimus dorsi* szolgál.

A lapoczkán két mozgás-irány hiányzik: kifelé-lefelé és befelé-lefelé. Könnyű belátni, hogy miért? Mindkét irányú mozgással a lapoczká kivonatnék az izületéből.

*Felkar.* Izmok: *befelé:* pector. maj. pars inf., *befelé-felfelé:* pector. maj. pars. sup., *befelé-lefelé:* latissimus dorsi, *kifelé:* delta-izom, középső rész, *kifelé-felfelé:* delta-izom, elülső rész, *kifelé-lefelé:* delta-izom, hátulsó rész.

Mindenekelőtt a középállásnak fontosságát kell kiemelni ezen tag mozgási irányainak megítélése körül; eddigelé a felkarsont mozgásait a testtel párvonalosan lelógó irányából ítélték meg, a mi csak látszólagos nyugalmi helyzet, hiszen ilyen kartartás a törzsök vízszintes állása mellett igen erőltető volna. Tekintve az embernek származását és szervezetének alapberendezését, csak a vízszintes törzsöktartás felel meg a valóságnak s a gerinczvelő segmentumok berendezése is ezt bizonyítja. Az ember lapoczkája némileg ugyan eltolódott s a viszonyoknak megfelelőleg adaptálódott, de kell, hogy a lehető legerősebb oldalállások között való középállás szolgáljon itt is kiindulási pontul. Ezen tartásban a befelé és kifelé való irányok egyszerűen érthetők, a felfelé megfelel az előre, a lefelé a hátra irányzatnak.

Tulajdonképen csak három izmoscsoport tartozik a felkart mozgató izmok sorába: a deltaizom, a pectoralis major, a latis-

simus dorsi. Ezen három anatómiai név valójában hat, egymástól függetlenül működő izomnak felel meg. A *deltaizom* három izomnak látszólagos egyesülése; némely emberen, a macskán rendszeren, ezen izom hármastagolása igen kifejezett. Az emberen ezen három részletnek külön-külön villamosan ingerelhető mozgató pontja van, a mint azt a 4. ábra feltünteti. A három részletnek egymástól való teljes függetlensége világosan kitűnik, ha a megfelelő mozgások kivitele alatt az izom részleteit tapintjuk. A *deltaizom* ezen három részletnek működési iránya: kifelé, kifelé-előre (felfelé), kifelé-hátra (lefelé).

*Poirier-Richer* a három mozgásirányt: kifelé, előre-befelé, hátra-befelé jelzéssel adják meg; *Duchenne* könyvében a kifelé működő részleten kívül a többi mint részsut előre és befelé, továbbá egyenesen előre vagy hátra emelő részlet van előadva, tehát négy irányban való működéssel. *Duchenne* még hozzáteszi, hogy a *deltaizom* hátulsó részlete a felemelt kart lefelé is húzhatja; ez az állítás épp oly kevésbé felel meg a valóságnak, mint az, hogy ezen izom hátulsó részlete nem emelheti a kart oly magasra, mint a másik kettő és hogy az erősebb emelésnek a teres major szegül ellene. Ha az ember nem fennálló helyzetben, hanem vízszintes törzsökkel lógatja lefelé karját s akkor kísérel meg, hogy milyen mértékben mozgathatja a *deltaizom* a felkart: könnyű meggyőződni arról, hogy az emelés elül és hátul egyenlő arányban lehetséges, sőt erősebb lehajlás esetén elül korlátoltabb



4. ábra. A *deltaizom* és a *m. pectoralis* működésileg különvált részletei és ezeknek villamos mozgató pontjai.

még mint hátul; mindennek oka a mozgás korlátozása az akromion útbánállása miatt. A teres major nem volna akadály, legfeljebb magával vonná a lapoczká alsó részét. Az a levonó képessége a *deltaizom* hátulsó részletének, a melyet *Duchenne* említ, egyszerűen a csontos mozgáskorlátozásból ered a fennálló testtartás mellett, a mely az egyenesen oldalt felemelt felkart hátrafelé vonulása közben kissé kényszeríti a süllyedésre. Semmiesetre sem lehet szó izomműködési levonásról, csak mechanikai akadályozásról, a minek köze nincs a *deltaizom* működéséhez. A *deltaizom* mozgató irányát tanulmányozni lehet a jelzett testtartásban a villamos vizsgálattal és a megfelelően végzett mozgások alatt az izomrészletek kitapintásával.

A *pector. major* működése szempontjából két részre kell osztanunk, a mint azt már *Duchenne* és a legtöbb anatómus is megtette. A felső, kulcsesonti részlete a felkart előre (felfelé) és befelé, az alsó egyenesen befelé vonja.

A *deltaizom* nem helyes megítélése *Duchenne*-t a *pector. major* illetőleg is tévedésbe ejtette. *Duchenne* ezen izom két részletét lelógó, magasra emelt, oldalt kinyújtott karállásban vizsgálta, mindig fennálló testtartás mellett, a melyben a kar súlya nagyon zavaró. Mivelhogy *Duchenne* az elülső *deltaizom*-részletnek tulajdonította a felkarnak befelé való vonását (közelítését)

s érezvén a jelentékeny különbséget a két izom mozgató irányja között, a *pect. major* csaknem egyedül lefelé vonó hatását vette fel; hozzá csatlakoztak *Poirier* és *Richer* is. *Duchenne* szerint a *pector. major* felső része a kar helyzete szerint annak egyaránt süllyesztő és emelő izma, az alsó részlet egyedül süllyesztő, sőt *Duchenne*, hogy nagyon megfelelő példát mutasson, felhozza, hogy ezen izomrészlet működésbe jön, a mikor „a vallás szolgája felemelt karjait süllyesztí, hogy kezeit a hívőkre áldólag bocsássa”. Ezen mozdulatban csak a *deltaizom* lassan létesített elernyedéséről lehet szó; ha a kar süllyesztőjének erőteljes, szándékolt összehúzódása csatlakozni ehhez, úgy ez bizonyára veszedelmes volna az istenfélő hívőre!

Az észlelés, az óvatos villamos vizsgálat, a mi középpállásunkban kimutatja, hogy ezen izmok, anatómiai helyzetüknek is megfelelőleg, főleg befelé működnek, a mint az fentebb részletezve volt. Természetesen a bevezetésben adott általános elvek alapján a *pectoralis major* alsó részlete a szomszédos izmokkal együtt működése esetén lefelé vagy felfelé vonó is lehet.

A *latissimus dorsi* befelé és hátrafelé (lefelé) vonja a felkart. *Duchenne* ezen izmot is három részletre osztja és a felső és a két alsó részletnek különböző működést tulajdonít. Ezen izomnak azonban 4—5 mozgató pontja van, a melyeknek külön-külön végzett izgatása csak akkor ad felvilágosítást a valódi működésről, ha a kart megfelelő helyzetbe hozzuk és a vállat is rögzítettjük. Felemelt kar mellett ezen izom alsó részletei működnek, süllyesztett kar mellett a felsők, a középsők ismét a megfelelő középkartartás mellett; ha azonban a vállat nem rögzítettjük, a mi a faradás vizsgálatkor mindig így van, akkor csak a váll mozog, ez az élettani viszonyok között nem történik. A működésbeli vizsgálattal nem nehéz meggyőződni arról, hogy ezen izom többszörös részletei dacára egységes működéssel bírnak; egyes részletei csak a tapadási és eredési helyek, a kar mozgásával változó, egymáshoz viszonyított helyzetének felelnek meg.

*Alkar.* Izmok: *befelé*: *brachialis*, *befelé-felfelé*: *biceps*, *befelé-lefelé*: *brachioradialis*, *kifelé*: *triceps*, *kifelé-felfelé*: *infraspinatus*, *kifelé-lefelé*: *subscapularis*.

A mozgás-berendezés kiinduló pontjával szolgáló középpállás a felkar középpállása mellett az alkar hajlításának és feszítésének, supinálásának és pronálásának s végre a felkaresont kifelé és befelé rotálásának középső állása. A supinálás és pronálás voltaképpen az ujjak mozgásához tartozván, ezekről alább lesz szó. Az alkar középpállása tehát körülbelül az írás közben elfoglalt állásnak felel meg.

Az egyes izmoknak mozgató területei azonban jelentékenyen korlátozottak az alkaron, mivel az izületi mozgathatóság a könyökizület sajátos szerkezete miatt jóformán csak egy irányban (a hajlítás és feszítés irányában) lehetséges, a második mozgató irány a felkaresont rotálása révén érvényesül. Ez a két mozgató irány körülbelül derékszögletben keresztezi egymást, a mozgató terület ennek dacára igen nagy. Jóllehet ilyen módon négy izom elegendő volna a tag mozgásainak létesítésére, mégis megtaláljuk itt is a hat izmot. Az egyes izmoknak mozgató befolyása korlátozott ugyan, de ha fekvésüket tekintetbe vesszük, legalább theoretikailag felismerhető a működési irányuk. A *brachialis* egyenesen befelé vonja az alkart, a *triceps* tisztán kifelé, a *biceps* kissé supinál (csak a pronált tartásból), tehát a középpállásnak megfelelőleg felfelé-befelé emeli, a *brachioradialis* (a supinálásból) némileg pronál, tehát lefelé-befelé mozdít, rajunkban ezen irányok pontozottan vannak feltüntetve. Az alkartagot mozgató izomzat sorába tartozik továbbá az *infraspinatus*, a mely ezen tagot kifelé-felfelé vezeti és a *subscapularis*, a mely kifelé-lefelé irányuló mozgást idéz elő.

Ugyanazon értelemben, mint az *infraspinatus*, dolgozik a teres minor is, ennek jelentőségére még vissza fogok térni az alszár mozgásainak tárgyalása folyamán.

*Kéztő.* Izmok: *befelé*: *palmar. long.*, *befelé-felfelé*: *flexor carpi rad.*, *befelé-lefelé*: *flexor carpi ulnaris*, *kifelé*: *extens. carp. rad. brevis*, *kifelé-felfelé*: *extens. carpi rad. long.*, *kifelé-lefelé*: *extens. carp. ulnar.*

Ezen tagnak középpállása a rendes kéztőállásnak felel meg, miközben az alkart ismét a supinálás és pronálás között a középtartásban hagyjuk, úgy hogy a kisujj lefelé áll. Ekkor a haj-

lító oldal a befelé, a feszítő a kifelé iránynak felel meg. Ha ezen tartásban egyenletes izom-nyugalom mellett figyeljük meg kéztöknket, akkor észrevehető, hogy kéztöknk nem áll egy vonalban alkarunkkal, hanem kissé dorsális irányban eltér; ha kezünk alá tett papírra a lehető legnagyobb hajlítást és feszítést a kéztökn felrajzoljuk, úgy kitűnik, hogy a nyugalmi tartás épen a feszítés és hajlítás középállásának felel meg. Ezen magatartásra még visszatérek.

A mozgató izmok működés-iránya: a *palmar. long.* egyenesen befelé, a *flexor carpi rad.* befelé-felfelé, a *flexor carpi ulnar.* befelé-lefelé, az *extens. carpi rad. brevis* egyenesen kifelé, az *extens. carpi rad. longus* kifelé-felfelé, az *extens. carpi ulnaris* kifelé-lefelé. Ezen mozgás-irányok megfelelnek *Duchenne* adatainak is.

**Kézujjak.** A kézujjak első percei golyóízületben mozognak, a két distális ízület ellenben a könyökizülethez hasonlóan csak egy síkban engedi meg a mozgást. A középállás az adott módon állapítható meg és nagyjából valamennyi ízületben enyhén hajlított tartásnak felel meg. Ha ezen tartásban vizsgáljuk a supinálás és pronálás befolyását az ujjperczekre, akkor kitűnik, hogy ezen forgó mozgás révén tulajdonképpen a II. és a III. percz nyerekes lényeges irányítást, ép úgy, mint a hogyan azt fentebb a felkarsont forgatása alapján az alkarról jeleztük. Ezen módon két, egymásra merőleges mozgató sík áll elő, a minek alapján ezen tagok is a félgömb területén, mint a többi tagok, mozoghatnak. Hogy ez a felfogás helyes, azt a felhozott analógián kívül még a következő tiszta kísérlet is tanúsítja. Ha kezünket a fentebb jelzett középállásban tartjuk s e közben a pronálást és supinálást felváltva végezzük, akkor nyilvánvaló, hogy a forgási középpont azon izületre esik, a mely az I. és II. ujjpercz között van. A metacarpo-phalangeális izületek körivet irtak le, míg az interphalangeális izület, az alkar meghosszabbított irányába esvén (a jelzett tartásban), a supinálás és pronálás középpontjában marad. Ilyen módon főleg a II. ujjpercz tisztán végezheti a két egymásra függőleges mozgást. Mindez azért lehetséges, mert a mint már fentebb jeleztük, a középállásban a kéztökn kissé dorsális irányban eltér az alkar meghosszabbítási tengelyétől s épen az I—II. ujjpercz izülete esik ezen vonalra. Kissé dorsálisabban hajlított kéztökn mellett a végső ujjpercz izülete kerül ezen vonalra s akkor a végpercz nyeri meg a mozgási kört, illetőleg azt a kúpszeletet, a melynek csúcsa az izület, alapja a végtag distális részének mozgástere.

Mindezek alapján ugyanazon az állásponton, a melyet az alkar vizsgálatában az infraspinaturról és subscapularisról felvettem: itt a supinálásról és pronálásról veszem fel, hogy ezen mozgásberendezések a II. és III. ujjperczhez tartoznak. Az első percznek ilyen berendezésre szüksége nincsen, mert az golyóízületben mozog.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

#### Adatok a fehér vérszámamlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.

Irtá: *Elfer Aladár* dr.

(Folytatás.)

Első sorban is szóljunk a *typhus abdominalisra* vonatkozó adatainkról. A *complicatio* nélküli hasi hagymáznál a szerzők legnagyobb része leukopeniáról, vagy közel a normalis értékhez járó észleletről tesz említést. *Virchow* a typhusnál épen úgy mint egyéb fertőző bántalmaknál hyperleukocytosist vesz fel, azonban *Halla* vizsgálatai óta tudjuk ennek ellenkezőjét. Részünkről 29 esetben nyert adataink alapján csak megerősíthetjük ezen tétel helyességét, nyert értékeink átlagosan 5000—8000 körül ingadoznak, mely értéktől fel és lefelé kisebbszerű ingadozásokat láthatunk. Az igazán súlyos typhusos infectionál nemcsak a mások, de a saját észleléseink is arról győznek meg, miszerint leukopenia áll fenn. A legkisebb számbeli érték, a melyről beszámolhatunk, egy körülbelül 30 éves rendőrről vonatkozik, a kinél betegségének 10-dik napján 39°1' C. hőemelkedés mellett 2500-ra süllyedt

le a fehér vérszámok száma mm<sup>3</sup>-ként. Esetleges *complicatio*ók leukocytosis fellépését okozhatják, bár ez ki is maradhat. Például szolgáljon erre vonatkozólag egy 26 éves férfibetegünk, a kinél bejövételének első napján, betegségének körülbelül 12-dik napján 39°9' C. mellett 3300 fehér vérszámot kaptunk, majd a stadium decrementiben váratlanul icterus lép fel és a rázóhideget követő 39°8' C.-nyi hőemelkedés mellett 4500 a fehér vérszám. A harmadik rázóhideg és az utána következő forrásági szak megszüntével 36°5' C. mellett nyert fehérvérszám 16,000-et mutatott. Látjuk ebből az egy példából is, hogy az ily betegeknek a többszörös számlálás eredménye mennyire követi a szervezetben fellépő egyéb *complicatio*ókat, melyek esetleg nem a typhus bakteriuma vagy terméke által képezetnek. Sajnos, hogy ebben az esetben nem számoltunk közvetlenül az icterus fellépése előtti napokon, hogy így megtudhattuk volna, vajjon nem lehetne-e már az előre fellépő esetleges fehérvérszám-növekvésből következtetni valamely *complicatio* bekövetkezésére.

Nemcsak ilyen esetekben szükséges a többszörös számlálás, hanem oly esetekben is, a midőn egy lázas beteg van előttünk a typhus abdominalisra jellemző tünetesoporttal, s az első számlálás kissé magasabb értéket adna. Hiba ilyenkor, ha túlnagy értéket kapunk és esetleges *complicatio*ókat kizárhatunk, önmagunkban keresendő, a midőn a vérvizsgálatot nem pontosan eszközöltük. Hibák az eljárás körül a gyakorlott és pontos észlelnél is megtörténnek. Például hozhatom fel egy 40 éves férfi esetét, a ki egy heti rosszul után jött be kórodánkra és 38°4' C. mellett közvetlen bejövetele után 19,000-et kaptunk számlálási eredményül. Már rögtön a vizsgálatnál, miután semmi *complicatio*ót nem találtunk s miután az eddigi összes észleleteinkkel is ellenkezett, annak tulajdonítottam ezt a magas értéket, hogy a higításkor tudtomon kívül rosszul jártam el. A másnap délután 5 órakor 39°6' C. mellett megejtett vérvizsgálat 4500-at mutat. Esetleges súlyos bronchitis, pneumonia stb., mint már említettük, módosíthatja számlálási eredményeinket, miért is értékelésünk nagy óvatosságot igényel. Első észlelt esetünk egy 11 éves leánykára vonatkozik, a kinél az abdominalis harmadik hetében erősebb hörghurut lép fel, és este 8 órakor 40°0' C. mellett 12,000 fehér vérszámot kapunk számlálási eredményül. A bekövetkezett *sectio* a nagyfokú hörghurut mellett kisebb tüdőbeszüremkedéseket is mutat. A fehér vérszámoknak a typhusos infectionál való ilyenmű viselkedésére nézve a kísérleti adatok felvilágosítással nem szolgálnak, mert a míg *Bohland* bakterium typhus és a bakterium coli communeval tett *experimentalis* adatai alapján leucopeniát kapott, addig újabban *Schlesinger*, mint már említettük is, hyperleukocytosist kapott, így egyszerűen a negativ chemotaxis alapján az abdominalisnál mutkozó leukopeniát meg nem magyarázhatjuk. A tény az, hogy a typhus abdominalis kórisméjének felállításánál a leukopenia szerepet játszik; a normalisnál valamivel nagyobb értéket mutató esetek a typhust nem zárják ki, a mérsékelt hyperleukocytosist mutató esetek pedig a kórisme felállítása szempontjából újolagos számítás igényelnek és állandóan magasabb számértékek mellett lázas esetekben kellő körültekintés mellett a typhus abdominalis kórisméje kizárható lesz.

\* \* \*

A normalishoz közeljáró értéket mutató bántalmak sorába tartozik a *malaria is*. Már az ötvenes években említi *Du Pury* a fehér vérszámoknak normalis voltát a malariánál, míg ellenben *Furmann*, *Beckmann*, újabban *Dillings* magasabb értékekről tesznek említést. *Grawitz*, *Zappert*, *Limbeck*, *Türk* stb. normalis, sőt subnormalis értékeket említenek. Részünkről négy tertiana, két quartana és három félholdas *malaria*-megbetegedés esetéről számolhatunk be, a melyeknél az átlagos érték 4500—5000 között ingadozott. A rohammentes és a roham alatti időszakban vett vér körülbelül azonos fehérvérszámértéket mutat, bár ez utóbbi adatom csakis a tertiana fertőzés egy esetére vonatkozik. Mindenesetre érdekes volna a fehér vérszámoknak nem csak qualitativ, hanem quantitativ viselkedését is ismerni az első roham fellépése előtt. Erre vonatkozólag egy mülegesen fertőzött egyénnél, kinek azelőtt kimutatható malariás infectioja nem volt, úgy találtam, hogy a fehér vérszámok quantitative feltünőbb változást nem mutatnak. A qualitativ változásokról jelenleg nem szölok.

I. Typhus abdominalis-esetek.<sup>1</sup>

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	11 éves, leány †	3. hete beteg. Stat. typhosus. V +	estve 8 óra. 40·0	12000
2	17 éves, leány	Egy hét óta beteg. Elesettség.	délután 5 óra. 39·0	5500
3	18 éves, nő	8 nap óta beteg. Hasmenés. Elesettség.	délután 6 óra. 38·5 5 nap multán délután 4 óra. 37·8 2 nap multán délután 4 óra. 36·8	7000 5000
4	16 éves, leány	Betegség kezdete biztosan meg nem határozható. Stat. typh. V +	délután 4 óra. 38·7 5 nap mulva délután 4 óra. 36·5 7 nap mulva délután 4 óra. 36·4	6500 3000 3000
5	19 éves, férfi	Meg nem határozható kezdet. Status typhos.	délután 5 óra. 38·5	3000
6	22 éves, férfi	Meg nem határozható kezdet. V + Egy nap óta 2 óránként 20 cgm. pyramid. 12 nap óta normalis hőmérséklet	délután 6 óra. 38·8	8500
7	16 éves, férfi	Állítólag 5 nap óta beteg. 3 napon át 2 óránként X 20 cgm. pyramidon	délután 1/23 óra. 36·4	6000
8	20 éves, férfi	Meg nem határozható kezdet. V +. Pyramidont kap a szokott adagban. Öt nap óta nem kap pyramidont, és 3 nap óta láztalan	délelőtt 12 óra. 3 nap multán délelőtt 1/212 óra	14000 9000
9	20 éves, nő	Állítólag 12 nap óta beteg (gyermekágyas). V +	délelőtt 1/29 óra. 39·4 estve 6 óra. 37·4	5500— 5000 9000
10	28 éves, nő	Másfél hét óta remittáló hőmenet. V +	délután 6 óra. 37·4	5500
11	18 éves, nő	Meg nem határozható kezdet. Stat. typhos.	délelőtt 12 óra 36·8	10000
12	21 éves, férfi	Meg nem határozható kezdet. Stat. typh. V + 13 nap multán rázóhideg, icterus. 5 nap multán negyedik rázóhideg. Gyógyulás	délelőtt 12 óra	10000
13	30 éves, férfi	10 nap óta beteg. V +	délelőtt 12 óra. 38·7	3000
14	40 éves, férfi	Egy hét óta beteg. V +	délután 5 óra. 38·2 másnap estve 7 óra. 38·2	6500 6500
15	12 éves, fiú	Egy hét óta ágyban fekvő beteg. Elesettség. V +	délután 5 óra. 39·5	7500
16	26 éves, nő	4 nap óta ágyban fekvő beteg. V +	délután 7 óra. 39·9 39·8	3000 7500
17	54 éves, férfi	Állítólag egy hét óta fekvő beteg. St. typh. V + Négy nap óta láztalan, a jobb inguinalis táj igen érzékeny, majd ezen alsó végtag kissé megduzzadt.	délután 12 óra. 36·5	16000
18	12 éves, fiú	10 nap óta beteg. V +	délután 12 óra. 36·5	16000
19	40 éves, férfi	Egy hét óta beteg. V +	fürdő után délután 6 óra. 39·1	2500
20	12 éves, fiú	Egy hét óta ágyban fekvő beteg. Elesettség. V +	délután 4 óra. 38·4 másnap délután 5 ó. 39·6	19000? 4500
21	12 éves, fiú	Egy hét óta ágyban fekvő beteg. V +	délután 6 óra. 39·6	5500
22	26 éves, nő	4 nap óta ágyban fekvő beteg. V +	estve 6 óra. 39·2	7000
23	54 éves, férfi	Állítólag egy hét óta fekvő beteg. St. typh. V + Négy nap óta láztalan, a jobb inguinalis táj igen érzékeny, majd ezen alsó végtag kissé megduzzadt.	estve 8 óra. 40·0	4500
24	17 éves, férfi	Négy nap óta láztalan, a jobb inguinalis táj igen érzékeny, majd ezen alsó végtag kissé megduzzadt.	délután 7 óra. 38·6	20500

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
18	12 éves, fiú	Egy hét óta fekvő beteg. V +	délelőtt 12 óra. 39·2	7500
19	19 éves, nő	Két hét óta beteg. Nagy lép. V —	estve 1/27 óra 39·5	8000
20	23 éves, férfi	Meg nem határozható kezdet, elesettség. Nagyobb lép. V —	délután 4 óra. 39·8	6000
21	23 éves, nő	2 hét óta beteg. V +	délután 5 óra. 39·2	3000
22	17 éves, nő	Egy hét óta beteg. V — 5 napon át pyramid. V +	délután 4 óra. 39·0 délután 5 óra. 37·8	12000 3500
23	17 éves, férfi	Egy hét óta beteg. Elesettség. V —. 6 nap multán V +	délután 5 óra. 39·0	6500
24	12 éves, leány †	5 hét óta beteg. V + 3 hét után duzzanat a bal arezfelen (periost.), mely genyedést mutat	délután 4 óra. 39·1	8000
25	15 éves, fiú	Meg nem határozott kezdet. Elesettség. Nagyobb lép. V —	délután 4 óra. 35·0	20000
26	11 éves, fiú	Egy hét óta beteg. Stat. typh. V —. 5 nap multán V +. Ugyanez nap kiviszik	délután 4 óra. 39·0	6500
27	18 éves, férfi	3 hét óta beteg. V +	délután 4 óra. 40·0	4000
28	20 éves, férfi	Egy hét óta beteg. V — 5 nap mulva V +	délután 5 óra. 39·0	5000
29	44 éves, férfi †	2 hét óta beteg. V + Másnap Másnap	délután 4 óra. 38·7	3500
			délután 4 óra. 39·7 délután 4 óra. 38·8 délután 6 óra. 40·3	6000 5000 5500

## II. Malaria-esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	20 éves, férfi	A vérben félholdak, rázóhidegei állítólag csak 2 hét óta vannak	VIII/20. délután 8 óra. 37·5	4500
2	20 éves, nő	Vérben tertiana-parasiták	VI/18. délelőtt 10 óra, előző estve 1 gm. chinin. 36·4 délután 1 óra. 38·8 délután 1/29 óra. 40·2	5000 4500 4500
3	30 éves, férfi	Állítólag 1 hét óta rázóhideg. Vérben tertiana-parasiták	roham után 1 nappal 36·8	4500
4	2 éves, fiú	Vérben tertiana parasiták	forrósági szak, délelőtt 9 óra	3500
5	15 éves, fiú	Vérben quartana paras (ambulantia)	délelőtt 9 óra	8000
6	7 éves, fiú	Vérben tertiana paras. igen elgyengült (ambulantia)	forrósági szak, délelőtt 9 óra	12500
7	19 éves, férfi	Félholdak a vérben	délután 7 óra. 36·5	3000
8	17 éves, férfi	Vérben tertiana parasiták	forrósági szak, délelőtt 9 óra	8000
9	27 éves, férfi	Vérben félholdképzők; első roham	délelőtt 11 óra. 40·0	11500

<sup>1</sup> A táblázatokban a fehérvérsejtszám feltüntetése mellett főleg a kór és a vérvétel idejének feltüntetését adom. Therapiai megjegyzést avagy bonczolási eredményt csak ott közlök, a hol ez elkerülhetetlenül szükségesnek látszott; lehet, hogy e miatt a táblázatok hézagosságnak látszanak, indokoltá teszi azonban eljárásomat egyrészt a hely szűke, másrészt pedig a jó áttekinthetőség. A táblázatokban feltüntetett fehérvérsejtszám feljegyzése legalább is 900 sejt megszámlálása után történt.

Leukopeniával járó megbetegedési forma a *morbilli* is. Két vizsgált esetemben körülbelül 5000 körül ingadozó fehérvérsejtszámértéket találtam és egy vizsgált esetemben megerősíthetem *Türk* és mások azon véleményét, mely szerint az általános tünetek megszüntével csakhamar rendes, esetleg nagyobb értéket mutató számot kapunk.

## III. Morbilli esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	7 éves, fiú	Jellemző küteg stb. étkezés után 1 1/2 óra.	délután 3 óra. 39.8 a délutáni hőmérséknél; másnap délelőtt 1 1/2 óra. 38.0	5000
		A küteg megszüntével	étkezés után 1 1/2 óra. 38.4	7500
				4000
2	12 éves, fiú	Jellemző elváltozások	étkezés után 1 1/2 óra. 38.4	4000
3		A küteg halványulóban, tonsillitise is van	IX/16. délelőtt	7500

A bakteriumos fertőzéssel járó megbetegedések legnagyobb része, mint az alábbiakból következik, kisebb-nagyobb mértékben hyperleukocytosisal jár. Mint ilyen nagyfokú hyperleukocytosisal járó bántalmat elsősorban a *pneumonia crouposát* kell említeni, a melyre vonatkozólag legkiterjedtebb vizsgálati adatok állanak rendelkezésünkre. A szerzők legnagyobb része megegyezik a végeredményben és csak az egyes súlyosabb esetekben némelyek által észlelt leukopenia vezette a megfigyelőket az ily adatoknak a prognózis szempontjából való felhasználásához. Legyen szabad *Schlesingernek* már fennebb említett kísérleti adataira hivatkoznom, a ki nyulaknál súlyos pneumococcus-fertőzés mellett leukopeniát talált. Hatalmas adathalmazt hoztak össze a kutatók arra nézve, hogy a hyperleukocytosis miképp függ össze az anatómiai elváltozás nagyságával, valamint a hőemelkedés kisebb-nagyobb voltával. *Rieder, Laehr, Türk* stb. a leukocytosisnak a tüdőben mutatkozó beszűremkedés nagyságával, valamint a hőemelkedéssel való arányos fokozódását tagadják. Szerintök a leukocytosis fokát egyrésztől a virus neme és erőssége, az általa termelt termékekkel kapcsolatban, másrésztől a megtámadott szervezet reactióképessége szabná meg. *Limbeck* nézete, hogy az izzadmány nagyságával arányos a leukocytosis foka, a fentiek alapján elesik. A mi a leukocytosisnak ezen bántalomnál a krisissal vagy lysissal való megszüntét illeti, arra vonatkozólag változó értéket találunk az egyes szerzőknél felémlítve. *Türk* vizsgálatai alapján állítja, hogy a krízis után elég rohamosan csökken a fehérvérsejtszám és a hosszabb ideig fennálló hyperleukocytosis lassú engedése esetleg valamely complicatióra engedne következtetni. Vizsgálataim 14 eset kapcsán a hyperleukocytosis jelenlétét megerősítik, bár elvétve, mint a táblázatban láthatjuk, a normálshoz közel álló értéket is kapunk, a nélkül, hogy az eset súlyosabb fordulatot vett volna. Eseteink átlagosan 20,000 körüli értéket mutatnak, s a legmagasabb fehérvérsejtszám, a mit croupos tüdőgyuladással észleltünk, egy 16 éves férfira vonatkozik, kinél a krízis előtt 30,000 volt a fehérvérsejtszám. Másnap reggel defervescál s az egy nap múltán vett vér vizsgálata 8800 fehérvérsejtszámot mutat. Csak megerősíthetjük mások azon észleletét, mely szerint a beszűremkedés továbbterjedésével aránylagosan nem épen szükséges a hyperleukocytosis aránylagos növekedése. Erre vonatkozólag felemlíthetők egy 30 éves nőt, a kinél a kezdetleges fehérvérsejtszám 19,000 volt, s betegségének ötödik napján, a midőn a bal tüdő alsó lebenyében mutatkozó oldódási viszonyok mellett a beszűremkedés a jobb felső lebenyben is mutatkozik, 11,500 fehérvérsejtszámot kapunk. Mindenesetre azt az észrevételt tehetjük, hogy bárha a krízis után következő időszakban lényegesen csökken a fehérvérsejtszám, a normálnál magasabb értéket még egy jó darab ideig megtalálhatjuk. A mi a hyperleukocytosisnak a pneumonia crouposánál mutatkozó elkülönítő kórismei jelentőségét illeti egyéb ellentétes adatokat mutató bántalmakkal, főleg a typhus abd.-sal szemben, arra igazán külön fel kell hívunk a figyelmet, mert minden klinikai megfigyelőnek van alkalmuk oly eseteket észlelni, a hol objectív tünetek hiányában, avagy pedig a már meglévők által épen az ellenkező irányba tereltetés miatt, tisztán csak a megfigyelésre szorítkozhatik, vagy pedig a meglévő tünetes csoportok alapján téves útnak indul, a miért is épen ilyen esetekben bármily kicsiny, jelentéktelen, a többi adatokkal ellentétes észlelet helyes

irányba terhelhet bennünket. Legyen szabad erre vonatkozólag egy tanulságos esetet felemlíteni: 30 éves férfiról van szó, a ki már 10 nap óta ágyban fekvő beteg: lassanként lett rosszul, elgyengült, gyakori hasmenések kínozták. Észlelésünk kezdetén a beteg soporosus, egyébként bevont nyelv, tüdők felett semmi különösebb felemlítésre méltó, csakis a légvételek sajátságos mély volta tűnik fel. Has érzékeny, híg borsóleveszerű székletét. Lép nagyon jól kitapintható. Átlagos hőmérséklet 39.5 C.<sup>o</sup> Fehérvérsejtszám délelőtt 11 órakor 39.6 C.<sup>o</sup> mellett 19,000. A kezdetben abdominalisnak gondolt esetünkben a másnap ismételt megejtett vérvizsgálat 39.4 C.<sup>o</sup> mellett 23,000-et mutatott, s az ugyanakkor megejtett Vidal-reactio negatív volta alapján elejtettük fenti kórisménket, egyelőre várakozó álláspontot foglalva el a felállítandó kórismét illetőleg. Ugyanezen nap este a jobb interseapularis táj közepes harmada felett tompult kopogtatási hang nyerhető, a mely terület felett a kilégzés jellege határozatlan volt. Másnap reggel ugyanezen oldalon az interseapularis táj közepes harmadától a XI. bordáig leterjedő tompulat, mely felett kifejezett hörgő légzés észlelhető; két nap múltán bekövetkezett krízis után a beteg állandóan láztalan és csakhamar gyógyultan távozik kórodánkról. Az eset bővebb méltatása talán felesleges is lesz. Ilyen és más hasonló esetekben, melyek valamely tüdőrésztlet körülirtabb hurutos elváltozásával járnak, mindenesetre hathatós támogatást találunk a felállítandó kórisme helyességére nézve a fehérvérsejtek megszámlálásában.

A nagyobbfokú hörgőhurut, leterjedve esetleg a hurutos elváltozás az aprólégutakig, hevenyebb esetekben mutathat mérsékelt leukocytosisot, de az idültebb esetek legtöbbször normális értéket mutatnak. Erre vonatkozó észleleteink hiányossága folytán, azonkívül miután közvetlen adatot másoknál is alig találunk feljegyezve, nem kívánunk ezekből általános következtetéseket vonni.

(Folytatása következik.)

## Közegészségügy.

Az „Országos közegészségi egyesület“ iskolaorvosi és egészségügyi tanári szakbizottságának 1903. évi működése.

Az Országos közegészségi egyesület megalakulására annak a körülménynek a felismerése vezetett, hogy a társadalom támogatása nélkül az állam a közegészségügy feladatát és munkakörét betölteni nem képes.

Bizonyosságot nyújt erről az egyesület alapítására kiadott felhívás is, mely szerint: „A társadalom érdeklődése egészségügye iránt s felvilágosítása annak haszna és humánussága felől alapja annak, hogy minden egyes polgár ne legyen részvéttelen szemlélője a közegészségügyi törekvéseknek, hanem azokat saját körében maga is előmozdítsa“.

Miután e feladat megoldásában az egészségügyi ismereteknek az iskola útján való terjesztésétől fényes eredmény várható, ugyanis nyilvánvaló, hogy az iskola a társadalomra mily mélyreható befolyást gyakorol, ennél fogva világos, hogy az iskolaorvosi intézmény fejlesztésével és propagálásával az iskolaorvosi és egészségügyi tanári szakbizottság, a társadalom megnyerése tekintetében, az Országos közegészségi egyesülettel közös irányú, az állam támogatására méltó munkát végez.

Ezen szakbizottságnak a higiénia tanítására képzett orvosok alkalmazása s a testi és szellemi nevelés orvosi ellenőrzése ügyében, az 1903. évben kifejtett buzgókodásáról felvilágosítást nyújt tárgyalásainak következő összefoglalása.

Az iskolaorvosoknak a testi nevelés terén vezető szerepet juttatni actualis kérdéssé vált, a mikor a szakbizottság múlt évi működését megkezdte.

A beavatkozásra a vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak azon eléggé nem helyeselhető intézkedése adott alkalmat, hogy ankétet hívott össze a testi nevelés felügyeletével megbízandó tanács szervezése czéljából.

Szakbizottságunk azt óhajtván elérni, hogy a felállítandó „Testnevelési Tanács“ ne mint különálló testület szerveztessék, hanem az Országos közoktatási tanácsnak az iskolai testneveléssel foglalkozó osztálya gyanánt működjék, és hogy fele részben iskolaorvosi képességgel bíró tagokból álljon, ezen nézetét az ankét felhívásában ajánlotta.

Régi mulasztások káros következményeit igyekezett megszüntetni szakbizottságunk a szellemi túlterhelés kényes kérdésének megbolygatásával.

Az elemi iskolai tanítás időbeosztása, tekintettel a túlterhelésre, érdekes és tanulságos viták tárgya volt, melyekre a főváros tanácsa adott alkalmat azon tervével, hogy a délutáni tanórák délelőtti tetesnek át, a szokásos szünetek betartásával.

A szakbizottság abban állapodott meg, hogy ezen változtatáshoz csak akkor járulhat hozzá, ha a tananyag összevonásával lehetővé válik, hogy a tanítás napi 3 órára redukáltassék.

A középiskolai tanulók szellemi túlterhelésére tiszteletbeli elnökünk Liebermann prof. úr hívta fel szakbizottságunk figyelmét, különös tekintettel a tananyag terjedelmére és arra, hogy sok felesleges tárgyat tanítanak, másfelől pedig azon körülményre is, hogy sok tanár megfelelő tankönyv hiányában a tanulókat jegyzésre szorítja.

A szakbizottság örömmel fogadta e javaslatot, de részletes megbeszélésére még nem jutott ideje.

A kereskedelmi iskolai s a többi szakiskolába járó tanuló szellemi túlterhelésének kérdése is szőnyegre került egyeseinken s arra az eredményre vezetett, hogy az Országos közegészségi egyesület s tárgyban memorandumot terjesztett fel a kereskedelmi ministeriumhoz, melyben a tapasztalt hiányokra részletesen kitért s a tanterv megváltoztatását sürgette.

Az egészségtan tanításának ügyét s ezzel az iskolaorvosok terfoglalását szintén memorandum felterjesztésével igyekezett szakbizottságunk előmozdítani, melyben a vallás- és közoktatásügyi ministeriumot újlag arra kérte, hogy az elemi tanító- és tanítónőképzőkben az egészségtant (az úgynevezett testtant) ne paedagogus, hanem iskolaorvos tanítsa. A szakbizottságnak e kívánsága nem teljesült ugyan, de annyi eredménye mégis volt közbelépésének, hogy a (testtan tanításával megbízott) praeparandiai tanítók és tanítónők kiképzése szünidei tanfolyammal egészítették ki, melyen az egészségtan s az élettan elemeit hihetőleg iskolaorvos fogja előadni.

A midőn a kultura vezérfelei közül Berzeviczy Albert dr. minister úr ö Nagyméltósága, továbbá Alexander Bernát, Fináczy Ernő és Kármán Mór tanár urak általános ünneplésben részesültek, szakbizottságunk is megragadta az alkalmat, hogy elismerését és háláját kifejezésre juttassa.

Nagy örömet s büszkeséget keltett végül a szakbizottságban a kormány választása, midőn — a nürnbergi iskolaorvosi congressus alkalmával — képviselőjéül tiszteletbeli elnökét, Liebermann professor urat kérte fel.

Ezen congressus magyar osztályát, mely elismerést érdemlő szereppel tüntette ki magát, szakbizottságunk alakította meg, melynek az iskolaorvosi intézmény fejlődését előmozdító munkássága az iskola-higiéné felvirágzására Magyarország határain kívül is számottevő befolyást gyakorolt.

Miként jelentéséből látható, sok küzdelem révén is bár aránylag csekély elismerést sikerült mindezülig az iskolaorvosi intézménynek kivívniunk s bárha a haladás e téren nem jogosít is fel bennünket ez idő szerint nagy reményekre, mindazonáltal hanyatlásról szó se lehet s miután az iskolaorvosi congressus nemes versenyre szólította fel az ügynek lelkesebb szószólóit, feltehető, hogy a congressuson elhangzott óhajások a sajtót is élelkebb érdeklődésre fogják ösztönözni s így szebb napokra virradunk.

Generich Vilmos dr. egyetemi tanársegéd

## Tárcza.

### A magyar fürdőhelyek látogatottsága 1902-ben.<sup>1</sup>

Tisztelt congressus!

Bolemann István dr. tagtársunk szerepét veszem ma át,<sup>2</sup> hogy az övének gyengébb erővel és gyakorlattal folytassam az ő nagybecsű statisztikai munkálatait, melyekből immár tíz éve évről-évre megtudtuk, hogy haladtunk-e, vagy stagnáltunk, vagy éppen visszaestünk. Bolemann tagtársunk mikor ide ült a felolvasó asztalhoz, nem lehetett előtte titkuk hazai fürdőinknek; a statisztika számai besugart nekik mindent. Biztosan olvasta ő ki számaiból, hol van valamelyes hiba fürdőinkben, hol javultak a viszonyok személyi vagy dologi irányban; mert a látogatók számának változása, ha nem általános ez minden fürdőhelyre, hanem csak egyes fürdőkre vonatkozó: olyan barometrum, mely nem csak bennünket. A fürdőorvos, az igazgató változása, vagy változás a konyha vezetésében, újabb befektetések megtörténte, vagy a szükséges befektetések elmulasztása, ha az első évben nem is, de a másodikban biztosan megmozdítják az aneroid mutatóját a jó idő felé, ha a változás szerencsés volt, a rossz idő felé, ha a változás valamely halfogást jelentett.

Az országos statisztikai hivatal szíves volt az idén is rendelkezésünkre boesátani az általa feldolgozott hivatalos adatokat, a melyek fürdőink idegenforgalmára vonatkoznak és pedig úgy mint mindig, most is csak a két év előtti adatokat, tehát az 1902-dik évről vonatkozókat, mert az 1903. év adatai még be nem érkeztek. Személyesen előterjesztett kérésre azonban azon reményt nyújtotta az országos hivatalnak ezen adatokat gyűjtő osztálya, hogy jövőre már a közvetlen előző év számaikat fogjuk megkaphatni, mert a gyűjtés módjában bizonyos reformok úgyszólván elkerülhetetlenek. Ha ezen reményünk teljesül, ezen előadások is nyerni fognak közvetlen tanulságosságban.

Az 1902-dik év a fürdők látogatása szempontjából az 1901-dik évnél *rosszabbnak mondható*, bár egyes fürdők, illetve fürdőcsoportok frekvenciájában emelkedtek. Míg 1901-ben az állandó fürdővendégek száma, a statisztikába felvett összes fürdőinkben 90,016 volt, 1902-ben ugyanazokban 86,956-ra csökkent; esett tehát 3060-nal. Ha pedig a futóvendégeket is számításba vesszük, a három év előtti 183,954 vendéghez képest, 1902-ben 176,606 volt a vendégek összes száma, tehát szintén jóval kevesebb. *Nevezetes tény, hogy a vendégek csökkenése jórészt a külföldiek elmaradásának következménye.*

<sup>1</sup> Előadta 1904 április 18-dikán a XIV. orsz. balneológiai congressuson.

<sup>2</sup> Ezelőtt Bolemann dr. referált ezen kérdéstről.

Ezen némileg nyomasztó adatok mellett találunk azonban örvendetéseket is, s az utóbbiak között legörvendetesebbek a balatoni fürdőhelyekre vonatkozók. Balaton-Füredet kivéve, ezek mind tetemes emelkedést, fejlődést mutatnak. Legtöbbet persze Siófok, hol 1901-ben 3110, 1902-ben már 3456 állandó vendég volt, s a futóvendégek száma is 2000-rel gyarapodott, úgy hogy idegenforgalma 16,023 személyt tett ki. Nagyot emelkedett látogatókban Balaton-Berény is, mert 644-ről 900-ra növekedett állandó vendégeinek száma. Javultak Földvár, Boglár, Fonyód, Almádi is. Balaton-Füred vendégei az előző évhez képest több mint 200 al csökkentek (2656). Az összes balatoni fürdő- és üdülőhelyek idegenforgalma 31,004 volt, az 1901. év 28,124 látogatójához képest. Hogy külföldiek a Balatont egyáltalában nem látogatják, régi tapasztalatunk. De ezen ne csodálkozzunk, mert Ausztria, felső Olaszország, Svájc, Németország tóparti fürdő- és üdülőhelyekben oly gazdag s tájilag e helyek oly szépek, hogy a Balaton a külföldieket nem is vonzhatja, legfeljebb ethnographiai szempontból azokat, kik ily tanulmányokkal foglalkoznak.

A szikós tavi fürdők közül Palics csekély emelkedést, a ruszandai fürdő azonban rendkívüli többletet mutat, ugyanis az utóbbi helyen az 1901-ben feljegyzett 303 állandó vendégről 968-ra emelkedett az ott tartózkodók száma.

A tátrai magaslati gyógyhelyek vendégforgalmában általában emelkedés alig volt 1902-ben, de visszaesés sem, csupán csak a régen oly népszerű Luesivnán; a tátraaljai helyek nagy részében azonban pangás volt észlelhető, a mi különben már évek óta tart; még Igló-Füred és Feketehegy is néhányval kevesebb vendéget jegyezhetett fel 1902-ben, mint 1901-ben. Csak a stoósi fürdő népszerűsége nőtt, ugyanis egy év alatt majd 25%-kal emelkedett állandó vendégeinek száma. Fájdalom, a tátrai nagyobb gyógy- és üdülőhelyek látogatottsága relative mindig csekély szokott lenni; sohasem is volt az arányban értékükkel. Kevés főleg az állandó vendég. Így pl. Alsó-Tátrafüreden 550, Ó-Tátrafüreden 773, Új-Tátrafüreden 931, Tátra-Lomniczon 304, Csorbatón 719 volt 1902-ben az állandó vendégek száma. Ha a futóvendégeket is tekintetbe vesszük, a Tátra összidegenforgalma még ma sem éri el a balatoninak felét. Külföldiek persze itt inkább szerepelnek, mint egyebütt, de főleg mint futóvendégek. 1902-ben is körülbelül 7000 külföldi fordult meg a Tátrában, persze nagyjából mint futóvendég.

Egyéb nem tátrai magaslati gyógyhelyek közül 1902-ben találjuk először a statisztikában a Nagy-Szeben melletti „Kurhaus auf der hohen Rinne“ idegenforgalmi kimutatását. Hazánk ezen legmagasabb fekvő (1420 m.) alpin gyógyhelye 167 állandó és 356 futóvendéget jegyezhetett fel. Ha kellő pénzzel és üzleti szakértelemmel fejlesztik, igen nagy jövőnek nézhet elébe, mert jól választott, pompás helyen fekszik.

*Marilla*, a másik jelentékeny értékű nem tátrai magaslati gyógyhelyünk 1902-ben is megtartotta néhány híján vendégeit. Sőt futóvendégeinek száma valamivel még emelkedett is, alighanem a velem együtt ott járt orvosnövendékekkel és fiatal orvosokkal. Ez a hely is megérdemelné az orvosok és a közönség részéről való energikusabb felkarolást, mert tényleg többet érdemel, mint a 400 körül ingadozó állandó vendéget.

Az egyszerű *hévízű fürdők* közül 1901-gyel szemben két igen fontos és nagyértékű fürdőhelyünk szenvedett jelentékeny esőket az állandó vendégekben; ezek *Félics-fürdő*, hol 200-zal esett a vendégek száma és a szomszédos *Szt.-László-fürdő*, hol 1137-ről 494-re fogytak le a vendégek. Mi ennek az oka, nem tudom. Némelyek szerint a nagy magyar Alföld parasztsága, a mely azelőtt a Szt.-László-fürdőt látogatta, midőn az úri közönségre csinosan és czélszerűen rendezkedett be, már nem érezte ott jól magát és átment a szomszédos Félix-fürdőbe, a hol fesztelenebbül és egyszerűbben élhet s talán olcsóbban is. Tényleg 1900-hoz képest 1901-ben Félix-fürdő látogatottsága egyszerre 1400 személylyel emelkedett. A Dunántúl ősi híri akrothermája *Hévíz* sem irhatja jó évei közé az 1902-dikét, mert 200-zal megfogyott vendégeinek száma.

A *kénes hévízek* közül a kies *Margitsziget* vendégei felére apadtak, mint az előző évben voltak (1714-ről 874-re), míg a *Szt.-Lukács- és Császárfürdő* állandó vendégeiben meggyarapodtak. Lehet, hogy ők hódították el a Margitsziget fürdővendégeit, vagy pedig azért kereste fel kevesebb beteg a szigetet, mert a Margit-híd lejárója által megkönnyített közlekedés nyugtalanra tette számukra az ott való tartózkodást. Hazánk legfényesebb fürdőjére, a *Herkules-fürdőre* sem volt jó 1902, mert az előző évhez képest a külföldiek, főleg a románok és szerbek száma felére apadt (4950-ről 2460-ra); igaz, hogy a belföldi vendégek száma viszont növekedett; de még így is 1635 az állandó vendégek apadása.

*Pöstyén* évek óta emelkedik; 1902-ben 6828 volt állandó vendégeinek száma; majdnem 600-zal több, mint az előző évben, és örvendetes, hogy ezen emelkedést főleg a külföldi vendégek megszorodása okozta. *Trencsén-Teplisz*, valamint a többi kénes hévízű fürdőnk is, alig mutat jelentékeny változást.

Bókay Árpád egyetemi tanár.

(Folytatása következik.)

### Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről.

(Folytatás.)

Természetes következménye ennek betegeink *családi állapotának* képe. Nőbetegeinknek még 43%-a volt *hajaon* (228-ből 98), férfibetegeinknek pedig 70%-a *nőtlen* (360-ből 252).



Foglalkozásra nézve volt:

I. Férfibetegeink között:

a) Tanulóság.		Szobrász	1
Középiskolai tanuló	39	• Fényképész	3
Állatorvosi főiskolai hallg.	3	c) Iparosok.	
Joghallgató	13	Művezető	3
Orvostanhallgató	2	Gépező	2
Bölcsészethallgató	5	Mozdonyvezető	1
Műegyetemi hallgató	5	Órás	2
Színinövendék	1	Nyomdász	5
b) Kész szellemi munkások.		Czukrász	1
c) A tudomány és oktatás terén működők.		Vendéglős	2
Lelkész	8	Pincér	1
Tanár	3	Hentes	1
Tanító	7	d) Mesteremberek.	
Ügyvédjelölt	4	Czipész	2
Ügyvéd	6	Szabó	10
Orvos	6	Asztalos	1
Gyógyszerész	5	Bognár	1
Állatorvos	1	Kazánfűtő	1
Mérnök	7	Géplakatos	6
Műszaki rajzoló	3	Szerelő	2
β) Hivatali működésben levők.		Bádogos	2
Községi jegyző	7	Kefekötő	2
Erdész	1	Nyerges	1
Katonatiszt	3	Molnár	1
Postatiszt	12	Mázoló	1
Vasúti tiszt	14	Szakács	1
Adótiszt	7	Borbély	2
Rendőrtiszt	3	Kőműves	1
Egyéb kishivatalnok	47	Vasöntő	2
γ) A kereskedelem terén működők.		e) Mezőgazdasággal foglalkozók.	
Kiskereskedő	25	Kisgazda	2
Kereskedősegéd	30	Gazdász	7
Könyvelő	10	Földműves	9
Utazó	1	f) Szolgák.	
Ügynök	1	Katona	1
δ) Az irodalom és művészet terén működők.		Fináncz	1
Hírlapíró	3	Irodaszolga	1
Zenetanár	1	Komornyik	1
Festő	2	Inas	1
		Házmester	1
		Kocsis	1
		g) Magánzó	
			9

II. Nőbetegeink között:

a) Tanulóság.		γ) A kereskedelem terén működők.	
Tanuló	5	Könyvelő	7
Színinövendék	1	Dívatáruszó	3
b) Kész szellemi munkások.		δ) A művészet terén működők.	
α) Az oktatás terén működők.		Énekesnő	1
Tanítónő	17	c) Iparosok.	
Nevelőnő	3	Varrónő	5
Óvónő	2	Szabónő	1
Apáca	2	Ezüstesiszolónő	1
β) Hivatali működésben levők.		Szülész nő	1
Magánhivatalnok	3	d) Szolgálatban levők.	
Postakezelőnő	1	Szobaleány	2
Postamester nő	1	Szakácsnő	1
		Mindenes eseléd	1

Összefoglalva e foglalkozási statistikát, a következő táblázatot nyerjük. Az 1903-ban az intézetből távozó 588 beteg közt volt:

	Férfi	Nő
Tanuló	68 = 18.8%	6 = 2.6%
Kész szellemi munkás	204 = 56.6%	40 = 17.5%
Ebből α) a tudomány és oktatás terén működő	50 = 13.9%	24 = 10.5%
β) hivatali működésben lévő	77 = 21.3%	5 = 2.2%
γ) a kereskedelem terén működő	67 = 18.6%	10 = 4.4%
δ) az irodalom és művészet terén működő	10 = 2.7%	1 = 0.4%
Iparos	18 = 5%	8 = 3.5%
Mesterember	36 = 10%	—
Mezőgazdasággal foglalkozó	18 = 5%	—
Szolga	7 = 1.9%	4 = 1.7%
Magánzó	9 = 2.5%	—

A nők közül jelentékeny résznek tudniillik saját kenyérkereső foglalkozása nem volt s így 228 nőbetegünk közül ez összeállításban csak 58 (= 25.5%) szerepel, míg 170 = 74.5% a háztartás körül foglalatkoskodónak vallotta magát.

Látnivaló a fenti statisztikából, hogy az Erzsébet-sanatoriumot

túlnyomó részben a vagyontalanabb, szűkes anyagi helyzetben élő intelligens értelmiség keresi fel, mely az egyesületünk által megállapított s igen szerény ápolási díjat (napi 4 korona) ugyan fizetni képes, de az ennél többszörte nagyobb költséggel járó, üzleti alapon működő privát-sanatoriumokat győzni vagy absolute képtelen volna, vagy elvéve is legfeljebb csak olykép, hogy családjának szájából az utolsó falat kenyeret is kivegyve, a mi részben messzehatoló gazdasági kárt vonna maga után, részben még inkább odavezetne, hogy a beteg odahaza bevárja azon stádiumot, melyből való menekvésének chanceai már minimálisak.

Látnivaló továbbá, hogy 360 férfibeteg közül 204, azaz több a felénél, 58 nőbeteg közül pedig 40, azaz több mint kétharmadrész kész szellemi munkás, a mi a gümőkór által okozott pusztítás nemzetgazdasági súlyos jelentőségére csak újabb fényt vet.

Ingyenes beteg 1903-ban 78 kezeltetett a sanatoriumban (36 férfi és 42 nő) az alapítványi helyeken összesen 3645 ápolási nappal. Dunygyerszky László nagybirtokos bőkezű alapítványa révén az ingyenes ápolási napok száma az 1904. évben újabb 900-zal fog gyarapodni.

Betegsegítő pénztárak, jótékony testületek és magánosok viselték az ápolási díjat egészben vagy részben 53 betegükért a lefolyt esztendőben. És pedig:

1. Pénztárak:

Ferencz József keresk. kórház mint betegs. pénztár	20 betegért
Budapesti villamos városi vasút betegs. pénztára	1 "
Budapesti kerületi betegs. pénztár	3 "
Kassa-Oderbergi vasút	1 "
Rigler-féle papíráru gyár	1 "
Ganz és Társa	2 "
Diósgyőri m. k. vas- és acélgépgyár	1 "
Budapesti újságírók egyesületének pénztára	1 "
Egyesült lakatos, puszkaműves, késes stb. ipartestületi p.	1 "
Pozsonyi kerületi betegs. pénztár	1 "
Ékszerész, aranyverők és óratokkészítők ipartestületi p.	2 "
Fővárosi kereskedők betegs. pénztára	1 "

Összesen: 35

2. Magánosok és jótékony testületek:

Gróf Sztáray Sándor	1 betegért
Angol kisasszonyok intézete	1 "
Izraelita fiúárvház	1 "
Semsey László	1 "
Nyiregyházi csendőrparancsnokság	1 "
Ózv. gróf Széchényi Imréné	1 "
VI. számú csendőrkertületi parancsnokság	1 "
Gróf Teleky Sándorné	1 "
Budapesti Hírlap	1 "
Aurora irodalmi részvény-társaság	1 "
Hatvány József	2 "
Muzeumok és könyvtárak orsz. főfelügyelősége	1 "
Dirnfeld bankháza	1 "
Erzsébet királyné sanatorium (Feld Mór, Zopka Borbála)	2 "
Pesti izraelita hitközség	1 "
Rákosi Szidi	1 "

Összesen: 18

Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanár.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet 1901—1902-ben.

Közli: Ostermayer Miklós dr.

Rothe (Beitr. zur Statistik d. incarcerateden Hernien. Beitr. zur klin. Chir. XXXIII.) Mikulicz klinikájáról 146 kizárt sérvet közöl. Ezek

1 Ime erre vonatkozólag néhány szemelvény a folyamodó betegek kérvényeiből. Egy takarékpénztári könyvelő írja Vas megyéből:

„A felvételi szabályzat által kívánt okmányokat (köztük a napi 4 korona ápolási díj elvállalásáról szóló nyilatkozatot, K.) esatolva, bátor vagyok még megjegyezni, hogy azért vagyok kénytelen az egyet támogatását kérni, mivel vagyontalan és családost tisztviselő vagyok s nincs módomban más költséges gyógymódokat igénybe venni.”

Egy orvosnövendék kérvényében Esztergom-megyéből olvassuk: „Szüleim anyagi helyzete nem olyan elnyűs, hogy betegségem gyógyítása végett el tudnának engem más, nagy költséggel járó gyógyító-intézetbe küldeni, de az előirt 4 korona ápolási díjat atyám pontosan fogja befizetni.”

Sepsi-Szt.-György-ről írja egy férfibeteg az ő kérvényében: „Miatán anyagi helyzetem magán-sanatorium felkeresését nem engedi meg, családost voltom azonban egyenesen reám parancsolja, hogy egészségemet lehetőleg helyreállítsam, azon tiszteletteljes kérelemmel fordulok Nagyméltóságodhoz, minte humánus intézmény elnökéhez, méltóztassék nekem ehhez a lehetőséget megadni az által, hogy az Erzsébet tudó-betegek sanatoriumába való felvételemet napi 4 korona ápolási díj mellett engedélyezni kegyeskedjék.”

S ilyen kérvény érkezik egy esztendőben száz és száz.

közül 12 esetben a visszahelyezés sikerrel végeztetett. Czombsérveknél és kis lágycsérveknél a taxis csak az első 24 órában tekintett megengedhetőnek, nagyobb lágycsérveknél a második, sőt még a harmadik napon is.

O. Lanz (Weg mit der Taxis! Münchener med. Wochenschrift, 1902. 5. szám) *Félre a taxis!* című cikkében nem épen kis sorozatát mutatja be azon eseteknek, amelyekben a taxissal járó, azt követő kiszámíthatatlan, kellemetlen és életveszélyes esélyek felléptek. Ismételt küldtek hozzá sérvtetegeket, a kiknél már a betegek által visszahelyezési kísérletekkel maltrált kizárt bél az orvosilag foganasított visszahelyezés által súlyosan megsérült és a hasürbe egy már üszkös bélkaes reponáltatott vagy ilyenl tömeges visszahelyezés végeztetett. Ezek alapján Lanz tehát azon kérdést veti fel, vajjon a sebészi technika jelenlegi kifejlődöttsége, az aseptikus sebkezelés biztonsága mellett a taxis valóban ez idő szerint az orvostudomány állásának megfelelő beavatkozást képez-e s vajjon nem volna-e biztosabb és helyesebb minden kizárt sérv esetében, mely orvosi beavatkozást igényel, azonnal lehetőleg gyökeres sérvmütéttel egybekötött sérvmetszést végezni.

D. Ssolouow (Ueber Darmblutungen bei eingeklemmten Brichen. Russ. chir. Archiv, 1902.) egy esetről referál, hol a beteg által sikertelenül, erőszakosan végzett visszahelyezési kísérletek után hányás és véres hasmenés következett be. A következő napon végzett sérvmetszést ismét bélvérzés követte; beteg azonban meggyógyult.

G. Hajen (Ueber die Zulässigkeite der Taxis bei Brucheinklemmung. Inaug.-Dissert. Kiel, 1902.) a visszahelyezés veszélyeiről értekezik és leír egy esetet a kieli sebészi klinikából, hol átfűrdési peritonitis lépett fel a repositio után, nemkülönben egy tömeges visszahelyezési esetet. A taxissal szembeállítja a sérvmetszés relatív veszélytelenségét 21 kizárt sérv esetében, mely 1901-ben került a kieli klinikán sebészi gyógykezelés alá. A sérvmetszésnek az a nagy előnye van, hogy a betegek túlnyomó része a radicaloperatio foganasítását követően tényleg megszabadul sérvétől. Mindennek dacára azonban a taxis szerinte mégis egyes esetekben érvényben marad, t. i. munkásoknál, kik családapák, de betegpénztárnak nem tagjai. Itt meg lehet próbálni a visszahelyezést, ha sebészi szempontból ellenjavallat nincs, a mennyiben annak sikeres végeztével az illető rögtön munkaképes állapotban vannak és a herniotomiával kapcsolatos kórágy költségeitől megkíméltetnek. (Ref. Centralblatt f. Chir. Moser.)

Hilgenreiner már idézett jelentésében előadja, hogy a 800 műtét sérv közül a taxis 64 esetben sikerhez vezetett, egyetlen alkalmasított esetben sem volt eredménytelen; ellenben a kóródára visszahelyezési kísérletek után behozott betegeknél 8 repositio en bloc, egy sérvtömlőrepedés és egy herésszűzadás fordult elő.

König már e helyt szintén idézett cikkében alapelvül állítja fel, hogy inkább végezzünk egy herniotomiával többet, mint egy taxissal. Teljesen elkerülendő a taxis üszkösödésnél, szűk sérvkapuval rendelkező sérveknél és gyorsan beálló heves kizáródási tüneteknél. A lege artis végzett visszahelyezés jogosult elgyengült öreg embereknél, kiknél a narcosis után könnyen szokott tüdőgyulladás fellépni.

A felsoroltakból láthatjuk, hogy mily veszedelmeket rejt magában a repositio, miért is az csupán friss és semmiképen sem komplikált, tiszta esetekben, melyekben különben is sebészi tekintetben a visszahelyezés nincs ellenjavallva, a legkiméletesebb alakban megengedhető és ha az első kiméletes visszahelyezési kísérletek eredményhez nem vezetnek, a sérvmetszés azonnal foganasítandó. Az erőszakos manipulációkkal végzett repositio egyszersmindkorra a kizárt sérv terápiájából ki van zárva. Örvedetes tény különben, hogy a fiatalabb orvosi generatio a sérv repositioalis terápiájából évről-évre kevesebbet hall, de még kevesebbet lát, mivel a herniotomia veszélytelensége és a hozzáfűzött radicaloperatio a taxisnak jogosultságát, szükségességét mindinkább szűkebb határok közé szorítja, remélhető tehát, hogy a brutális, az erőszakos taxis, mely az antiseptikus korszak előtti időkből származott át, nemsokára a sebészi gyógyászatok sorából végkép el fog tűnni a kizárt sérvben szenvedők nem csekély javára.

Az üszkös sérvek kezeléséről is találunk több hasznavehető adatot előkelő sebészek intézeteiből. Igy *Bundschuh* már idézett munkájában *Czerny* kóródájából megjegyzi, hogy náluk már több év óta a bél elsődleges csonkolása képezi az üszkös sérvek gyógykezelésénél a rendes eljárást (Normalverfahren); az anus praeternaturalis csupán a legsúlyosabb esetekben jön alkalmazásba, 44 üszkös sérv esetében 22-szer állott be halálozás. Az elsődlegesen csonkolt esetek halandósága 33%, az anus praeternaturalissal kezelték 71%-ot tett ki.

*Zahradnický* (Sbornik klinický III. évfolyam. A bél elsődleges csonkolása kizárt üszkös sérveknél.) 76 kizárt sérvé közt 14 volt üszkös (18.4%); 10 esetben primaer csonkolást végzett bélvarrattal és mind a 10 esetben gyógyulás állott be; a többi 4 esetben anus praeternaturalist alkalmazott és mind a négy meghalt. A műtét mód megválasztásánál minden exclusiv álláspontot elvet; helytelen dolog volna minden esetben kizárólag vagy csonkolást bélvarrattal vagy csak anus praeternaturalist végezni; a középut a legjobb. Szerző következőleg jár el: ha a kizáródás nem régóta tart, a szív működés jó, magasabb fokú meteorismus, peritonitis, kiterjedt stercoralis phlegmone hiányzik és a bélkaesok hűdést nem mutatnak, ha könnyen kiüríthetők és technikai nehézségek nincsenek jelen, akkor kedvező hygienikus viszonyok közt az elsődleges csonkolást végzi bélvarrattal; ellenkező esetben az anus praeternaturalist alkalmazza, a mennyiben az egyes tünetek fontosságát mérlegeli. Kétes esetekben kihelyezi a gyanus bélkaesot és 24—48 óráig vár: ha a bél magához tér, visszahelyezi, ellenkező esetben csonkol és bélvarratot végez.

*Mikulicz* klinikáján *Rothe* már idézett jelentése szerint a primaer

csonkolás szintén a rendes eljárást képezi az üszkös sérvek kezelésénél és pedig a hozzavezető bélszár alapos kiürítése után egyszerű körkörös bélvarrattal, a hassebet egyelőre tamponálja és esetleg másodlagosan egyesíti. A halandóság üszkös sérvnél 54.28%-ot tett ki.

*König* a már szintén e helyt ismételt jelzett cikkében a *Petersen* által az anus praeternaturalis veszélyei (periherniás phlegmone, a bél persistáló hűdése és inanitio) miatt ajánlott primaer csonkolást elveti, mert a sártömegekkel túltömött és falában a tágulás következtében bántalmazott hozzavezető bélrészlet varratra nem alkalmas. Ily körülmények közt, hogy egészségesben varrhassunk, szükséges volna igen sok belet csonkolni, eltávolítani, teljesen eltekintve attól, hogy a határ, melynél az ép bél kezdődik, nehezen határozható meg. Ily esetben kitűnő szolgálatot tesz a bélkaesnak kihelyezése, akár a bél a priori elveszettnek tekintendő, akár pedig csak elhalásra gyanús. A secundaer csonkolás 2 nap múlva történik. Helyi elhalások, üszkös bélfalsérvek a csonkolást írják elő; az üszkös helynek betüremkedése és a felette végzett varrat contraindikált. Azonnali csonkolás csak élesen határolt elhalásnál és kétségtelenül ép hozzavezető bélkaesnál indokolt.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

Gaston Lyon: Pathogénie et traitement des névroses intestinales Paris, Masson et comp., éditeurs.

A 44 lapra terjedő füzet a Critzman szerkesztésében megjelenő „L'oeuvre médico-chirurgical“ legújabb számát képezi. Benne szerző, a ki már hosszabb ideje foglalkozik előszeretettel a bélneurosisokkal, s ezek egyik alakjáról, az enterocolitis muco-membranaceaóról ugyanezen vállalat egy régebbi, négy év előtt megjelent füzetében már értekezett is, különösen az imént említett bántalommal foglalkozik, a bélneurosisok pathogenesiséről és terapiájáról pedig csak nagyon röviden, mintegy bevezetéképen emlékezik meg. A nagy irodalomismeretre és bő tapasztalatokra valló kis monographia élénken és értelmesen van megírva; nagyon világosan domborodik ki benne szerző helyesnek látszó, újban mindinkább tért hódító nézete, hogy az enterocolitis muco-membranacea tulajdonképen egy neurosis, a sympathicus irritatiojának következménye, a mely irritatio okai részint helybeliek (appendicitis, főleg idült alakja, azután a méhfüggelék megbetegedései stb.), részint pedig általánosak (neurasthenia). A betegség elnevezése tehát nem helyes, mert tulajdonképeni colitis, vagyis lobos folyamat a coloban nincsen jelen; ennek megfelelően szerző tényleg „entéro-névrose muco-membranée“-nek nevezi a bántalmat. A kezelésben természetesen elsőrendű fontosságú az említett okok ellen való küzdelem; nagy fontosságot tulajdonít szerző a villamozásnak is. Egyébként a gyógyítás nagyon behatóan tárgyalt részleteit illetőleg utalunk magára a füzetre, a melynek áttanulmányozását nagyon ajánlhatjuk, annyival is inkább, mert a szóbanforgó betegség úgy látszik divatossá kezd lenni.

## Lapszemle.

### Bőr-kórtan.

A rosszindulatú daganatok radiotherapiájáról értekezik *Oudin* a párisi „Société de dermatologie“ márcziusi ülésén. Úgy carcinoma, mint sarcoma több inoperabilis esetében a tumorok feltűnő gyors kisebbedését észlelte; mellrák egy esetében teljes gyógyulást ért el.

Eljárása a következő: csöveinek légtartalma 2—5 cm. aequivalens szikrahossznak, a sugarak penetrációképesége felületes affectionál a *Benoist*-féle radiometerrel meghatározva a scala 5—7 számának, mély affectionál 7—10-nek felel meg. A csövet a bőrtől 5—10 cm.-nyire helyezi el, az expositio ideje kezdetben 2—4 perc, minden következő ülés tartamát  $\frac{1}{2}$  perccel hosszabbra veszi mindaddig, míg erythema jelentkezik.

Összes sarcomás és rákbetaegetinél 3—4 expositio után levertség, étvágytalanság, hányás, hasmenés, köhögés, gyenge láz jelentkezett, úgy hogy toxinresorptioa lehetett gondolni. A tumorok — a nem exulceráltak is — hirtelen kisebbedése azonban valószínűvé teszi, hogy maguk az álképletet alkotó sejtek szívódtak fel. (Sectioról és histologiai vizsgálatról nincs szó!) A sugárzás kihagyásával e tünetek rövid idő alatt elmúlnak. Ha azonban a felszívódott anyagok eliminálására időt nem engedünk, a sugárzást folytatva *parallel az álképlet kisebbedésével* súlyos visceralis tünetek és miliaris generalisatio jelentkeznek. Három betegénél (1 carcinoma mammae, 2 sarcoma), kiknek általános állapota a kezelés megkezdése előtt kitűnő volt, a tumor gyors visszafejlődésével *hirtelen* kintő köhögés, icterus kíséretében *cachexia* mutatkozott, és egy hónapon belül beállt az *exitus lethalis*.

Nagy, voluminosus tumoroknál ez okból óvakodnunk kell az erélyes sugárzástól, esetleg *Morton* ajánlatára a hozzáférhető részt operative távolíthatjuk el. (Annales de dermatologie, 1904. márczius.)

*Kollarits* dr.

*Psoriasis vulgaris* 300 esetben *Lassar* a *Dreuw* által ajánlott kenőcsöt alkalmazta, melynek összetétele a következő: Rp. Acid. salicylicum 10.0, Chrysarobini, Ol. rusei aa 20.0, Vaselin. flav., Sap. kalin. aa 25.0. A bekent helyeken vastag, fekete pörk képződik, melynek leválása után a psoriasis-efflorescentia helyén sima, normális bőr látható. Noha a kenőcs igen energikusan ható szereket tartalmaz, dermatitist igen ritkán okoz. Az eljárás gyors, nem költséges, egyszerű és veszélytelen. (Dermatol. Zeitschrift. 1904. 5. f.)

*Kollarits* dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A fersant kiterjedten használta *Ehrmann* (Berlin) anaemia, chlorosis neurasthenia, rhachitis eseteiben, továbbá febrilis betegségekben, reconvalescenciában, senilis jelenségek ellen. Kiemeli, hogy egy vas-, illetve tápkészítménnyel sem ért el még oly gyors javulást; különösen fel-tűnő a fersant étvágyjavító hatása. Többnyire 6 grammot adott napon-ként 3-szor, rhachitikus gyermekeknek pedig 2-3 grammot szintén 3-szor naponként. (*Therapeutische Monatshefte*, 1904. márczius.)

Hetolkezeléssel gümőkór eseteiben elért eredményeiről számol be *Brasch* (Berlin). Összesen 52 beteget kezelt hosszabb időn át hetol-befecskendésekkel Landerer tanár módszere szerint. A I. csoportba (láztalan állapot, kis terjedelmű tüdőbeli elváltozás, elég jó tápláltság) 28 beteget tartozott; ezek közül teljesen gyógyult 9, teljesen munkabíró pedig 8; a többi részint abbahagyta a kezelést, részint még keze-lés alatt áll javult állapotban. II. csoportbeli (láztalan állapot, kiterjedt tüdőbeli elváltozások, részben cavernákkal, tetemesen márként táplál-tás) beteget 7 volt; ezek közül 1 teljesen meggyógyult, 4 teljesen munkabíróvá lett, 2 pedig abbahagyta a kezelést. A III. csoportba (állandó láz, előrehaladt tüdőbeli elváltozások, rossz általános állapot) 8 beteg volt sorozható; ezek közül 1 teljesen munkabíróvá lett, változatlan maradt 1, meghalt 1; a többi abbahagyta a kezelést. Végül a IV. csoport (galoppozó sorvadás) 9 beteget közül 1 teljesen munkabíróvá lett, 1-nek állapota változatlan, 7 pedig meghalt. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1904. 9. szám.)

Duotal használata kanyaróban. Tekintettel azon kedvező ered-ményekre, melyeket lázas heveny hörghurut esetében *Paton* duotalal elért, kísérleteket tett e szerrel kanyaró eseteiben is, remélve, hogy az ilyenkor úgyszólván állandóan jelenlevő hurutját a légutaknak kedvezően befolyásolhatja, sőt esetleg súlyosabb légzőszervi bántalmaknak is elejét veheti. Az eredmények teljesen megfeleltek a várakozásnak s azért szerző ajánlja, hogy kanyaró eseteiben azonnal rendeljünk duotalt és ennek használatát folytassuk mindaddig, míg a láz meg nem szűnt. (*The lancet*, 1903. november 21.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1904. 17. szám. *Mezei Lajos*: Konyhasós infúziók a psychiatriában. *Rudas Gerő*: A csapfog egy változata *Erőss Gyula*: A scarlatináról.

**Orvosok lapja**, 1904. 16. szám. *Adler Oszkár*: A magas fogóról. *Kemény Ignác*: Fertőző és ragályos betegség-e az angina catarrhalis és az angina lacunaris?

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 16. szám. *Veszprémi Dezső*: Vele-született gümőkór egy esete. *Székelly Ádám*: A védhímlőoltásról. *Ádor Lajos*: Adatok a gyomor elválasztási zavarainak kór- és gyógytanához, különös tekintettel a diéta gyógyításra. *Gescheit József*: A tüdőtuber-culosis diatetherapiájának általános irányelveiről, különös tekintettel az Erzsébet királyné-sanatoriumban divó diatetikai kezelésre.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 16. szám. *Kapsamer*: Vese- és hólyaggümőkór öt gyógyult esete. *Lazar*: A polynuclearis leukocyták secretioja. *Szili*: Újabb vizsgálatok a terhességi eklampsiára vonatkozólag. *Matzenauer* és *Brandweiner*: Keratosis palmaris artificialis. *Stein*: Ipari dermatosis üvegeseknél.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 17. szám. *Presslich*: Adat a kórödzés ismeretéhez emberben. *Dominicis*: Latens syphilis. *Hofbauer*: Adat a lázdyspnoë tanához. *Schmeichler*: Szembajok simulá-lása. *Baracz*: A sebészeti technika az Egyesült-Államokban.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 17. szám. *Milner*: Hyperalgesias zónák a nyakon a fej lövésű sérülései után. *Krebs*: Lokális hidegalkalmazás befolyása a szív-működésre. *Glaessner* és *Sigl*: Organo-therapiás kísérletek pankreasbetegségben. *Lippert*: A szívhátárokat meghatározó eljárások javítása. *Ascher*: Értünk-e el eredményeket a gümőkór ellen való küzdelemben?

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 17. szám. *Cursch-mann*: Szokatlan lefolyás és hirtelen halál typhusban. *Hoffmann*: A sziv vizsgálata. *Trendelenburg*: A főregnyújtványból kiinduló peritonitis műtévesének eredményei. *Zueifel*: Az intrauterin injecciónok veszélyei. *Klien*: A nyelőizomzat folyton tartó rhythmusos görcsei. *Sattler*: A rövidlátóság kezelésének alapelvei. *Barth*: Otitis externa ulcerosa. *Rille*: A vagina és a portio vaginalis syphilitis elváltozásai. *Soltmann*: A fertőző betegségek kezelésének alapelvei a gyermekkorban. *Till-manns*: A veleszületett sacralis daganatok keletkezése, különös tekintettel a spina bifida cysticára. *Perthes*: A Röntgen- és radium-sugarak befolyása a sejtosszításra. *Külliker*: A pleuritis és empyema okozta scoliosis megelőzése és kezelése. *Klein*: A gyermekkori croupus meg-betegedések casuistikájához.

**Centralblatt für innere Medicin**, 1904. 16. szám. *Heitler*: Hang, szag és íz okozta pulzusváltozások.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1904. 14. szám. *Bakes*: Új módszer az idült nephritis sebészeti kezelésére. *Rydygier*: A kezek asepsise az operatio közben. *Schücking*: Intravenosus infusio.

**Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten**, 38. kötet, 2. füzet. *Meyer*: Heveny és idült alkohol-psychosisok. *Kalberlah*: A heveny commotiós psychosis, egyúttal adat a Korsakow-féle tünetesoport aetiologiájához. *Orloff*: A genuin epilepsia kórbonczana. *Tschirjew*: Hemian-opsia teljesen gyógyult esete. *Rosenfeld*: Enderarteriitis multiplex sclero-

sisban. *Lemke*: A regeneratio folyamata peripheriás idegekben. *Bratz* és *Falkenberg*: Hysteria és epilepsia. *Henneberg*: Idült progressiv encephalo-malacia és megjegyzések a keményszájpad-reflexről. *Kronthal*: Ideg-sejtek és psychosis.

**La semaine médicale**, 1904. 16. szám. *Munch*: A typhus-bak-teriuria és ennek jelentősége a typhus terjesztésében.

**Le progrès médical**, 1904. 16. szám. *Beni-Barde*: A hydro-therapia szerepe a typhus kezelésében.

**Archives générales de médecine**, 1904. 12. szám. *Renault* és *Barthélémy*: Staphylococcus okozta pyoseptihaemia. *Cange*: A bázisigból 21 nap mulva természetes úton eltávolított idegen test.

**Bulletin général de thérapeutique**, 147. kötet 11. füzet. *Roger*: Profus vérzéssel járó végbélelőlésés műtéttel meggyógyított esete.

**The lancet**, 1904. I. 16. szám. *J. Herbert Parsons*: A látás neurologiája. *L. Bathe Rawling*: Koponyatörések. *T. K. Mouro* és *A. N. Mc Gregor*: Fájdalom-, duzzadás- és vérzés-rohamokkal járó idült neurosis. *Ch. W. Buckley*: Neuritis brachialis. *J. Hutchinson*: Az 5. agyideg második ágának intracranialis resectioja epileptiform neuralgia miatt. *R. Cathcart Bruce* és *Kenneth F. Lund*: Myelopathiás albumosuria. *H. G. Plimmer*: A rák kezelése radiumbromiddal. *W. M. Willoughby*: A fájdalom helye visceralbajokban embryologiai szempontból. *H. Bayon*: Intrauterin eretinisimus. *E. F. Coghan*: Gyors gyógyulással végződött pneumothorax. *A. E. Kennedy*: Contrecoup okozta koponyarepedés. *A. H. Bostock*: Az ischias kezelése. *W. Billington*: Spina bifida szokatlan alakja. *Lawford Knags*: Epeköbetegség érdekes esete. *J. Cleasby Tay-lor*: Gangraenás sérv miatt végzett enterectomia.

### Hetiszemle és vegyések.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1904-dik év 14. hetében (1904. április 3-dikétől április 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katoná 16,481, összesen 813,399. Elveszületett 443 gyermek, elhalt 368 egyén, a szüle-tések tehát 103-al multák felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra: 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.2, az egy éven felüli lakosságnál: 19.9, az öt éven felüli lakosságnál: 16.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykéreg 4, gümős agy-kéreg 8, agyguta 10, rángöröcs 9, terjedő hűdés 6, hátgerincezsorvadás 1, szívbaj 19, höröglob 0, tüdőlob 8, hurutos tüdőlob 36, mellhártyalob 4, tüdővész 76, tüdőleégdag 7, bélhurut 7, májbajok 0, hashártyalob 2, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 20, gyermekaszály 1, aggaszály 13, rák 5, méhrák 3, egyéb álképlet 6, gümős bajok 4, kanyaró 1, vörheny 7, áh. gégeglob 3, roncóló toroklob 8, hőkhurut 2, gyermekágyi láz 4, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett buja-kór 0, szerzett bujakór 1, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 1, baleset 9, erőszakos, kétes I. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi tükzörházakban. A mult hét végén volt 3289 beteg, szaporodás 949, csökkenés 761, maradt e hét végén 3405 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult beteg-e-dések voltak 1904. évi április 3-dikétől április 9-dikéig terjedő 14. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 146 (161), vörheny 71 (56), áh. gége- és roncóló toroklob 34 (51), hőkhurut 15 (23), gyermek-ágyi láz 3 (2), hasi hagymáz 0 (5), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bány-himlő 18 (19), vérhas 0 (0), orbáncz 20 (20), járv. agy-gerincezagykérlob 0 (0), járv. fültömrigylob 14 (11), trachoma 1 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Kinevezés.** A kolozsvári állami gyermekmenhely másodorvosi teendőinek ellátásával a belügyminister *Szendeff Ida* dr.-t bizta meg. *Kerekes Pál* és *Bassa Ignác* dr.-okat, a közegészségügyi osztály segéd-titkárait a belügyminister közegészségügyi segédfelügyelőkké nevezte ki.

**Buday Kálmán** dr.-t, a kolozsvári egyetem ny. r. tanárát az igazságügyi miniser a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjává újabb 3 évre kinevezte.

○ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választották meg: **A II. számú anatómiai intézet-hez:** Tóth Zsigmond dr. I. tanársegéddé, Láng Kornél II. tanársegéddé, Lükő Géza díjas gyakornokká. **A törvényszéki orvostani intézethez:** Gyulay Elemér dr. I. tanársegéddé, Bender Béla dr. II. tanársegéddé. **Az I. számú belklinikához:** Morelli Gusztáv dr., Kentzler Gyula dr., Engel Károly dr. díjtalan gyakornokokká. **A szemklinikához:** Genersich Margit díjas gyakornokká. **Az elmekörtani klinikához:** Hudovernig Károly I. tanársegéddé, Reiter Kamillo dr. II. tanársegéddé, Pétzy-Popovics Uros díjas gyakornokká. **A bőrkörtani intézethez:** Poór Ferencz dr. I. tanársegéddé (megh.), Guszman József dr. II. tanársegéddé (megh.). **Az idegkörtani klinikához:** Hammer Dezső dr. díjas gyakornokká (meg-hossz.). **A II. számú női klinikához:** Kubinyi Pál dr. I. tanársegéddé (meghosszabbítás).

△ **Tisztiorvosi képesítések.** Az 1904. évi, Kolozsvárt márczius hó 20-22-dikéig, Budapesten márczius hó 26-dikétől április hó 8-dikéig megtartott tisztiorvosi vizsgákon a következők nyertek tisztiorvosi képesítést: I. Kolozsvárt. 1. Kitünően képesített: Pataky Zoltán egyetemi tanársegéd, Kolozsvár. 2. Képesített: Csávásy Zoltán kör-orvos, Zsiberk; Fábinyi Rudolf egyetemi tanársegéd, Kolozsvár; Gál Arthur körorvos, Kurtya; Leonhardt János kórházi másodorvos, Seges-vár; Petri Mihály kórházi orvos, Nagyszeben; Rozer János körorvos,

Gyergyóremete; Szilágyi György egyetemi tanársegéd, Kolozsvár; Técsi Ferencz körorvos, Szinérseg és Verzár János körorvos, Oravicabánya. II. Budapesten. Képesítették: Blasiel Mario kórházi orvos, Fiume; Csengery Kálmán kórházi segédorvos, Budapest; Dezső Antal községi orvos, Kondoros; Dómonkos Géza klinikai gyakornok, Budapest; Duschnitz Soma körorvos, Bossács; Erdélyi Jenő kórházi segédorvos, Győr; Gyulai Elemér tanársegéd, Budapest; Iványi Mór magánorvos, Nagybeeskerek; Jachmann Ede kórházi gyakornok, Budapest; Joob-Fancsali Aladár klinikai gyakornok, Budapest; Kajszen József kórházi gyakornok, Budapest; Kemény Zsigmond bábaintézet tanársegéd, Ungvár; Kertész Samu körorvos, Sasvár; Lobstein Leó klinikai gyakornok, Budapest; Lutter Károly klinikai gyakornok, Budapest; Lükő Géza magánorvos, Szatmár; Molnár Hugó magánorvos, Sárospatak; Molnár Gyula gyakorló orvos, Szoboszló; Nagy Lajos körorvos, tb. járásorvos, Szob; Neumann Manó körorvos, Lugos; Ondrejicska György kórházi orvos, Pozsony; Perényi Vilmos kórházi segédorvos, Budapest; Pollák Ignác kórházi gyakornok, Budapest; Pollakovits Antal körorvos, Malaczka; Prasszer Tivadar kórházi orvos, Budapest; Roediger Béla körorvos, Acsa; Rudnean Tomán körorvos, Sistarovecz; Schmidl Manó kórházi gyakornok, Budapest; Schroeder Gyula magánorvos, Győr; Schwarcz Mór kórházi orvos, Budapest; Strausz Zsigmond kórházi orvos, Miskolc; Sztójka Viktor körorvos, Szentgotthard; Tisu Tiberius körorvos, Brád; Visnyei János körorvos, Lajtaszentmiklós; Wallner Antal körorvos, Királyhida és Wallner Emil kórházi segédorvos, Budapest.

— **Diszdoctorok.** Sikor József győrvárosi gyakorló orvos és Schön Leo dr. szepesváraljai gyakorló orvos, Szepes-megye tb. főorvosa részére felavattatásuk 50 éves évfordulójára alkalmából az egyetem orvosi facultása jubilaris diszoklevelet állít ki.

— **Az országos balneologiai egyesület pályatételei.** a) *Pályakérdés.* Az országos balneologiai egyesület a tudományos balneologiai kutatások fellendítése végett 500, azaz ötszáz korona jutalmát tűzi ki a következő kérdések megoldására: *Miképen alkalmazható az oldatok új elmélete — Vant'Hoff és Arrhenius tételei — az ásványvizek élettani és gyógyhatásának értelmezése? Vizsgáltassék különösen a concentratio befolyása az élettani és gyógyhatásra és tétesszen kísérletek a fenti elméleti alapon az itt mutatókozó különbségek értelmezésére.* A jelű levélkével ellátott pályamunkák 1904. évi december 31-dikéig a balneologiai egyesület főtitkári hivatalához küldendők be; a jutalomdíj az egyesület 1905. évi közgyűlésén fog kiadni. b) *Hírlapi cikkek díjazása.* Bosányi Béla dr. kir. tanácsos az országos balneologiai egyesületnek száz koronát boesított rendelkezésére oly cikkek díjazására, mely a következő kérdést tárgyalja: *„Milyen a gyakorlatban könnyen követhető módszerekkel érhető el a hazai gyógyfürdők részéről a magyar orvosi kar bizalma? Pályázó cikkek 1904. évi december hó 31-dikéig a balneologiai egyesület főtitkárához küldendők be; az egyesület igazgató-tanácsának két tagja fogja azokat megírni. A kitüntetett cikkek a „Budapesti Orvosi Ujság” „Fürdő és Vizgyógyászat” című mellékletében fog közzététetni. Budapest, 1904. évi április hó 24-dikén. Az országos balneologiai egyesület főtitkára.*

— **A balneologiai congressus** nevében *Taufer Vilmos* dr. egyetemi tanár vezetésével husztagú küldöttség tisztelettel *Tisza István* gróf miniszterelnöknél, arra kérve a miniszterelnököt, hogy tárgyalassa a régóta megígért fürdőtörvényjavaslatot és állíttasson össze a hazai fürdőkről és ásványvizekről kimerítő, államilag szerkesztett törzskönyvet. A miniszterelnök azt válaszolta, hogy még eddig nem jutott ideje a kérdés elintézésére, de jóindulattal van a dolog iránt s a legrovidebb idő múlva intézkedni is fog.

— **Felhívás!** Tisztelettel felkérjük azon orvsnövendék tanuló-társainkat, a kik velünk együtt végezték az 1878/79. tanévben Budapesten az orvosi tanfolyamot és a kiknek nem tudván tartózkodási helyét, nem tudunk levelet küldeni, méltóztassanak tudomásul venni, hogy egymásnak tett ígértenkhöz képest folyó évi május hó 15-dikén tartjuk 25 éves évfordulóját annak, hogy egyetemi tanulmányainkat befejeztük.

Kérjük tehát ez úton szíves megjelenésüket az alulírottak bármelyikénél bejelenteni, hogy programot küldhessünk. Budapest, 1904. április 27.

Szívélyes üdvözléssel *Bókay Árpád* dr., *Havas Adolf* dr., *Tóth Lajos* dr.

— **Lakásváltoztatások.** *Alapi Henrik* dr. egyetemi m. tanár, a Bródy Adél-gyermekkorház sebészfőorvosa május 1-jétől V., Szabadságtér, Honvéd-utca 3. sz. alatt lakik. *Pieker Rezső* dr. május 1-jén IV., Eskü-tér 6. sz. a. költözött.

— **Füldőorvosok.** *Kelen István* dr. füldőorvosi működését Karlsbadban újból megkezdette.

— **Fodor József emléksobrára** eddig 4783 kor. 57 fillér gyült össze. Adományokat *Elischer Gyula* dr. egyetemi tanár (IV., Petőfi-tér 1. szám) köszönettel fogad.

— **A budapesti Stefánia-szegénygyermek-kórházegylet** vasárnap, április hó 24-dikén tartotta 65-dik évi rendes közgyűlését gróf *Zichy Ágost* v. b. t. t. elnöke alatt. A közoktatásügyi és belügyi kormány, valamint a főváros törvényhatóságának képviselőitől hivatalosan megjelenteken kívül az élénken látogatott közgyűlésen ott voltak többen az orvosegyetemi tanári kar tagjai közül. *Bókay János* egyetemi tanár kórházigazgató *Morlin Imre* és *Török József* elhalt alelnökökről tartott emlékbeszédében megismertette a kórház és ezzel összefüggésben a

hazai gyermekgyógyászat történetének emlékeit is. A közgyűlés napján megjelent kórházi évkönyv adataiból a következőket idézzük:

A Stefánia budapesti szegénygyermek-kórházban 1903. év folyamán 20,101 beteg gyermeket gyógykezelték, közülök 18,656 mint ambuláns látogatta az intézetet. A kórházhoz csatolt magyar királyi országos központi védhímlő oltóintézetben 655 gyermeket oltottak hímlo ellen. A kórház működését az utóbbi években különösen a gyermeksebészet felkarolása jellegzi. Az év folyamán átalakított műtőteremben 1418 műtétet végeztek. A fertőző osztályok közül a diphtheria-pavillonban 249 diphtheriás beteget kezeltek serumtherapiával. Ezekkel a serum-esetek száma 2128-ra emelkedett. A kórházban gyógykezelt diphtheriások halálzási arányszáma 17.44%-ot tett ki, a műtetre nem kerültek 9.55%-ot, a műtettek 31.64%-ot. Scarlatinás betegek közül 12-t *Escherich* és *Paltauf* tanárok szíves előzékenysége folytán Moser-féle polyvalens vörhenystreptococcus-serummal gyógykezelték. Ezen kísérletekről Bókay János tanár az orvosegyesületben tartott és lapunkban már közölt előadásában úgy nyilatkozik, hogy eredményei alapján bizalommal néz a jövő gyógykísérleteinek sora elé.

A Stefánia-gyermekkorházban tartott egyetemi előadásokat 127 orvsnövendék látogatta. A nyilvános orvosi rendeléseken 40 orvos és szigorló orvos vett részt.

— **A pestis.** Indiában a márczius 12-dikétől márczius 19-dikéig terjedő héten 40,527 pestis haláleset fordult elő.

— **Högyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. márczius havában 231 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (214 magyarországi, 9 horvát és szlavonai és 8 boszniai és hercegovinai) nyert antirabikus védőtást. 213-at eb, 9-et macska, 5-öt sertés, 3-at tehén és 1-et nyúl inficiált. Egyetemes folyószám: 23,227, évi folyószám: 679. Haláleset e hóban nem fordult elő.

— **Schermann Adolf** dr. a fő- és székvaros tiszti főorvosa, kinek Budapest egészségügye igen-igen sokat köszönhet, elhunyt. Schermann 1842-ben született Tétényben. Tanulmányait Budapesten és Bécsben végezve, 1867-ben telepedett meg Pesten mint gyakorló orvos. A főváros egészségügyének szolgálatába 1877-ben lépett. A nevéhez fűződő alkotások közül talán legfontosabb az 1892-iki cholera alkalmával létesített fertőtlenítő intézet, de sokat lendített ügybuzgalma a főváros vízvezetésén, csatornázásán, iskolaegészségügyén stb. is. Erdemei elismerésül nevezték ki az országos közegészségügyi tanács rendes tagjává, s kapta a királytól a Ferenc József-rendet.

— **Megjelent.** A szinnye-lipőci Salvator-forrás jelentősége. — A Félix-fürdő prospectusa. — A Szt. László- (püspök) gyógyfürdő Nagyvárad mellett — A „hajléktalanok menhelye” egyet igazgatóságának számadó jelentése az 1903. évről. — Bártfa gyógyfürdő. — Stóosz gyógyfürdő. — A „Stefánia” pesti szegénygyermekkorház-egylet évkönyve 1903-ról. — *Cornet*: Die Entstehung der Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der v. Behring'schen Lehre. Münch. med. W. 1904. — *Barber-Schestauber*: Die Buchführung im Apothekenbetriebe. Hartleben. Wien-Leipzig, 1904. — *Herrenknecht*: Äthylchlorid und Äthylchloridnarkose. Thieme. Leipzig, 1904.

— **„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.”** Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

— **„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

— **Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.** Telefon 697.



**Téli fürdőkúra**  
a Szt.-Lukácsfürdőben

**Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások,** mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olesó és gondos ellátás. **Csúszköszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**

**Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)** dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, belbántalmak, fejfájás, csúsz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: **Régh Béla dr.**

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet**  
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamosítás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** Budapesti kir. Orvosegyesület, (XV. rendes tudományos ülés 1904. évi április hó 23-dikán.) 277. l. — Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (109. ülés 1904. január 10-dikén.) 279. l.

### Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1904. április 23-dikán.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző: **Benedict Henrik.**

#### Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris újabb esete.

**Grósz Gyula:** A 16 hónapos izr. vallású leánygyermeket anyja folyó hó 14-dikén mutatta be a Bródy Adél-gyermekkorház belgyógyászati osztályán. Ez a 6-dik gyermeke. Az egyik gyermek körülbelül 1 éves korában halt meg, az orvosok állítása szerint „vizeje” volt; a többi négy gyermek él és egészséges. Családjukban, sem az ő, sem a férje családjában tudomása szerint sem ideg-, sem elmebántalmak nem fordultak elő. Az anya nagyatyja és az apa nagyanyja testvérek voltak. Ennek a gyermeknek a születése rendes volt. Anyja szoptatta. Azt állítja, hogy a gyermek igen szépen fejlődött, sőt túlkövér volt. 3–4 hónapos korában a gyermek gögicsélt, frissen nézett, a tárgyak után nyúlt és a csörgővel is játszott. Csak később, 5–6 hónapos korában vette észre, hogy a gyermek már nem teszi a rendes gyermek benyomását, szellemileg nem fejlődött, felültetni nem lehetett, sőt végtagjai időnként egészen megmeredtek. Nyolcz hónapos korában elválasztotta; azóta a gyermek állandóan fogy, környezete iránt teljesen részvétlen. Körülbelül 4 hónappal ezelőtt állítólag influenzás tüdőgyuladást állott ki.

A korához képest fejlődésében tetemesen visszamaradt gyermek csontrendszere angolkóros elváltozásokat mutat (nagyobb koponyadudorok, kutacs nagy tallérnyi, mérsékelt epiphysarius megvastagodások). Fejkörfogát 47 cm. Bitemporális átméret 12, fronto occipitális 15, biparietális 12.5 cm. A mellkas kissé összenyomott, körfogata a hónalj magasságában 46 cm. A bürallati kötőszövet zsírszegény. Az izmok petyhüdték.

A gyermek apathiában fekszik, hátraszegett fejjel s a távolba meredő tekintettel. A gyermek végtagjai többnyire spastikus merevségben kinyújtott helyzetben vannak, a mely spasmust időnként a végtagok petyhüdtésége váltja fel. Végtagjaival csak nagyon csekély aktív mozgásokat végez. Ha a gyermekkel foglalkozunk, végtagjaiban a spasmus fokozódik. Ilyenkor a fejét erősen hátraszegzi, fájdalmasan felkiált, az összes végtagjaiban erős, spastikus merevség áll elő, különösen a felső végtagokat abduktált helyzetben tartja. Ezen tetanikus merevség nem tart sokáig, néhány másodperc múlva a gyermek ismét megnyugszik s a spasmust ismét a végtagok petyhüdtésége váltja fel. A gyermek ülni nem képes. Ülési kísérletnél feje előrehajlik, törzse megdőbül. Felemelve fejét előrehajlja, a felső végtagjait behajtott állásban a törzshöz közelítve, alsó végtagjait pedig kinyújtott és sokszor kereszttezett helyzetben, lábait pedig kifejezett egyenes varus-állásban tartja.

Úgy az in-, mint a bőrreflexek tetemesen fokozódtak. Erősebb hangokra a gyermek néha összerезzen. (Hyperacusia.)

Szemvizsgálat. A szemvizsgálat (Mohr) a következőket deríti fel: Mindkét szem felváltva divergálólólag kancsalit, nem állapítható meg, hogy rögzítene. A fényt nem keresi. Mindkét pupilla középtág, fényre renyhén reagál; fénytörő közegek tiszták. Papillák halványak, arteriák szűkek, vénák lumene kissé tág. A papilláktól kifelé a macula lutea táján papilla nagyságú, elmosódott határu fehér folt, melynek közepén meggyipiros petty, a mely a fovea centralist foglalja el.

Az előadottakból tehát látható, hogy a Sachs-féle idiotiának típusos esetével van dolgunk. A Sachs által felállított főtünetek közül a következők vannak jelen: 1. szellemi defectus, a mely már az élet első hónapjaiban jelentkezett és mely teljes idiotiára vezetett; 2. az összes végtagoknak spastikus állapota; 3. a reflexek fokozott volta; 4. teljes amaurosis, a macula luteabeli jellegzetes elváltozás és 5. marasmus.

Hátra volna még a 6-dik főtünet, tudniillik a familiáris jelleg. Ezt ugyan esetünkben határozottan kimutatni nem lehet; van azonban az anamnesisben egy adat, mely talán némi támpontot nyújthatna. Az anya ugyanis azt állítja, hogy egyik gyermeke 14 hónapos korában meghalt, s ez a gyermeke az orvosok állítása szerint hydrocephalusban szenvedett, s tényleg nem is volt az olyan, mint a többi normális gyermeke. Lehetséges, hogy az a gyermek is hasonló bajban szenvedett, mint a most bemutatott.

De még ha a familiáris jelleg hiányzik is, vagyis jobban mondva ki nem mutatható, még akkor is, tekintettel arra, hogy a többi főtünet praegnansan kidomborodik, kell hogy esetünket Sachs-féle idiotiának tartsuk.

A bemutatott eset immár a hatodik, a melyet a kórházban észlelnek. Az előző öt eset arról is nevezetes, hogy beható histológiai vizsgálat tárgyát képezte, a melylyel Schaffer tanár foglalkozott. Nem lehet ezúttal feladata ezen szövettani vizsgálatokra részletesen kiterjeszkedni, csak azon egybehangzó eredményekre akarja a figyelmet felhívni, a melyeket Schaffer talált. A nagy agy kéregállománya majdnem teljesen velőtlen; az agynak egy degeneratív folyamatával van dolguk, mely a különböző esetekben különböző. Az agynak degeneratív folyamatához csatlakozik a gerinczagyé is, így főleg a pyramis-

pályák leszálló degeneratioja, elváltozások az oldalkötegek sejtjeiben, stb.

Tekintettel arra, hogy a Sachs-féle idiotia ritkán előforduló betegség, kötelességének tartotta az esetet az Orvosegyesületnek bemutatni.

**Orbán Rezső:** Kötelességének tekinti az Orvosegyesületnek tudomására hozni, hogy a szóban forgó esetet mult évi november 21-dikén mint myxoedema infantilet mutatott be. A bemutatást követő napon a gyermeket lefénnyképezette, a képeket az akkori állapotról ezennel átnyújtja, melyek feltüntetik a bőrnek akkori duzzadt voltát különösen a mellkas felső részén és a kezeknek vakondtalp szerinti alakulását.

Jelen volt továbbá akkor és még ma is feunállanak a csontrendszernek specifikus elváltozásai, melyeket Siegert és Kassowitz a myxoedemára pathognomikusnak jelez, melyek nem tekinthetők rhachitikusnak mint Grósz mondja.

A gyermeknél elkezdette akkor a thyreoidin-kezelést a Richter által készített praeparatumokkal, a testsúlyt gondosan ellenőrizte és súlyfogyás után pausát tartott. Egy hónapi thyreoidin-kezelésre a bőr myxoedemás duzzanatai teljesen elmúltak. A makacs obstipatio engedett és spontan székürülés jelentkezett. Deczember vége felé az anya önmaga jelezte, hogy a gyermek, ha nevének szólítják, a hang felé tekint és fejét is kezdi emelgetni. Január közepén a gyermeket egy influenza támadta meg, mely négy napig tartó lázas mozgalmal járt. Ezután a gyermek állapota olyan volt, hogy többé nem mért thyreoidint adni. Roboransokkal, arsennel próbált súlygyarapodást elérni, de a gyermek folyton fogyott. A mai állapotot tekintve kétségtelen, hogy a myxoedema tünetesoportját a Sachs-féle kórkép foglalta el. Viszont bizonyos az is, hogy a myxoedema tünetei, ha nem is teljesen kifejezettek, de mégis felismerhetően jelen voltak.

Ezen két kóralak összetalálkozását egy szerencsés vélotlennek tekinti, mely a Sachs-féle kórkép eddig még homályban lévő aetiologiájára is fényt vetet.

Sachs ugyanis az általa egybefoglalt kórképet agykéregbeli hiányos fejlődésre vezeti vissza, mely elváltozásokat Kingdon secundaereknek tart. Mohr tanár alapvető munkájában angioneurotikus zavarokat tételez fel, mely magyarázatot viszont Higier mesterkéltnek minősíti.

Ha szem előtt tartjuk azon ismereteket, melyekkel a pajzsmirigy élettani működéséről rendelkezünk, úgy Mohr tanár feltevését nem fogjuk jogosulatlanak látni.

Azon ellenvétést lehetne tenni, hogy a bemutatott gyermek kapott pajzsmirigykivonatot és feltevéünk tárgyaltan e szerint. A pajzsmirigy mellett ott vannak azonban még az epitheltestecsek a glandulae parathyreoidea, melyeknek szerepéről az emberi szervezetben biztos adataink még nincsenek. Állatoknál, ha csak a pajzsmirigyet irtják ki, lassú cachexia lép fel, míg ha az exstirpatio complet és az epitheltestecsek is kivesszik, úgy gyors lefolyású tetania öli meg az állatot.

**Biell** szerint a pajzsmirigy önmagában belső secretio útján egy az anyagcsereét szabályozó activ nedvet választ ki, míg az epitheltestecsek egy a vérből átvett mérges anyagot közömbösít.

Közelfekvő az elmondottak alapján az a hypothesis, hogy: a myxoedema a pajzsmirigy, míg a Sachs-féle idiota az epitheltestecsek hiányos működésének a kifolyása. Ezen feltevés mindenképen még alapos bizonyításra szorul, úgy állatkísérletek alapján, mint szövettani vizsgálatok segítségével.

**Kétyl Károly:** A gyermek testtartásában feltűnt a végtagok spastikus állása. Előadó azt a pyramispályák degeneratiojának leszálló folyamatából magyarázza, de ebből nem tudná a spasmus fellépését és elernyedését magyarázni, mert pyramispályák degeneratiojánál a spasmus állandó. Itt inkább az agyban lefolyt lobos folyamatnak és ebből keletkezett hydrocephalusnak lehet kifolyása. Ez némileg megengedi a spasmus változását az agy belsejében levő folyadék fluctuatiojából magyarázni.

**Schaffer Károly:** A bemutatott eset kapcsán felemlíti, hogy a Sachs esetek némelyikében durvább elváltozások is találhatók (a Sylvius-árok tágulása). Ezenkívül utal arra a súlyos elfajulási folyamatra, a mely főleg a nagy agy kérgét illeti és a mely körülmény az idiotia magyarázatát adni képes.

#### Rhinolith okozta epilepsiás rohamok.

**Láng Kornél:** M. K., 16 éves fiúnál, 2 éves kora óta baloldali genyes orrfolyás áll fenn, több éve csaknem állandó fejfájásban szenved, nagy fájdalmi vannak a bal orrgyök táján. Három-négy év óta hetenként egy-két epilepsiás rohama van. 1903. november 5-dikén a bal középső orrjárat tetejéből a rostacsont állományába beékelődött rhinolithot távolított el, melynek magvát egy eseresznyomóg képezte. Az orrkő extractioja óta a rohamok megszűntek, bizonyítékául annak, hogy az epilepsiás rohamot az orrból volt idegen test okozta és pedig vagy a trigeminus izgatása által reflectorice (mely esetben reflex-epilepsia volt jelen), vagy pedig az agykéreg lobus frontalis basisának direct nyomása által (Jackson-epilepsia).

**Zwillinger Hugó:** Egy 17 éves leány esetét említi fel, a kinél epilepsia-rohamok voltak, a melyek abból voltak magyarázhatók, hogy az orrsüvényből eredő lécz a duzzadt orrkagyló nyálkahártyájába belevág. Eltávolította szülő a léczet és a minden nap jelentkező epilepsziás rohamok eltűntek. Azonban egy év múlva ismét felléptek. Az okozati összefüggés felállításában mindig skeptikusnak kell lenni.

**Kéty Károly:** A reflex-epilepsia kérdése még most sincs tisztázva. Vannak, kik felveszik, vannak, kik tagadják. Szülő két esetről számolhat be. Egyik fiatal nő, kinek egyik lába öregujjába idegen test jutott és elgenyedt, nagy fájdalmak mellett epilepsziás göresök léptek fel. Tanácskozásra hívták és sebészi beavatkozást javasolt. Farkas László bemetszett, eltávolította az idegen testet és a betegnek azóta nem volt epilepsziája. Másik egy előkelő iparos, kinek el volt dugulva az orra és időnként epilepsziás rohamai voltak. Az orrelidugulás lueses eredetű volt, mely a kellő kezelésre meggyógyult és a beteg ma is él.

Szülő azt hiszi, hogy a bemutatott esetben az epilepsia reflex úton lépett fel.

**Láng Kornél:** Az okozati összefüggés a reflectorius epilepsia és annak feltételezett oka között nem mindig szoros. Szülő esetében az idegen test oly magasan volt, hogy oda kívülről csak feltolatható.

#### Dermoid-tömlő a herezacskóban.

**Bakó Sándor:** G. Lajos, 21 éves, sütőinas f. évi márczius 28-dikán azon panasszal jelentkezett az osztályán, hogy két év óta herezacskójában fájdalmak vannak, melyek az utóbbi időben annyira fokozódtak, hogy foglalkozását nem folytathatja. Küllerőszaki hatásra nem emlékezik. Említi, hogy mikor fájdalmak kezdődtek, vizsgálván magát, azt vette észre, hogy mintha neki három hereje volna és előadja, hogy ez a fájdalmas daganat, mit a harmadik herének tart, mintha időnként kisebb lenne. Ilyenkor húgycsővéből sűrű folyadék ürül ki s erre megkönnyebbülve érzi magát. A különben testileg jól fejlett egyén intelligenciája kissé korlátozott.

Megtekintésre a herezacskó valóban azt a képet adta, mintha három here volna benne, kettő a rendes helyen és nagyságban és egy harmadik alól egészen a középvonalban. Míg azonban a két felső a rendes here minden tulajdonságaival bír, az alsó, mely kisebb citromnagyságú és alakú, egészen puha, hullámzó s mindkét herétől jól elkülöníthető. Felette a herezacskó bőre teljesen ép és redőbe szedhető. Bár az eddigi vizsgálat spermatocele gyanút nem nyújtott, próbapunctiót végzett s a kivett szürkés zsírfényű folyadékban sperma vagy annak törmelése nem találtatott.

A tömlőt márczius 30 dikán távolította el. A tömlő, a hol a heréhez állott közelebb, annak környékéből a here megsértése nélkül könnyen ki volt fejthető. Némi nehézséget okozott a tömlő tollszárvastagságú vezetékének a kiirtása. Ez szorosan a húgycső mellett, annak bal oldalán húzódtott le és hátra, és a bulbus mögött a fanív bal ága felé folytatódott; a meghosszabbított gáti seben követve, alakítás után lemetszette. A sebet egyesítette, mely zavartalanul gyógyult s beteg azóta jól érzi magát.

A kiirtott tömlő és vezetékének göresői vizsgálatát Minich főorvos volt szíves végezni s arról a következő leletet adta: A tömlő kötőszöveti falát belülről többrétegű lapos hám béleli, a melynek sejtjei a felületen el vannak száradva. Ugyanezen kibélelés van a vezetéknek is, a melynek közelében azonban hengerhámú bélelt mellékherevezeték is található. A cysta tartalmát cholestearintáblákban bővelkedő detritus adja. *Diagnosis:* Cysta epidermoidalis.

Mint ismeretes, dermoid-tömlők előjönnek bent a herében és az albumineán kívül, de a herével mégis többé-kevésbé összefüggésben. Wilms ezeket valóságos embryomáknak, foetus rudimentumainak tartja. Előjönnek a raphén és bent a herezacskóban, úgy mint a jelen esetben Koslowski egy ehhez többé-kevésbé hasonló eset közlésével 1897-ben az eddig közzétett esetek számát harminczra teszi. Braman a Mikulicz-féle sebeszet új kiadásában saját gyakorlatából két egészen hasonló esetet közöl. Ezen tömlők az embryonális életben a bélének a sinus urogenitalistól való elkülönítődése után a gát kialakulása alatt képződnek azonképen, hogy egy ektoderme réteg fűződik le. A bőrhöz tartozó réteg bezáródásából keletkezik az epidermoidális tömlő, a húgycső nyálkahártyájához tartozó réteg bezáródásából a mucoidtömlő.

Ugy Kocher, mint Monod és Terillon a here betegségeiről irt monographiájukban a dermoidtömlőket jóindulatú daganatoknak mondják, nagyranöve sorvaszthatják a herét, elgenyedve hosszantartó sipolyjártatokra adhatnak okot, de mindig csak helybeli megbetegedés maradnak. Azonban felemlítenek egy esetet, hol a daganat sarcomává fajult és a beteg a fellépett metastasisokban pusztult el.

A hereteratomák jelentősége egész új világításban tűnik fel a chorionepitheliomáról szóló tan mai állapotánál, melyről az egyesületben néhány héttel ezelőtt Tóth István kartárs igen tanulságos előadást tartott. Ő idézte Schlagenhaufert, ki hereteratomában a chorionepitheliomához hasonló szöveti szerkezetű daganatot talált. Ennek az esetnek nagyon hiányos a klinikai multja; az előzményi adat róla csak annyi, hogy a beteg 43 éves férfi, kinél pleuro pneumonia (esetleg tüdőinfarctus) állapított meg, meghalt 1900. július 24-dikén, a boncolati *diagnosis* baloldali heresarcoma volt metastasisokkal a bal tüdőben, pajzsmirigyben, jobb vesében, körülötte nagy haematomával. Ennek a szöveti szerkezetét vizsgálta meg Sch. és a heredaganatot összehasonlítva egy a méhből származó conservált jellegzetes chorionepitheliomával, azzal teljesen megegyezőnek találta s az átrakódások is teljesen mefeleltek a chorionepithelioma átrakódásának. A közzétett leírások alapján hasonlóképen chorionepitheliomának tart még más eseteket is, így azt a heresarcomát, melyről a deciduoma malignum felülvizsgálására kikül-

dött angol bizottság előtt szó volt. Továbbá a Kocher könyvében leirt egy sarcoma-esetet, melyet annak idejében Laughans vizsgált meg és a Monod könyvében leirt szintén sarcoma esetet, melynek göresői vizsgálatát Manassez végezte. És hereteratomához csatlakozott fűrtös molaszerű burjánzásokat állapít meg öt olyan esetben, hol az illető szakemberek göresői vizsgálat alapján a heredaganatot myxomának, carcinomának, adenocarcinoma myxomatodesnek, endotheliomának irták le, ezek közül egyiknek megtartott készítményét maga vizsgálhatta felül.

Ezen vizsgálatokból, ha azok további megerősítést nyernek, mélyebb betekintés várható azon sokszor homályos heredaganatokba, melyek kiirtása után néha nagy gyorsasággal szoktak fellépni egészen különös jellegű metastasisok.

A hereteratomákról, bár jóindulatúknak vették is fel, a közfelfogás eddig is azt tartotta, hogy minél előbb el kell távolítani. És bár a hereteratomákról Le Dentu 1887-ig az irodalomban még csak két olyan esetet talált feljegyezve, hol azok a here megtartása mellett voltak eltávolíthatók, azóta az ilyen esetek száma is szaporodott. A scrotum teratomái pedig az esetek nagy számában, úgy mint ezen esetben is, a here veszélyeztetése nélkül kiirthatók.

#### Rhinoscleroma atypusos esete.

**Zwillinger Hugó:** A 36 éves asszony f. év márczius 22-dikén jelentkezett rendelésén azon panasszal, hogy a bal arcfeleiben daganat fejlődik, mely körülbelül egy év óta az ornyílásból kitüremkedik, s lehetetlenné teszi azt, hogy azon az orrfélen keresztül levegőt kapjon. A daganat növést ő már két év óta figyeli meg, különben mindig egészséges, családjában hasonló baj nem fordult elő. Már az első megtekintésre konstatálható az, hogy a bal vestibulumból egy daganat domborodik elő, mely azt egészen kitölti és tágitja, a daganat felülete egyenetlen, sárgás-zöldes beszáradt váladékból képződő pörkkel fedett, az orrhegy felemelésénél többi része a daganatnak sárgás-vörös színű, a daganat consistenciája elastikus, nem kemény. Sondával az orrcimpa leemelhető a daganatról, normális, a daganat a vestibulum alapjával és a sővénynyel összefügg, hátrafelé kb. 3 cm-nyire a sulcus alattig terjed. A jobb orrféleiben a csekély atrophias bemeneten kívül rendellenesség nincs jelen, a vestibulum szabad, a sővénynek a daganatnak megfelelő oldala rendes, a légzés a jobb orrféle keresztül nem akadályozott, a környéki bőr ép. Klinice érthetőbb lesz a kép, ha a beteg torkát megtekintjük, s azt látjuk, hogy az uvula hiányzik, az arcus palato-pharyngeusokon min két oldalt kiterjedt szürkés-fehéres hegesezés, némely helyen sugáralakú vastagabb fehér hegek, az ívek szélei megvastagodtak, s a hátsó garatfallal összenöttek egészen a felső harmadig, mely szabad. A mesopharynx az orrgaratireggel csak e csekély részen kommunikál. Nyelvgyök és tonsillák szabadok. Nevezetes az, hogy e tekintetben az anamnesis negatív, a betegnek soha nem voltak torokfájdalmak. Megjegyzendő még, hogy a gége ép. Az első gondolat az, hogy luetikus folyamattal állunk szemben, a vestibulum daganata gumma, azonban megezőfolja e feltevést az antiluetikus kúra hatástalan volta, továbbá az, hogy a daganat környéke ép és infiltratum a szomszédságban nincs, mirigymegnagyobbodások nincsenek, mas luetikus jelek hiányoznak. Ily körülmények között rhinoscleromára kell gondolni, ez ellen szól azonban ez esetben az, hogy a bántalom csak egyoldali, míg a rhinoscleromáról tudva van, hogy kétoldaltalag lép fel, mi még a legújabb tankönyvekben is (például Chiari Krankheiten der Nase 152. oldal) a gummával szemben mint fontos differentialis kórismészeti pont kiemeltetik. A tumorból kivágott egy részletet Hollós József volt szíves megvizsgálni, vizsgálatának eredménye a következő: Sz. Á.-né orrából kiirtott daganat mindenekelőtt a hámnak óriási szaporodását és nagyfokú elszáradását tünteti fel; a hám egyes nyúlványai mélyen belenyúlnak a kötőszövetbe, az egyes hámsajt meg lehetős atypikusá váltak és helyenként magoszlást is mutatnak, azonban kifejezett heterotopiát és jellegző atypicitást nem tüntetnek fel. A kötőszövet, maga a papillaris kötőszövet is sejtűs sarjszöveté alakult át, mely jelentékenyen edényezett és a sejteken kívül hyalinrostokat tartalmaz. A sarjszövet sejtjei túlnyomó számban plasmasejtekkel állanak és ezek mellett nagy számban láthatók nagy, hólyagos protoplasmájú ú. n. Mikulicz-féle sejtek, melyek csak haematoxylinnel festve, élénkkelre festődő rövid, vastag bacillusoknak vannak kitöltve; elsősorva van Gieson szerint élénk pirosra festődő hyalingömbök (Russell-féle testek) láthatók. *Diagnosis:* Rhinoscleroma. Ezen esetet főleg a scleromás tumor nagysága és atypikus megjelenése miatt mutatta be.

**Baumgarten Egmont:** Az eset typosus rhinoscleroma. Előadó azt mondotta, hogy az egyoldaliság lues mellett szól. Ezt szóló nem fogadja el.

Fontos kérdés, hogy a garatbeli elváltozások összefüggnek-e a skleromával vagy nem? Ezt csak a szöveti vizsgálat dönti el, mert lues tarda mellett hátul előfordulhat rhinoscleroma elül.

**Róna Sámuel:** Daczára annak, hogy a bőrgyógyászok irták le először a rhinoscleromát, mégis a gégeészektől tudjuk, hogy az esetek óriási többségében az orrgaratból indul ki a rhinoscleroma és ha az orrban van, akkor a garatbeli folyamat is hozzátartozik. A mi az egyoldaliságot illeti, szóló Baumgarten nézetén van, mert regionarius mirigyduzzanat nem szól a lues mellett, se ellene.

**Zwillinger Hugó:** Semmiféle adat nem szól a mellett, hogy az orrban rhinoscleroma, a garatban pedig lues volna. Mivel a histológiai és klinikai tünetek egybehanganak, a garatbeli lues kizárható. Szóló nem mondotta, hogy az egyoldaliság lues mellett szól, csak azt mondotta, tévedésbe ejthetné azt, a ki rhinoscleromát még nem látott. Chiari tankönyvében azt mondja, hogy a rhinoscleroma kétoldali.

## Haemorrhagia et haemangioma faciei vitium cordis képesán.

Hahn Dezső: Néhány hónap előtt jelent meg egy publicatioja, melyben a haemangioma kórtanával foglalkozik. Az Általános Munkás-Pénztár rendelő intézetének anyagából több mint 300 ilyen eseten végzett megfigyelései alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a haemangioma, ha tömegesen lép fel a bőrön, nem véletlenül van ott, nem minden ok nélkül, hanem szoros okozati összefüggésben áll chronicus lefolyású oly szervi bántalmakkal, melyek a capillariskok és véredényesekéi falait megrongálják, megviselik. Ily bántalom első sorban az arteriosclerosis; innen van, hogy a capillaris varix, a haemangioma a bőr legelső senilis elváltozásai között szerepel.

De ilyen szervi bajok a szívujjak is, a vesemegbetegedések is, ezeknél is igen gyakori jelenség a haemangioma fellépése. Megfigyeltünk oly eseteket is, melyekben ezek az angioma aránylag rövid idő alatt acut eruptio-formában léptek fel, szinte szemünk láttára. Tudjuk, hogy a capillariskok és legfinomabb véredényesekéi nemcsak tartályok a keringő vér számára, hanem fontos assimiláló és secretiós szervei is az állati testnek. Ilyen természetű szervibajoknál, mint a milyen például a nephritis stb., mérges kóros anyagcsereproductumok egész sokfélesége káros hatást fejt ki az edényfalakra. Az edényfal végre is a maga egészében elveszti ellenálló képességét, rugalmasságát. Ha ezt a megviselt edényfalat most hirtelen valamely újabb megterhelés, bármilyen természetű, például újabb kóros anyagcsere-termékek behatása, vagy a vérnyomás hirtelen emelkedése éri, úgy vagy elszakad és vérzés jön létre, vagy annyira szenvedett, hogy kitágul és ezzel meg volna adva az impulsus a haemangioma kifejlődésére. A mily egyszerű ez a magyarázat, olyan durvának és kezdetlegesnek látszik. A bemutatandó eset mégis mintha e magyarázat helyessége mellett szólana.

L. G., mosónő, 54 éves, soha beteg nem volt. Mult év májusában meghűlt, akkor sokizületi csúszban szenvedett, majdnem minden ízület megdagadt, hat hétig kezelés alatt is állott. Azóta beteges, gyakran van szívdobogása, szédülése, lépesőknél nehezen jár, a vér gyakran száll fejébe.

A beteget először márczius 8-dikán látta. Akkor hátfájásban szenvedett, szívdobogása tűrhetetlen lett. Már felületes megtekintésnél feltűnik a carotis és a temporalis élénk lüktetése, a pulsus arhythmikus, kemény, gyors. A szívcsúcslökés kissé szétterült, emelő, a mamillaris vonalon kívül az 5. és 6. borda között tapintható, a szivtompulat a második borda alsó szélén kezdődik, jobbra a sternum szélén túl terjed, majdnem egy ujjnyira. A csúcs felett fűvő systolikus és érdes rövid praesystolikus zörejt hallható. A második pulmonális hang ékelt, az aorta felett a systolikus hang tompa, diastoleben kifejezett fűvő zörejt. Tüdőlelet csekély emphysemára utal. A beteg akkor 8 napig ágyban feküdt.

Másodszor 1904. április 18-dikán jelentkezett rendelésén és előadta, hogy 17-dikén reggel kemény széke volt, nagyon megerőltette magát. Már az úton lakása felé a folyosón figyelmzettette szomszéd-asszonya, hogy arca tele van kiütéssel, azért kereste fel a rendelőt.

Az arca élénk vörösszínű volt, mintha erythema borítaná. Csak közeli szemlélésnél tűnt ki, hogy ez a pir számtalan tüszúrásnyi egész gombostühegnyi foltból verődik össze, mely foltocskák a cutisban fekszenek, az epitheliális rétegen áttetszenek, nyomásra kissé elhalványodnak, de el nem tűnnek. E vörös foltok közt néhány tüszúrásnyi egész gombostühegnyi, téglavörösnél sokkal élénkebb színű folt van, mely nyomásra el nem halványul. Az előbbi vérzések, az utóbbiak haemangioma, melyeknek legtöbbször csak tüszúrásnyi. A törzs bőrén számos kis tüszúrásnyi haemangioma látható, köztük egy kis lencsényi is. Vérzések a testen sehol sem voltak találhatók. Kedden az esetet ilyen állapotban mutatta be Schein főorvosnak osztályán a Munkás-Pénztár ambulatóriumban. Ma a vérzések majdnem mind eltűntek. A haemangioma persze megmaradt. Az esetben két dolog érdekes. Az első az, hogy aránylag csekély okból, mint a milyen a kemény szék, ilyen nagy kiterjedésű vérzések léptek fel körülírt területen, az arcon és az arcz bőrén. A második az, hogy a vérzések mellett haemangioma is léptek fel. Ez mentse azt, hogy az esetet bemutatásra méltónak találta.

Benedict Vilmos: Nehéz elfogadni azt a felvételét előadónak, hogy a nehéz széklettel járó venosus pangás az arczban vezetett volna vérzéshez. A szívet szóló nem vizsgálta, de a pulsus feszes, carotis erősen telt, feszes és így azt hiszi szóló, hogy a szív hypertrophizált, a szívujjak compenzálva van, pangás nincs. Két feltevés lehetséges. Hallottuk, hogy a betegnek polyarthritise volt, nem hallottuk, hogy nem előzte meg egy abortív megújulása a polyarthritist, mely néha apró izületi fájdalmakkal szinte észrevétlenül folyik le és az ilyen recidiváló polyarthritisek vérzésekkel járnak. Ez lehet az egyik lehetőség.

A másik, hogy csak egyszerűen vasomotoros zavarok, melyek aortainsufficienciánál és aortasclerosisnál meglehetősen gyakoriak. Bőrben, belső szervekben az aorta belfelületéről kiváltott érző behatásokra olyan vasomotoros izgalom lép fel, mely vérzést vált ki.

Schein Mór: A szívbeli leletet nem ismeri, ehhez nem is szólhat. A mi a vérzéseket illeti, 4 nappal ezelőtt az egész arcz egyenletesen el volt lepvé számos pontszerű vérzéstől, melyek oly sűrűek voltak, mintha diffus erythema lett volna. Akkor mondotta, hogy nehéz eldönteni, van-e közte apró angioma, azonban az a körülmény, hogy e vérzések mind visszafeljöttek, de az angioma megmaradt, a mellett szól, hogy volt néhány apró angioma, de oly kicsinyek, hogy elkerülhették a beteg és az orvos figyelmét. Azonban a törzsön levők mégsem kerülhették el az orvos figyelmét, különösen a Hahnét, a ki ezeket folyton keresi. Az arczban egyenletesen hirtelen vérzés lépett fel. Úgy látszik, az angioma is hirtelen keletkeznek és ezután az egész életen át megmaradnak. És abban nem is talál valószínűtlen

feltevést, hogy a haemangioma akkor keletkezik, mikor a vérzések. Feltűnt, hogy az arczon alig van angioma, míg a törzsön sok van, a hol nem volt vérzés, mintha kizárás volna a kettő között. Nem akar a dolog magyarázatába belebocsátkozni, de az eset kétségtelenül érdekes.

Róna Sámuel: A hirtelen való keletkezését az angiomaéknak nem ismeri, nem is olvasta. Erre a dologra ezután figyelni fog.

Hahn Dezső: Reflectorius erythema könnyebben érthető, reflectorius vérzés nehezebben. A véredények fala meg volt rongálva. Finomabb magyarázatba nem bocsátkozhat. Már szóló előtt is írtak le hasonló esetet: Ullmann „Eruptives Angioma“ néven, mit carcinomával, szervi bajjal hoztak összefüggésbe. Nem pár órai, de pár heti intervallumról van szó.

## Királyi magyar Természettudományi Társulat élet-tani szakosztálya.

(109-dik ülés 1904. január 19-dikén.)

Liebermann Leó: „Közlemények a hygieniai intézet laboratóriumából“ című előadásában először az agglutinációra vonatkozó vizsgálatokról kíván beszámolni. Az agglutináció ügye nyílt kérdés ma is, mert nem tudjuk, vajjon physikai változások okozzák-e az agglutinációt, vagy egy specifikus anyag, melyet az agglutináló folyadék tartalmaz. Erre nézve eddig is többféle vizsgálat történt. Eisenberg és Volk 1902-ben az irányban végeztek kísérleteket, hogy eldöntsék, van-e ilyen „agglutinín“ és úgy hat-e, hogy az agglutinált sejtekkel chemice egyesül. Különböző baktériumok culturáival dolgoztak és specifikus agglutináló serumokat hagytak rájuk behatni. E vizsgálatok igen fontosak, mert pontos quantitativ mérésekkel végeztették. A feltételezett agglutinint pl. úgy lehet mérni, hogy ismert mennyiségű baktériumot (pl. egy kacsnyi culturát) ismert mennyiségű hatásképes savóval (pl. egy cm<sup>3</sup>) hozunk össze s meghatározzuk, mennyire kell az 1 cm<sup>3</sup> savót higitani, hogy még épen hatásképes maradjon. Ha pl. 1 cm<sup>3</sup>-t 10,000 cm<sup>3</sup>-re kell higitani, akkor azt mondhatjuk, hogy 1 cm<sup>3</sup> 10,000 agglutinín-egységet tartalmaz. Ha ezen ismert erősségű savónak ismert mennyiségét újra ismert mennyiségű baktériumra engedjük hatni s leülepedés után a savót leszívjuk, akkor az így kapott savó vagy gyengébb az eredetinel, vagy nem, a mit ismét a higitási módszerrel tudhatunk meg. Ilyenféle vizsgálatokból kitűnt, hogy gyengült a savó, tehát csakugyan egy anyag útján kellett hatnia, melyet az agglutináció részben elvesztett. Ez az elvesztés magyarázata azonban többféle lehet; lehet egyszerű odatapadás a baktériumokhoz, de lehet más is, pl. chemiai egyesülés. Ezt a kérdést Eisenberg és Volk nem döntötték el. Arrhenius az ő kísérleteikre támaszkodva a napokban megjelent értekezésében ugyanazt találja, a mit haemagglutininekre nézve, melyek eddig még csak ritkán vizsgáltak, Bexheft kísérletei mutattak előadó intézetében. Arrhenius az érdekelte, nem lehetne-e a kísérlethez használt és a hatásképes agglutinín-mennyiség között valami törvényszerű összefüggést találni. Ilyen összefüggés feljogosítana bennünket arra, hogy az agglutinációt chemiai folyamatnak tekintsük s talán arra is, hogy az esetleg talált törvényben kifejezett quantitativ összefüggést a Goldberg-Waage-féle törvény egy speciális esete gyanánt fogjuk fel. Egy ilyen törvény megtalálása Arrhenius szerint feltűnt módon sikerült. Ha az agglutininnak azon mennyiségét, mely valamely kísérlet végén szabadon fennmaradt, B-vel jelöljük, az agglutinációra felhasznált mennyiséget pedig C-vel, akkor

$$C = B^{\frac{2}{3}} \times \text{constans.}$$

Előadó a képlet helyességét számítási példán demonstrálja.

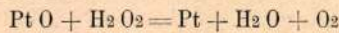
Előadó kívánságára és terve szerint Bexheft úr által a közegészség-tani intézetben tett kísérletek más úton vezettek arra az eredményre, hogy az agglutinációt vörös vérszövetnél minden valószínűség szerint egy chemiai anyag okozza. Bexheft marha-vérsavóval dolgozott. Ez képes sertésvérszöveteket agglutinálni. Ha marhasavót adunk kicentrifugált sertésvérszöveteknek physiologikus Na Cl-oidattal való keverékéhez, újból kicentrifugáljuk a sejteket s leszívjuk róluk a serumot, akkor ezen serumnak az eredetinel gyengébbnek kell lennie az esetben, ha csakugyan egy anyag leadása útján hozta létre az agglutinációt. Ha ezen gyengült serumot ismét vérszövetekre engedjük hatni s az eljárást a jelzett módon folytatjuk, végre el kell érünk egy pontot, melynél a centrifugálás után leszívott savó már egész hatásképességét elveszítette.

Az eredmény pozitív volt. A leirt eljárással az összes agglutinín ki volt vonható a vérsavóból, Arrhenius feltevését tehát ez is megerősíti.

Előadó más irányban is végeztetett kísérleteket. Kiderítendő volt ugyanis még az, vajjon az agglutinált vérszövet-tömegből physiologikus konyhasóoldat kivonja-e megint az agglutinint. Ha igen, úgy még lehetséges, hogy ez az anyag csak odaragad a vérszövetekhez és összetapasztja őket, de chemiailag nem egyesül velük s maga nem változik meg. Kitént, hogy a konyhasóoldat nem vonja ki az agglutinint. Arrhenius szerint is az agglutináció folyamata nem a baktériumok felületén megy végbe, hanem ez chemiai reactio, mely azok testében folyik le.

Előadó ezek után enzyim-vizsgálataira tér át. Először a colloid platina katalitikus hatásának okát kereste. Néhány éve mutatták ki Bredig és tanítványai, hogy ez úgy viselkedik mint egy tipikus enzyim

(mely pl. megmérgezhető, akár csak az organikus fermentumok) s annyival is alkalmasabb vizsgálatokra, mert nem áll egyébből, mint egy practice változatlan féméből és destillált vízből. Előadó demonstrálja a colloid platina-oldat előállítását, mely úgy történik, hogy teljesen tiszta destillált vízben (a platinát már csekély mennyiségű elektrolit is kimosza) Pt-elektrodok közt elektromos fényvet hozunk létre, mely ez esetben igen finomul elosztott platinarészecskékből áll; ezek eloszlanak a vízben és valóságos, szűrhető oldatot adnak vele. A kísérlet más, nem nagyon pozitív fémekkel, pl. arannyal is sikerül. Az előadótól hevenyében előállított colloid fémoldatok 1 literben körülbelül 6—8 mgm. fémot tartalmaznak s mégis csaknem végtelen mennyiségű hydrogen-hyperoxydot képesek elbontani; itt tehát csakugyan fermentatív hatással állunk szemben. Ezt a  $H_2O_2$ -re való hatást vizsgálta előadó azon czélból, hogy kitűnjék, vajjon egy közelebről nem definiálható erőnek tulajdonítandó ez — épen az ú. n. „katalitikus“ hatásnak — vagy pedig egy ismert chemiai reactio játszik-e szerepet. Kitént, hogy itt a platina-oldatban foglalt oxygen lényeges szerepet játszik. A colloid platina a levegőből oxygent vesz fel s azzal egy laza vegyületé egyesül, melyet egyszerűen Pt O-val fogunk jelölni. Ezen vegyület oxygenje activ, hydrogenhyperoxydra való hatását a következő egyenlettel lehet érthetővé tenni:

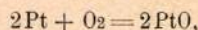


Ezen egyenlet csak egy séma s távol sem akarja azt kifejezni, hogy a reactio ilyen arányokban folyik, vagy hogy a platina fényleg az itt feltüntetett arányban volna oxygennel egyesülve. Erről még ez idő szerint semmit sem tudunk.

Ily módon a platina mindig visszatér eredeti állapotába, a fejlődő oxygen azonban ismét activálja, sőt, mivel az egyenletben kifejezett séma szerint egy atom Pt egy molekula oxygent fejleszt, melyből (ha gázalakban el nem távozik) két activ oxygen-atom lesz, az activ platinavegyület mennyisége a reactio alatt még szaporodik. Ezért gyorsul a folyamat s ezért nem áll meg, míg az összes  $H_2 O_2$  el nem bomlott.

Hogy csakugyan jogunk van a katalitikus hatást activ oxygennek tulajdonítani, a következő kísérlet mutatja: három egyenlő mennyiségű platinaoldat közül az egyikbe hydrogenet vezetünk, a másikba nitrogent, a harmadikat nem kezeljük. A gázok kiűzik (a hydrogen talán le is köti) az oxygent, vagy legalább annak nagy részét. (Ez bizonyítja a platina-oxygenvegyület laza voltát.) A gázokkal kezelt oldatok a kísérlet tanúsága szerint igen lassan bontanak jodhydrogent, míg az eredeti, mely a már keletkezésénél kapott anodik oxygent s a levegőből felvett (activ állapotban!) megtartotta, azonnal megkékíti a kénsavval megsavanyított jodkalium-keményítő-oldatot. (Legkésőbb kékül a hydrogennel kezelt oldat; hogy a hydrogen erőlyesebben inactivál mint a nitrogen, azt mutatja az is, hogy az eredetileg barna színű oldat hydrogen bevezetésére megfeketedik, a minnek oka a Pt O teljes reductioja lehet.)

Ha forralással űzzük ki az oxygent, az oxygen szerepe itt quantitative is vizsgálható. Az eljárás abban áll, hogy bizonyos mennyiségű colloid Pt-oldatot felfőzünk, s ezen oldatot, mely activitását HJ iránt teljesen és  $H_2 O_2$  iránt csaknem teljesen elveszítette, három részre osztjuk, melyek közül az egyiket hydrogen-, a másikat nitrogen-, a harmadikat levegő-áramban hűtjük ki. Az így kapott oldatoknak egyenlő mennyiségeit egyenlő mennyiségű  $H_2 O_2$ -re engedjük hatni (összehasonlítás végett ugyanezt teszszük az eredeti, nem főzött oldat ugyanily mennyiségével) s meghatározzuk a különböző adatokból egyenlő idők alatt fejlődött oxygen vagy az ezen oldatok által elbontott  $H_2 O_2$  mennyiségét. Ha kitűnik, hogy az az oldat a legactivabb, melynek alkalmas volt oxygennel érintkezni, akkor helyes a feltevés. A kísérletek csakugyan azt mutatták, hogy az eredeti oldat után mindig a levegőben vagy oxygenben kihűtött oldatok fejlesztettek legtöbb oxygent a reactio kezdetén. Természetes, hogy a reactio kezdeti sebessége az, mely a kérdés szempontjából fontos, mert akkor történik feltevésünk értelmében az oxygen felvétele és activálása:



tehát akkor dől el, mely oldatoknak van még szükségük oxygenfelvételre, hogy a maximális hatásképességet elérjék; minthogy reactio közben az összes oldatok érintkeznek oxygennel (egyrészt a levegővel, másrészt azzal, mely a  $H_2 O_2$ -ből fejlődik), az oldatok activitása közti különbség lassanként megszűnik.

Ugyanezen hatásnak, a hydrogen-hyperoxyd bontásának mechanizmusát vizsgálta előadó organikus enzimekkel is. A colloid platinánál tett tapasztalatok arra utaltak, hogy a hatást talán itt is az enzym oldatában foglalt activ oxygen okozza. Előadó azt találta, hogy ez nem áll. Az általa erre vizsgált növényi kivonatok például a jodhydrogen-reactiot nem adják, noha ez a bennük a foglalt activ oxygen kimutatására használható, mint arról ozonizált oldatokkal meg lehet győződni.

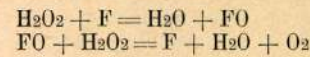
Hogy az előadó által vizsgált organikus enzimek oldatai molekularis oxygent sem képesek activálni, azt előadó kimutatta.

E fermentumok vizsgálatánál a hydrogenhyperoxydból fejlesztett oxygen mennyiségét nem lehetett azon módszerrel meghatározni, mely szerint a bizonyos idő multán még bomlatlanul fennmaradt hydrogen-hyperoxydot  $KMnO_4$ -oldattal visszatitráljuk. Ez eljárás organikus anyagok jelenlétében csak nagyon különös körülmények közt használható, mert a  $KMnO_4$ -et az organikus anyagok is redukálják.

Senter a haemasera vonatkozó kísérleteinél ezen módszert alkalmazva,  $0^{\circ}$ -on volt kénytelen dolgozni, noha a vizsgált oldat az enzymen

kívül organikus anyagot alig tartalmazott. Malátakivonatnál, melyben nagyszámú szerves vegyület van oldva, a módszer teljesen használhatatlan. Hogy az organikus enzimektől fejlesztett oxygen mérhető legyen, előadó egy készüléket szerkesztett, melyet be is mutat, s mely azon alapon, hogy a bizonyos idők alatt fejlődött gáz nyomása higanymanométeren leolvastatik. Ilyen módon vizsgálva az organikus enzimek oldatait, kitént, hogy hydrogen, nitrogen, valamint levegő és oxygen bevezetése is teljesen hatástalan malátakivonatra vagy diastase-oldatra: gázfejlesztő-képességüket legkevésbé sem befolyásolja. Tehát, hogy az organikus enzym oldata activ oxygent tartalmazna, vagy a levegő oxygénjét képes volna activálni, arról szó sincs.

A reactio itt valószínűleg úgy megy végbe, hogy a  $H_2 O_2$ , mint erős oxydáló anyag, a fermentumot átmenetileg oxydálja egy laza vegyületté. Ha van az oldatban oxydabilis anyag, a fermentum ennek azonnal átadja az oxygent. A  $H_2 O_2$  bontása tehát, ha a fermentumot F-fel jelöljük, következő módon fog történni:



A reactio második phasisa már hasonlít a colloid platina reactiojához. A különbség az anorganikus és organikus enzym közt az, hogy az anorganikusat nem a  $H_2 O_2$  oxydálja, sémánk szerint egy atom oxygen leadása útján, hanem az valahonnan, például a levegőből, molekularis oxygent vesz fel, s azt atomossá változtatja, hogy mint ilyen lekösse.

Hogy a gázfejlesztés hydrogen-hyperoxydból, valamely fermentum által, csakugyan oxydatív hatás, az kitűnik abból, hogy e reactiót más oxydabilis anyagok (indigókék, guajak) jelenléte gátolja; ezek a gázfejlődést csökkentik vagy egészen megállítják és helyette saját maguk oxydatiojának jeleit mutatják (indigonál elszintelenedés, guajaknál kékülés). Hogy a gázfejlődés indigo behatása alatt nem azért szűnik meg, mert ez talán méregképen hatott a fermentumra (a mi a használt indigo csekély mennyisége mellett úgy sem valószínű), azt előadó a következő kísérlettel demonstrálja: három egyenlő mennyiségű parafenylendiamint tartalmazó pohár közül az egyikbe még  $H_2 O_2$ -t és vizet, a másikba malátakivonatot és vizet, a harmadikba  $H_2 O_2$ -t és malátakivonatot önt megfelelő mennyiségekben. Az az oldat, mely hydrogenhyperoxydot és fermentumot tartalmaz, csakhamar erősen barnul, az, melyben csak  $H_2 O_2$  van, gyengébben, míg az, melyben  $H_2 O_2$  nincs, teljesen változatlan. A barnulást a parafenylendiamin oxydatioja okozza. (Ezen anyag előadási kísérletre azért alkalmasabb az indigonál, mert még gyorsabban oxydálódik.) Itt tehát a fermentum kétségtelenül mint oxydáló, az oxydatiót gyorsító anyag szerepelt.

Quantitativ kísérletek is végeztek colorimetrikus úton annak kiderítésére, hogy nő-e az oxydált anyag mennyisége a fermentum mennyiségével. Kitént, hogy nagyobb mennyiségű enzym nagyobb mennyiségű anyagot oxydál, a mi várható volt, minthogy akkor több enzym-oxyd-molekula képződhetik.

(Vége következik.)

## PÁLYÁZATOK.

10,025/1904. szám.

A nagybecskereki József-kórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakással, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állást elnyerni óhajtók szabályszerűen kiállított kérvényeiket, képesítésüket igazoló okmányaikkal együtt hozzám folyó évi június hó 15-dikéig beküldeni sziveskedjenek.

Nagybecskerek, 1904. évi április hó 22-dikén.

3-1

Jankó, alispán.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye kórházánál lemondás folytán megüresedő egyik segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalom: 1100 (ezerszáz) korona évi fizetés, butorozott lakás, fűtés, villamos világítás, tisztá élelmezés, kiszolgálás. A segédorvos mind egyik osztályon gyakorolhatja magát. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható.

Pályázatok a képesítést, eddigi működést igazoló okmányokkal, méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám folyó évi május hó 20-dikéig adandók be.

Szolnok, 1904. évi április 24-dikén.

2-1

Dr. Papp Gábor, igazgató-főorvos.

694. sz.

A bosznia-hercegovinai országos kórháznál Sarajevóban néhány segédorvosi állás töltendő be. Ezen állás javadalmazása a teljes ellátáson kívül 1200 korona évi fizetés.

A pályázók, kiknek a németen kívül szerbül, horvátul vagy valamely más szláv nyelven is kell beszélniök, kellőleg bélyegzett pályázati kérvényüket legkésőbb május 20-dikéig küldjék be. A pályázati kérvényhez valamely osztrák vagy magyar egyetem elnyert oklevelet, születési, honossági és a folyamodónak netalán eddigi működését kimutató bizonyítványt kell mellékelnie. Csakis osztrák vagy magyar állampolgárok pályázhatnak.

Sarajevo, 1904. évi április hó 22-dikén.

A bosznia-hercegovinai országos kórház igazgatója.

Grück dr., igazgató.



189. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1600 korona fizetéssel, 2 szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi orvosi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt, Csik vármegye főispánjához intézett pályázatukat alattírt igazgatóságához 1904. évi május hó 20-dikáig adják be.

Gyergyószentmiklós, 1904. évi április 17-dikén.

A gyergyói kórház igazgatósága.

Dr. Dobribán Antal, igazgató.

2537/1904.

A nagyméltóságú belügyminister úr 37,658 v. c./1904. számú rendelete folytán a szegedi m. kir. állami gyermekmenhelynél szervezett **másodorvosi állásra**, mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és ellátással van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát mindazon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott és keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt és a nagyméltóságú Belügyminister úrhoz címzett folyamodványaitak 1904. évi május hó 15-dikéig alulírottául nyújtsák be.

Szeged, 1904. évi április hó 24-dikén.

Dr. Turcsányi Imre,

a szegedi m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

67/1904. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr 36,339/IV. a./904. sz. rendelete alapján a vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkívánatik az egyetemi orvostudori oklevél.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés.
2. Lakás, fűtés, világítás, első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesíteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év múlva meghosszabbítható. A pályázati kérvények a belügyministeriumhoz címzendők és alulírottául adandók be, honnan hármassal jelöléssel a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz lesznek felterjesztve. Pályázat lejáratihatáridejéül f. évi május hó 20-dik napját tűzöm ki.

Marosvásárhely, 1904. évi április hó 25-dikén.

Dr. Kozma, igazgató.

3-1

4315/1904. alisp. szám.

A vezetésem alatt álló **vármegyei köz-kórháznál** a lemondás következtében megüresedett **alorvosi állás** betöltése céljából kibocsátott s a vármegyei „Hivatalos Lap” folyó évi 28. és 29. számaiban, valamint az „Orvosi Hetilap” folyó évi 16. számában 3489/1904. szám alatt megjelent pályázati hirdetményben a kérdéses állás javadalmára vonatkozó feltételeket azzal egészitem ki, hogy az alorvos az évi 1200 korona fizetésén, lakáson, fűtésen és világításán kívül a kórháznál első osztályú étkezésben is részesül.

Ezen alkalommal egyszersmind a fennírt állás elnyerése iránt benyújtandó pályázati kérések beadásának határidejét folyó 1904. évi május 21-dik napjáig bezárólag meghosszabbítom.

Kis-Küküllő vármegye alispánjától.

Dicsőszentmárton, 1904. évi április 26-dikán.

Csató Gábor, alispán.

1612/904. ki.

Csikmegye felelősi járásához tartozó Szentdamokos-Balánbánya, Szenttamás, Jenőfalva, Karczfalva, Dánfalva és Madaras községekből **Csik-Karczfalva** székhelyvel alakított közegészségi körben a **körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött, s arra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állomással 2000 korona évi fizetés, 200 korona úti általány, természetbeni lakás, látéletekért 2 korona, Csik-Jenőfalván és -Karczfalván a halottkémlelért pedig a megállapított díjak járnak; továbbá a látogatási, valamint a kör területén létesített és létesítendő banya- és ipartelepek egészségügyi teendőinek ellátásáért járó díjak az orvos és község, illetve telepek között köztendő külön egészség tárgyát képezendik; figyelemmel az e tekintetben megelőzőleg kelt szabályrendelet és jegyzőkönyvi határozatban foglaltakra.

Köteles ezekkel szemben körorvos saját fuvarain a kör községeit havonként kétszer és Balánbánya telepet havonként egyszer beutazni, s akkor a bejelentett betegeket ingyenes gyógykezelésben részesíteni az e tekintetben alkotott szabályrendelet követelményeinek mindenekben való betartása mellett.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állomást elnyerni óhajtják, hogy az 1886. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi legalább két évi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb folyó évi május hó 20-dikáig annál bizonyosabban adják be, mert a később beadottakat nem fogom figyelembe venni.

A választás Csik-Karczfalván az 1904. évi május hó 24-dikén d. e. 9 óra-kor fog megtartatni és a megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

Felelősi főszolgabíró.

Csikszerecs, 1904. évi április hó 15-dikén.

3-2

Fejér Sándor, főszolgabíró.

520/1904. számhoz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot nyitván, mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi május hó 10-dikéig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet bíró pályázók előnyben részesíttetnek.

Javadalmazás:

1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárából, január, április, július és október hónapok első felében utólagosan fizetetik.

2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy külön álló rendelő-szoba, udvar és konyhakertből.

3. Ökrös községtől 40 korona, Bogy községtől 10 korona halottkémlelési díj.

4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkü egyezmény útján megváltatik, 80 fillér beteglátogatási, 40 fillér vényírási díj.

5. Az Ökrös községben levágot marháknak megvizsgálásáért a szabályszerű díj; továbbá a megválasztandó körorvos részére a vármegye Alispánja által a kézi gyógyszerár engedélyezése kiállításba van helyezve.

A választás folyó évi május hó 16-dikán d. e. 10 órakor Beélben a körjegyzői tanácsteremben fog megtartatni.

A megválasztandó körorvos 1904. évi június hó 1-én köteles állását elfoglalni.

Beél (Bihar vármegye), 1904. évi április hó 16-án.

3-2

Éder Géza, főszolgabíró.

Lemondás folytán megüresedett **ivánkai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek; a körlethez Ivánka, Lükigergelyfalva, Nagyalva, Berencs, Ürmény és Salghó községek tartoznak.

A körorvos 1200 korona évi törzsfizetést és 240 korona évi lakbért élvez, melyek előzetes havi illetve negyedévi részletekben a kir. adóhivatalból utaltatnak ki.

A körorvos székhelye: Ivánka; látogatási díjai szabályrendeletileg vannak szabályozva. A pályázók felhívom, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket folyó évi május hó 15-dikéig alulírottául annál is inkább terjesztsek fel, mert a később beérkező kérvények tekintetbe vételét nem ígérhetem.

Nyitra, 1904. évi április hó 13-dikán.

2-2

Majthényi, főszolgabíró.

1719/904.

A szatmári járásban a 25-dik egészségügyi körben a **körorvosi állás** elhalálozás folytán megüresedett; ezen körhöz Lippó, Kis- és Nagyköles, Szamoskőröd, Dobrácsapáti, Pettény, Amacz, Ombod, Pálfalva és Krassó ez utóbbi körorvosi székhelyvel tartozik; helyben személyjogú gyógytár.

Ezen állás betöltésére ezennel pályázatot nyitok és a választást a körorvosi székhelyen Krassón 1904. évi június hó 17-én délelőtt 10 órára tűzöm ki.

Ezen körorvosi állás javadalmazása a következőkből áll:

1. Évi 1000 korona fizetés utólagos évnegyedi részletekben a szatmárnémeti kir. adóhivatalnál folyósítva.

2. Évi 200 korona utazási általány, szintén a kir. adóhivatalnál folyósítva, mely összegből tartozik a megválasztott körorvos havonként egyszer előre megállapított időben a közelfekvő kör községeit beutazni.

3. A hullaszemlélt Krassón a körorvos tartozik teljesíteni, melyért esetenként a vagyonosok 1 koronát fizetnek.

4. Krassón a vágatási biztosi állást szintén a körorvos látja el meghatározott díjért.

5. A beteglátogatási díjak az egész körre városi szabályrendeletileg igen méltányosan vannak megállapítva.

Kötelessége a megválasztott körorvosnak a községre igazolt szegényeket ingyen kezelni, a székhelyen kívül eső községekben természetben előállított fuvar szolgáltatásával.

Felkéremnek mindazon orvos urak, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy abbéli az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. és 143. §§-ai értelmében felszerelt kérvényeiket 1904. évi június hó 12-dikéig nálam nyújtsák be, mert később beérkező kérvényeket tekintetbe venni nem fogok.

Szatmárnémeti, 1904. évi április hó 10-dikén.

4-3

Csaba, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
máj. 3.	körorv.	Kőrös-Tarján	1300 korona	Nagy Márton fszbíró, Nagyvárad.
" 6.	kórh. alo.	Dicsőszentmárton	1200 k., lakás	Csató Gábor alispán Dicsőszentmárton.
" 14.	körorv.	Marosvásárh.	1600 k., 400 k. fuvar	Molnár Gábor fszbíró, Marosvásárhely.
" 23.	körorv.	Vaál	1600 korona	Főszolgabíró Vaál
" 31.	gyári orv.	Nagy-Boeskö	1600 k., 500 k. lakbér	Klotild vegyipar r.-t.

Az „Anker” élet- és járadék biztosító társaság Bécsben április 20-dikán tartotta 45. rendes közgyűlését gróf Prokesch Osten Antal úr elnöklése alatt. Mint a számadási jelentésből kitűnik, az 1903. évben 9388 ajánlat nyújtatott kére 55.909,936 k. tőkére és 73,343 k. járadékra és 7260 szerződés 43.567,849 k. tőkére és 61,160 k. járadékra létesített. Az év végén érvényben volt 88,440 k. biztosítási szerződés 521.475,546 k. tőkére és 447,839 k. járadékra. A haláleseti, — vegyes és meghatározott lejáratú kötött biztosítások állománya az 1902. évi december 31-diki állományhoz viszonyítva — 3139 szerződéssel 20.608,055 k. összegben — szaporodott. Az 1903. évben halálesetekért, visszavásárlásokért, élet- és járadék biztosításokért 4.471,315 k., a nyeresémenyreszesüléssel kötött haláleseti biztosítások osztalékajlapjaiból és a minimális eredménnyel garantírozott túlélési csoportok alapjaiból és az üzleti nyereségből a társaság által adott összeg hozzászámításával 9.376,257 k., összesen 13.847,572 k. fizetett, míg a tartalékok szabályszerű emelésére fordítottat 14.478,909 k.

A halálesetre nyeresémenyosztalékkal biztosítottak mint nyeresémenyosztalékok az „A” osztalékterv régi részesedési mód szerint 25% -át, új részesedési mód szerint 20% -át, a „B” osztalékterv (emelkedő osztalék) szerint pedig a biztosítás tartama arányában az évi díj 25, 22½, 20, 17½, 15, 12½, 10 és 9% -át kapják. A biztosítéki vagyon a számadási jelentés szerint áll: a tőke- és járadék biztosítások díjtartalékai (biztosítási alapok) 57.706,407 k., a minimális eredménnyel garantírozott túlélési csoportok alapjaiból 83.164,572 k., összesen 140.870,979 k., továbbá a részvénytőkéből 2.000,000 k. s a tőketartalék, különtartalék s az 1903. évről átutalt nyereségből k. 6.878,201, összesen 149.749,180 k.

A társasági értékpapírokon elért 97,946 k. az árfolyamkülönbséti alap javára utaltatott át, míg a kölcsönös túlélési csoportbiztosítások értékpapírjainál

az árfolyamnyereség 380,110 k-t tesz ki, mely összeggel másnemű gyarapodásokon kívül ezen kategória alapjai szaporodtak.

A társaság összes vagyona 159.767.330 k. Ebből Magyarországon van elhelyezve magyar értékpapirokban 13.554.451 k., ingatlanban (társasági ház Budapestben) 1.063.768 k., jelzálogkölesönökben k. 11.563.638, követelés bankoknál k. 93.218, összesen 26.275.075 k.

A részvényeseknek osztalék és felülosztalék gyanánt 400,000 k. osztatik ki; az elélés és halálesetre nyereséményrészesüléssel biztosítottak osztalék-alapja javára 350,000 k. utaltatik, s a rendkívüli tartalékok emelésére 130,000 k. fordítatik. Az 1903. évben a nyereséggel biztosítottak között és az esedékes kölesönös túlélési csoportbiztosítások után 887,674 k. nyereségrészesedés fizetett ki. Az igazgatóságból kilépő gróf Prokesch Osten Antal újból megválasztott. Az 1903. évi részvényesjelvény a társaság bécsi és budapesti pénztárainál április 21-dikétől kezdve 200 k.-val váltatik be.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

**Salvator** kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperj. sz.

**Szliács**

Dr. GRÜNWARD MÓR, kir tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján e nyáron is (20-adszor) Szliácson mint fürdőorvos működik és szívesen ad e gyógyhelyet illető felvilágosításokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesítésről gondoskodva van.)

**Marienbadi Zander-intézet.**

Modernül berendezett intézet, **svéd gyógygymnastika, massage, villamos fényfürdők, száraz-forró légfürdők.** A marienbadi kúrák kitűnő kiegészítése.

Tulajdonos és orvosi vezető: **Med. Dr. Eduard Kraus.**

**PARÁD**

gyógyfürdő.

Gróf Károlyi Mihály tulajdona, Hevesmegyében, vastimsós fürdővel és hidegvízgyógyintézettel, égvényes kőnes savanyúvíz és természetes arzén- és tartalmú vizekkel. — Lakások újonnan épült szállodákban, 146 szobával, uradalmi kezelés alatt állanak; a vendégek élelmezése díszes külön eszernokban bérlet útján Verseghy István jászberényi jóhírű konyhájára bízatik. — Az évad június 1-től szeptember végéig tart, és pedig az elő-évad június 1-től június 20-ig, főévad június 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember végéig. — Az elő- és utóévadban a lakások 30 %-kal olcsóbbak. — Ingyen prospektussal s minden felvilágosítással készségesen szolgál a fürdőigazgatóság.

**Természetes ásványvizek**

**Rákóczy, Pandur keserűvíz**

**Maxbrunnen** diaet. asztali víz diuretikus hatással.

**Bockleter Stahlbrunnen**

közvetlenül is megrendelhető.



**Szíves tudomásul!**

Azon okból, hogy a magyar betegek és orvosok a megbetegedések számtalan fajánál használt jódsó alkalmazásánál mindig külföldi jódsóra voltak szorulva, czégem forgalomba hozta az

**első magyar jódsót**

**A BÁZNAI JÓDSÓT**

mely az erdélyi báznai Victoria jód-bromsós forrás nagy gondal előállított terméke.

A BÁZNAI JÓDSÓ Hankó tanár elemzése szerint jód-tartalmára a **legkiválóbb külföldi jódsókat felülmulja**, vagy legalább velök vetekedik. Ezért mindazon betegségeknek (**lues, scrophulosis, tuberculosis, exsudatumok, a női és férfi húgy- és nemi szervek megbetegedései, hénulások, a légzőszervek krónikus hurutos betegségei stb.**), melyeknél akár házi fürdők, akár elpárolva belégzések céljaira eddig külföldi (darkau, zablaci) jódsókat kellett használni, ma már teljes joggal a „BÁZNAI JÓDSÓ” alkalmazható; először mert hatása legalább is oly jó, mint a külföldieké, másodsor mert magyar termék, harmadsor mert **sokkal olcsóbb, mint a külföldieké.**

A klinikáknak, az előkelőbb kórházaknak és orvosoknak a „BÁZNAI JÓDSÓ”-ról szóló észlelési eredményeiket most kértük be.

Tisztelettel

**ÉDESKUTY L.**

kizárólagos elárúsító.

**TARCSA gyógyfürdő**  
Vasvármegyében.

**Glaubersó-tartalmú szénsavdús vasforrások.**

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olesó lakások; **villamvilágítás**, 4 jó vendéglő, gyógyszerár, naponta kétszer zene; szép kirándulások. A női szervek bántalmi, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

**Évad május 22-től szeptember végéig.**

Az évad kezdetétől június 15-ig és augusztus 15-től szeptember végéig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágosítással szolgál és kívánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. Állandó fürdőorvos Barta Kornél dr. v. tanársegéd. Tarcsai Károly-forrás különösen mint óvszer járvány esetén kitűnő ivóvízzel ajánlható. Megrendelések Tarcsafürdő igazgatóságához és Budapestben Édeskuty L. cs. és kir. udvari szállítóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők. Vasúti állomás, posta és távirtda helyben. Budapestről és Győről naponta Tarcsafürdő feliratú közvetlen I—II-od osztályú kocsik közlekednek oda-vissza.

**KISSINGEN**

**Verwaltung der k. Mineralbäder Kissingen & Bocklet.**

# Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirada. Prospektus ingyen.

Gyönyörű fekvés, éleyn-dús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stílusban. Hidegviz-kúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus kamrák, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközli székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok és légső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóan Karlsbad és Marienbadhoz.

## RONCEGNO

természetes arzen-vasasforrás

ismeretes és gyógyüzemben 1856 óta.

Minden országban egész éven át legjobb sikerrel alkalmaztatik házi kúrákhoz; ajánlva számos orvosi tekintélytől vérszegénység, chlorosisnál, a vér megbetegedéseinél, malariánál és utóbajainál, bőr-, ideg- és női bajoknál, Basedow-kóránál stb.

Kapható minden gyógyszerárban.

**Roncegno fürdő** (a Valsugana-vasút állomása 535 m. tenger fölötti magasságban) ásvány- és mindennemű modern fürdők és gyógyászati segédeszközök.

**Grand Hotel des Bains**, elsőrendű, 200 szobával és szalonnal, minden komforttal. Árnyas nagy park. Illatos, pormentes levegő. Gyógyzene. Az összes nyári sportok. Nyári hőmérséklet átlag 18—22°. Fürdőidény május 20-tól október 15-ig. Prospektusokat küld a fürdőigazgatóság Roncegno (Dél-tirol).

### Zabl. ferri pepton. cum arseno sec „Bleyer“

(0.10 ferri pept., 0.0001 Na arsen).

Az I. számú belgyógyászati klinikán volt tudományos kísérlet tárgya, ezen kiváló hatású készítmény kitűnő sikerrel adagolható vérszegénység és sápkóránál, vérvesszeség utáni gyengeségnél, a különböző chron. betegségek (bc. lues stb.) után fellépő másod. vérszegénység. Adagolás: 6—10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 2 korona 40 fillér.

### Zabl. ferri pepton. bromati sec „Bleyer“

(Tart. 0.10 vas pept 0.25 Natr. brom).

Az I. számú belgyógyászati klinikán végzett kísérletek szerint szintén kiváló hatású készítmény vérszegénységgel párosult idegesség, álmatlanság, ideges emésztési zavarok, Basedow-kór, hysteria stb. ellen. Adagolás: 6—10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 3 ko. onn.

Mindkét készítmény a vasat félig emésztett állapotban tartalmazza és így oly esetekben is adagolható, midőn más vaskészítmények a csökkent gyomor-emésztés folytán nem tüntetnek.

Az orvos uraknak kívánatra minta és irodalom áll rendelkezésre.

Kapható a gyógyszertárakban és a készítőnél  
**Bleyer Károly „Xunnia“-gyógyszertára**  
Budapest, VII., Erzsébet-körút 56.

## Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magánygyógyintézet. Felvétetnek férf- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hisztaló kúrák. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladékok (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

**Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.**

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

Vegyészeti gyár  
**Dr. Fritz és Dr. Sachsse**  
Sollenu a Südbahn

## ALBOFERIN

Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, fosfor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecsés  
90.14% fehérnye, 0.68% vas, 0.324% phosphor.

**Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzájárul nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolate-tabletták 100 db. = K. 1.80.**

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesszeség, vesebajok, reconvalescensok és szoptatás nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógyszerárban és nagyobb drogueria-üzletben.

## Dr. Römpler sanatoriuma

tüdőbetegek számára

Görbersdorf, Sziléziában (550 m.)

Első endü intézet remek fekvésű hegyvidéken. Nagy fekvőcsarnokok, sétafolyosók, villamos világítás, lift, magyar orvos. Képes magyar prospektusok.

## CONTRATUSSIN

„BAYER“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

## Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VI. ker., Ó-utca 42.

Wonke Rezső műszerész

Wien, IX/3. Universitätsstrasse 12.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fény-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrált árjegyzék ingyen és bérmentve.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrásy-út 50. (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

**Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.**

## Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és fölszerel

**Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég**

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő gyogyszeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

WIEN, I,  
Naglergasse 21.

**Tuberculosisnál és hurutos bajoknál**  
a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető  
Guajacol-készítmény:

**Syrupus Guajacoli comp. Hell**

Synonim: **Phthisin** szörpalakban vagy

**Capsulae Guajacoli comp. Hell**

Synonim: **Phthisin** kapsulákban legjobb sikerrel  
alkalmaztatik.

**Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte**

**A Guajacol-készítmény** a legmegbízhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kálium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll. Mivel az anyag mint olyan hygroscopikus, csak a következő alakban kerül forgalomba:

1. **Szörp**, melyben 6%-a van a szernek és melyet **Syrupus Guajacoli comp. Hell**-nek neveznek.
2. **Gelatin-tokok**, minden tok 0.25 gm. Guajacolt tartalmaz és **Capsulae Guajacoli comp. Hell** név alatt szerepel.

Egy teáskanál szörp egy tokoeska tartalmának felel meg. — Adag: 3-4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3-4-szer napjában 1-2 tokoeska.

**Irodalom:** „A tüdőtuberculosis kezeléséhez”, *Medic.-Chirurg. Centralblatt* 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez”, *Aerztliche Centralzeitung* 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése”, *Aerztliche Centralzeitung* 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez”, *Wiener med. Presse* 1902. 45. sz.; *Medicin-Chirurgisches Centralblatt* 1902. 44. sz.; Leipzig. *Reichs Medic.-Anzeiger* 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

**Ára egy üvegnek 3 kor., egy doboz tokoeska 2 kor.**

*A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.*

**G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.**

### Mélyen tisztelt Orvos Úr!

Engedje meg kérem, hogy becses figyelmét felhívjam egy általam összeállított készítményre, a **Liquor thiocoli comp.**-ra. E készítményem megfelel a Phthiseoterapia követelményeinek, a benne foglalt hatóanyagok segítségével, mint a vele eddig folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, igen kedvezően befolyásolja a phthisikusoknak táplálkozását és anyagcserejét s így tökéletesen pótolja, némely tekintetben felülmúlja a hasonló külföldi készítményeket.

**A Liquor thiocoli comp. sec. Eibach**

melynek főhatóanyaga a thiocol (kali guajacol sulfonic) kombinálva igen hatásos stomachicumokkal, különösen ajánlható: **A légzőszervek megbetegedéseinél**, idült hörghurut, emphisemánál, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a **tüdőgyulladások** minden alakjánál, mint specifium.

Adagolása: felnőtteknek naponta 3 kis evőkanállal, gyermekeknek 3 kávékanállal, evés előtt veendő.  
**Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.**

Mindezek alapján vagyok bátor kérni igen tisztelt Orvos urat, legyen kegyes a **Liquor thiocoli comp.**-al kísérletet tenni és kedvező eredmény esetén becses gyakorlatában alkalmazni

Kiváló tisztelettel

**Eibach Ödön, gyógyszerész**

VI. ker., Andrassy-út 55. sz.

A világ legjobb  
keserűvize.



Páratlan  
a maga nemében.

**Saxlehner András, Budapest**  
cs. és kir. udvari szállító.

## Hunyadi János

természetes keserűvíz.

**Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.**

Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaczk címkéjén a **Saxlehner András** nevet figyelembe venni.

**Armour**  
**„Soluble Beef“**  
tudományos — nem pedig képzelt  
tápanyag.

Oly tápanyag, mely a hús összes tápértékét képviseli és tudományos módon úgy van elkészítve, hogy a legjobban megfelel a gyengült erejű emésztésnek és áthasonításnak.

A „Soluble Beef“ tápértéke a legjobban kitűnik, ha összehasonlítjuk a nyers húslével, mely 2-5% proteidet tartalmaz és régóta szolgál betegek táplálására. A „Soluble Beef“-el végzett és a „The Lancet“-ben közölt vegy. lemezés mutatja, hogy 54% proteidet tartalmaz. Ezen alapon mondhatjuk, hogy **10-20 teáskanálnyi nyers húslé értékével egyenlő 1 teáskanálnyi „Soluble Beef“.** A „Soluble Beef“ csillapítólag hat a gyomor és a belek nyálkahártyáira és mivel minden izgató tulajdonságtól ment, önmagától ajánlkozik oly esetekben, mikor más tápszert a beteg el nem tűr.

**Armour & Cie, Chicago U. S. A.**

Mintákat és ismertetést az orvos uraknak kívánatra ingyen küld a magyarországi főraktár:

**Gyógyszertár a „Nádor“-hoz**

**Dr. Egger Leo és Egger J.**

Budapest, VI. kerület, Váci-körút 17. szám.

## Lecithin Richter

Indic.: Neurasth., Rhachitis, Tbc., a testsúlyt növeli.

## Tabl. Lecithini Richter

0.05 és 0.025 gm.

## Ol. Jecoris Aselli c.

Lecithino sec. Richter.

## Lactolecithin Richter

Lecithines tejezukorpor.

Használható minden gyógytárban.

Főraktár

**Richter G. „Sas“-gyógytára**

Budapest, IX., Üllői-út 105.

Közlemény a Bródy Adél-gyermekkorház sebészeti osztályáról.

## A korai operálás a féregnyúlvány gyuladásának (appendicitis) gyógyításában. Különös tekintettel a gyermekek féregnyúlvány-gyuladására.

Irta :

ALAPY HENRIK DR.

egyetemi magántanár, a Bródy Adél-gyermekkorház sebészfőorvosa.

(Részben a budapesti kir. orvosegyesület sebési szakosztályában 1903. ápr. 30-dikán — részben a kir. orvosegyesületben 1903. okt. 24-dikén tartott előadás.)

Az utóbbi évek munkálatai a féregnyúlványlob irodalmát csaknem beláthatatlanná növesztették; erre való tekintettel épen-séggel nem szándékom az appendicitisre vonatkozó összes adataink ismertetésével foglalkozni, hanem csupán a leg-lényegesebb *vitás pontokat* óhajtom tárgyalni.

Előrebocsátom, hogy tapasztalatom csaknem kizárólag gyermekek — az első és második évtizedben levő egyének — vakbélgyuladására vonatkozik és hogy következtetésem is ezekre vannak alapítva.

A féregnyúlvány lobja par excellence a gyermekkor és a serdülő kor betegsége; a mi természetes is, miután a féregnyúlvány olyan képlet, mely fiatal korban bőven el van látva nyirktüszőkkel, melyek a későbbi korban részben elsorvadnak; és így az appendicitis is ép oly „növekvési betegség”-nek minősíthető, a milyenek a vérkészítő apparatus más szerveinek a lobos bántalmái, mint pl. a lymphadenitis és az osteomyelitis. Innen van az, hogy az összes appendicitisek több mint harmad-része az élet első és második tizedében fordul elő. Ismétlem, hogy — pár eset kivételével — tapasztalataim erre a korra vonatkoznak. Hozzá merem azonban tenni, hogy innen levont következtetésem csekély változtatással felnőttekre is teljesen ráillenek. Azzal a változtatással t. i., hogy a felnőttek vakbélgyuladásával szemben inkább fel vagyunk jogosítva valamivel *kevésbé radikálisan* eljárni.

Ez persze furcsán hangzik. Hiszen megszoktuk, hogy a legkülönbözőbb fajta betegségekben gyermeknél jóval konzervatívabbak lehetünk, mint felnőttél; hogy kisebb terjedelmű, kevésbé beható, egyáltalán kevesebb műtéttel érünk el gyógyulást, mint felnőttél. Csak egy példát említek: a gümőkóros csont- és ízületlobot. Tudjuk, hogy olyan súlyos esetekben, melyeket felnőttél amputálni vagyunk kénytelenek, a gyermeknél a — többnyire atypikus — resectional vagy kicanalizással a végtagot megtarthatjuk; a hol pedig a felnőttél resectio vagy csontkimetszés indikált, ott gyermeknél egy pár jodoformbefecskendéssel, rögzítő és tebermentesítő készülékekkel csaknem minden esetben műtét nélkül érünk el gyógyulást stb. stb.

A féregnyúlvány gyuladásánál azonban a dolog épen megfordítva áll. Ez a betegség természetében rejlik, abban a körülményben t. i. hogy a gyermekkorban az appendicitis

sokkal súlyosabb betegség, mint későbbi korban. Némileg meglep, hogy ez nem általánosan ismert dolog. Sőt ellenkezőleg.

Ha a műtét javallatát állítom fel, gyakran van alkalmam kartársaimtól hallani, hogy tekintetbe véve azt, hogy gyermekkel van dolgunk, mely a műtétet nem állja oly jól mint a felnőtt, továbbá miután a gyermeknek gyógyhajlama nagyobb levén, amúgy is több kilátása van a spontán gyógyulásra: a műtéttől, legalább egyelőre, álljunk el.

Ez a felfogás éles *ellentétben áll a tényekkel*. Épen megfordítva áll a dolog. Úgy t. i., hogy ha a tünetek alapján ingadozunk, hogy operáljunk e vagy sem, akkor a beteg fiatal kora a radikális irányban kell, hogy befolyásolja döntésünket. Ezt a legtöbb szerző hangoztatja. Így pl. *Sonnenburg* ezt írja: „Gyermekeknél a látszólag első roham rendkívül hevesen lép fel és az esetek túlnyomó többségében appendicitis perforatívával, igen gyakran gangraenosával... van dolgunk. Sőt virulens fertőzés következtében gyermeknél gyakrabban, mint felnőttél az appendicitis simplex is heves tünetekkel... léphet fel. Ezért a lefolyás gyakran kiszámíthatatlan, a betegség nagyon alattomos jellegű.”<sup>1</sup> *Beck* tanár karlsruhei osztályán pláne az a nézet uralkodik, hogy „gyermekeknél a bántalom jóslata különösen rossz, ezeknél mindig primaer kellene operálni, akár enyhén, akár súlyosan lép fel.”<sup>2</sup> A különben nagyon konzervatív *Rotter*, ki 1896-ban még azon az állásponton volt, hogy a szabad időközben csak akkor ajánl műtétet, ha a beteg már három rohamot kiállott, vagy ha a roham után a nyúlvány állandó érzékenysége maradt vissza: 1900. óta azt a gyakorlatot követi, hogy *minden fiatal egyénnek* már *egyszeri* roham után ajánlja a gyökeres műtétet.<sup>3</sup>

Igen számos más szerző, a kiket itt névleg nem idézek, nem mondja ugyanezt szó szerint, de ha körtörténeteiket végig tanulmányozzuk, mindenütt azt a benyomást nyerjük, hogy a

<sup>1</sup> *E. Sonnenburg*: Pathologie u. Ther. d. Perityphlitis. Leipzig, 1900. 4. kiad. 27. l.

<sup>2</sup> *Blos*: Über d. Entzündungen des Wurmfortsatzes. Beitr. z. klin. Chir. 1901. 32. köt. 2. füz. 430. l.

<sup>3</sup> *J. Koch*: Erfahrungen üb. d. chron. recidivirende Perityphlitis etc. Arch. f. klin. Chir. 1902. 67. köt. 2. füz. 261–262. l.

fiatal egyének, főleg a gyermekek féregnyúlványlobja sokkal súlyosabb bántalom mint a felnőtteké.

Ezt a tényt bizonyítják saját eseteim is. Tapasztalásom a Bródy Adél-gyermekkorház, részben sebészeti, részben belosztályán kezelt 85 esetre vonatkozik; de ha ezekből leszámítom azokat, kikről, miután a belosztályról operálatlanul távoztak, további értesítést nem tudtam kapni, csak 61 eset marad.

Nézzük mindenekelőtt, hogy ezek közt milyen arányban fordult elő az a complicatio, mely az ilyen betegek életét leginkább fenyegeti, t. i. az általános diffus hashártyalob. Operálatlanul meghalt peritonitisben négy beteg (1, 3, 6 58. sz. kórtört.), még pedig mind a négy az első rohamban. Ezek többnyire abból az időből valók, midőn belosztályunkon, a hová e betegek felvétettek, a mainál konzervatívabb irány uralkodván, az ily esetek nem kerültek műtetre: csupán egynél (58) utasítottam vissza az operációt, mint kilátás nélkülit, a mennyiben a gyermek a diffus hashártyalob 4-dik napján, collapsusban került a kórházba.

Meghalt további 4 beteg (12, 14, 25, 26), kik diffus hashártyalobbal (egyik közülök — 26 — összenövéses bélszárdással is) igen rossz állapotban, collapsusban lettek operálva és pedig egy a második napon, egy a harmadik napon, egy az ötödik, egy a tizedik napon került műtetre. Megjegyzem, hogy én csak azokat az eseteket minősítem diffus hashártyalobnak, melyekben tényleg az egész hashártya meg van támadva. És hogy én az irodalomban talált nagyszámú adatot, a hol az állítólagos diffus peritonitis második napján túl végzett hasmetszés a beteget meggyógyította, bizonyos skepsissel fogadom. Nekem is vannak eseteim (20, 24, 28, 40), a hol nem az első vagy a második napon, de jóval később operálva azt találtam, hogy a tályog a jobb oldalról áterjed a bal hypogastriumba, sőt hypochondriumba és a kis medencébe, de a kikenél a has felső része mindenek szerint szabad volt, továbbá a vékonybelek a közepén össze voltak egymással egy csomóba tapadva, melynek belsejét geny nem érte; ezek kellő ellenyilások készítése után szépen meggyógyultak, vagy ha később elpusztultak is, halálukat nem a hashártyalob, hanem utóbb fellépett más szövödmény okozta. (24, 40.)

De ezeket én nem tartom általános, csak nagyon kiterjedt hashártyaloboknak. Az öt halálos eset közül csak egynek (12) volt már harmadik recidívája, a többi négyet az első rohamban érte a halálos complicatio.

A diffus hashártyalobon kívül a sepsisnek még két faja van, mely a vakbéllobban szenvedő beteg életét fenyegeti. Az egyik a nyirk-, illetve a vérpályákon tovaterjedő fertőzés, mely az eredeti gócczól távolos helyeket támad meg. Ilyenek 14 esetét a nyáron közölte itt Dollinger tanár a Gerster Á. new-yorki sebész gyakorlatából.<sup>1</sup> Eseteim közül két betegnél talákoztam ezzel a szövödménnyel. Az egyik egyik egy 12 éves fiú volt, kinél a májban lépett fel septikus thrombophlebitis, mely miatt a fiú élete sokáig forgott veszélyben. Ez meggyógyult. (21. sz. eset.) A másik (19) egy négy éves lányka, kinek szülei az 1902. év január havában ajánlott műtétbe nem akartak beleegyezni. Tünetei még 5/4 évig fennállottak, a mikor meningitisben pusztult el. Ennek kiindulási pontjául a bonczolat más gócczot nem tudott kideríteni, mint egy diónyi tályogot, melyben az app. vége és a jobb petefészek voltak beágyazva.

A nyirkutakon (vagy talán per continuitatem) tovaterjedő fertőzés másik neve azt a rettegett complicatiót idézi elő, mely mint az összetapadt belek közt szétszört, a vakbélből távolabb eső többszörös tályogképződés ismeretes. Ilyen négy volt (28, 38, 45, 46), melyek közül egy halálosan végződött.

45. Z. Matild, 7 éves. Felv. a belosztályra 1903. április 9-dikén a második roham hatodik napján, a bal hypogastriumban érezhető ökölnyi tumorral 37.6—37.8 hőmérsékkel, 128—132 érveressel. Április 11-dikén áttétetett a sebészi osztályra. Incisio chlorof-narc.-ban, a tumor legnagyobb domborulatán. Az ökölnyi üreg czafatos savót tartalmazott,

<sup>1</sup> Gerster Á.: A vena portae gyökereinek septikus thrombosisáról és a pylophlebitisről, néhány megjegyzéssel a „hashártyasepsis”-hez. Orv. Hetilap. 1903. 27—29. sz.

melyből sárga staphylococcus tenyésztett ki. Tampon. A végbelet előbholosító üreg innen nem levén elérhető, ennek kiürítése a Douglas-üregben (végbelet) át. Egy hétig jól érezte magát 36.9—37.3 hőmérsékkel, 88—108 pulssal. Április 19-dikén. Több ízben hányt, a has puha, nem puffadt, sehol sem érzékeny. Április 23-dikán 38°. Az egész testen diffus pir. Skarlót miatt áthelyezés. Április 26-dikán. Hasfájás, főleg jobboldalt. Április 28-dikán. Két nap óta 38—39 h., 140 p., reggel óta a has puffadt. Bemetszés jobboldalt. Geny ürül a szabad hasüregből. Tampon. Május 1-sején. Exitus. Sectio: Diffus hashártyalob.

Hogy a multiplex tályogképződés gyógyult esetei is mily hosszú súlyos lefolyás után épülnek csak fel, annak illusztrálására két kórtörténet kivonatát közlöm.

28. B. Aladár, 3 1/2 éves. Felv. a belosztályra 1902. augusztus 27-dikén. Áttétel a sebészi osztályra szeptember 3-dikán. Félév előtt első roham. Jelenleg a második roham 16-dik napja. Főtünet: hasgöresök, néha hasmenéssel. Sovány, sápadt gyermek. Az egész alhasban kiterjedt tompulat, resistens, nem hullámzó tumor. A végbélvizsgálatnál a medence mindkét felében tömött, nem hullámzó duzzanat. Szeptember 3-dikán. Műtét narcosisban. A bal hypogastriumban (hol a tumor kifejezettebb) ferde metszés ökölnyi tályogba vezet, melyből bélsárszagú geny ürül. A tályog felterjed a bal vese alá, itt ellenyilás. Jobboldalt a tipikus helyen ferde metszés összetapadt belekre vezet, melyek szétválasztása után bűzös geny ürül. A féregnyúlvány nem látható. A lefolyást torokdiphtheria és j. o. tüdőlob komplikálta annyira, hogy csak december 9-dikén lehetett radikálműtétet végezni, mely elég neheznek bizonyult, a mennyiben a bemetszés igen kiterjedt és igen erős összenövés közre vezetett, melyek szétválogatása közben még borsónyi tályog nyílt meg. A mediális irányban haladó, a vakbéllel és ileumkacsokkal erősen összenőtt app. csücsával a kis medence falához volt növe. Kiirtás. A esonk ellátása manchetta-készítéssel.

Azután a hasfalsérv műtete a három réteg (1. belső izomréteg, 2. külső ferde izom, illetve aponeuosis, 3. bőr) szétválasztásával és rétegenkénti összevarrásával. A kiirtott 8 cm. hosszú féregnyúlvány két szükületet mutat, a szükületek közti tágult részben két bélsárcó. A gyógyulást még hasfaltályog és varicella zavarta, úgy hogy csak 1903. február 1-sején lehetett gyógyulva hazabocsátani. Azóta jól van, meghízott.

A másik S. G., három éves magánbeteg volt. (38. sz. kórtört.) Felv. 1903. február 2-dikán. A harmadik (?) roham hatodik napján. Főtünet: rendkívül heves fájdalom a vizelésnél. Láztalan. Vizelet tiszta. A köldök és a symphysis közt fájdalmas resistentia, a plica vesico-rectalis főleg bal felé kitöltött.

Február 3-dikán. Műtét chlorof-narc.-ban. A most puha hasra tett egyik kéz és a rectumból tapintó másik kéz ujjá közt a tumor hullámzik. Bemetszés a középvonalban. A belek oly erősen össze vannak tapadva, hogy tájékozás czéljából feljebb meg kell nyitni a szabad hasüreget. Az ide bevezetett ujjal fel lehet ismerni, hogy a tumor a kis medence felé húzódo összenőtt belek határolják, illetve részben képezik. A hasír ép felső részének feszes tamponálása után a bélkacsok szétválasztásához fogunk, míg geny bugygyan elő. A tályog levezet a kis medencébe. Ide gaze-zal körülcavart drain. A genyben streptococcusok és egy diplococcus.

A lefolyás nem sima. Pár nap múlva a vizelés újra fájni kezd. Láz. Hasmenés.

Február 16-dikán. Bemetszés jobboldalt a tipikus helyen. Itt is erős összenövés. Ökölnyi tályog, mely a másikkal nem közlekedik. A féregnyúlvány számos összenövés szétválasztása daczára nem található. Tampon.

Február 27-dikén. Kanyaró. Márczius 6-dikán. Otitis media sim.

Csak márczius 31-dikén vált láztalanná, fájdalmi alig vannak.

Április 22-dikén. Radikálműtét, melynél az app. könnyen meg volt található, csak leválasztása ment nehezen, a mennyiben csücsa a mediális sipoly falához igen erősen oda volt növe. Kiirtás. Hassérv-műtét.

A kiirtott nyúlvány distális vége visszakunorodott, közepén stenosis, e mögött babszemnyi rétegzett bélsárcó, a nyúlvány tartalmából bacillus pyocyaneus nőtt ki.

Sima lefolyás után V. 14 gyógyulva távozott.

Aránylag gyakran talákoztam betegeim közt az appendicitis egy másik ismeretes szövödményével, mely az életet még inkább fenyegeti, t. i. a bélszárdással. Nemesak a Lennander-féle reflektorikus bélhűdéssel, mely mechanikus passage-akadály nélkül jöhet létre minden hevesebb app.-rohamnál; a minőt három betegemnél (34, 53, 54) láttam. Hanem a valódi összenövéses bélszárdással, mely a roham után, az ezt követő hetekben, de néha app.-roham nélkül is oly lappangó módon kezdődhetik, hogy kezdetét alig lehet felismerni. Ilyet hatot láttam; az egyik (18) collapsusban került műtetre s a bélmegtörítés könnyen sikerült megoldása után pár órával még ugyanazon collapsusban meghalt; ugyancsak halálosan végződött egy másik (26), kinek nemesak bélmegtörése, hanem már diffus hashártyalobja is volt. Mindkettő látszólag első roham. Két másik haláleset még jobban illusztrálja a bántalom alattomos voltát. Az egyik (24) egy öt éves leányka, ki az első roham 14-dik napján került műtetre óriási nagy tályog-

gal, mely a jobb hypogastriumból áttért a kis medencébe s innen fel a bal hypogastriumba, hol ellennyilást kellett készíteni. A műtét után az addig nagyon elgyengült gyermek összedete magát s heteken át igen jó közérzésnek örvendett, csak székrekedése volt, melyen hol beöntésekkel, hol hashajtókkal kellett segíteni. De ez nem lehetett meglepő, mert már azelőtt is éveken át szenvedett obstipatióban. A bélszűkülés jellegzetes tünetei nem voltak jelen, a bélzáródás oly lappangva fejlődött, hogy alig volt felismerhető, mégis hosszú ideig fejlődhetett, mert midőn hat héttel az első műtét után a bélzáródás gyanúja miatt laparotomiára került, akkor a megtörés könnyen meg volt ugyan oldható, de a megtörés feletti bélrészlet már oly nagy kiterjedésben volt fekélyes („Dehnungsgeschwüre“ Kocher), hogy a leányka már nem volt megmenthető.

A másik egy nyolcz éves fiú (52), kit az első roham ötödik napján operáltam; a tályogban jól látszott ugyan a kis medence felé haladó féregnyúlvány, de kiirtása nehéznek bizonyulván, ettől ez alkalommal elállottam. A radikálműtétet a szokottnál korábban végeztem, t. i. az első műtét után tizenkettő napra, azért mert a fiú, bár jól érezte magát, a tályognyitás után is subfebrilis maradt. Most a követ tartalmazó perforált nyúlványt elég könnyen ki lehetett irtani s a csonkot a typosos módon ellátni. Keskeny szalag kivételével hasfalvarrat.

Ezután a műtét után a fiú 17 napon át teljesen jól volt, *naponta spontán székürüléssel*. Tizenheted nap hányni kezdett, némi hasfájása támadt, nyomásra a has nem volt fájdalmas, nem volt puffadt, merevedő bélkacs sehol sem látszott. Ilyen kevés tünet mellett is arra szántam magamat, hogy ha másnapig tünetei két-három beöntés daczára nem enyhülnének, a sebet újra felnyitom.

Erre azonban nem került sor, mert 24 órával tünetei fellépte után a fiú meghalt. A boncolásnál a hasfalébe három vékonybélkacsot találtunk odanöve, a legalsót szögletbe törve.

Addig, míg a bélzáródásnak csak ily rövid időn át fennálló és ily homályos klinikai tünetei vannak kifejlődve, a műtétre való elhatározás nem könnyű, mert sokszor nem is jogosult. Mint például abban az esetben (60), mely jelenleg osztályomon fekszik. Egy 11 éves fiút operáltam IX. 24-dikén, az első roham hetedik napján. A műtétnél az ökölnyi tumor összetapadt beleken kívül főleg mirigyduzzanatnak bizonyult, s miután összefolyó tályogüreget nem leltem, a nyúlvány keresésére indultam. Bizonyos fáradsággal meg is találtam a vakbél mögött, perforálva, egy mogyorónyi tályogban. Kiirtás, a csonk egyszerű lekötésével, a lekötő fonálnak az aponeurosis-hoz való kiöltésével. A gyermek 16 napig teljesen jól érezte magát, míg október 10-dikén, a műtét utáni 16-dik napon hányni kezdett, szék- és szélrekedés lépett fel, nem heves hasfájással. 1—2 beöntésre szék és szelek kezdtek ürülni, a hasfájás megszűnt, harmadnapra a hányás is. A fiú azóta is teljes jóllétnek örvend, csak spontán székürülése nincs. Ennél a korai beavatkozás csakugyan nem lett volna jogosult, mert bár nem lehetetlen, hogy kezdődő összenövésével és bélszűküléssel állunk szemben, az is lehet, hogy egyszerű indigestio volt.

A hatodik esetben a már nagyon közélről fenyegető bélzáródás csak véletlen műtéti lelet volt.

36. Ö. Jenő, 6 éves. Felvétetett 1903. január 5-dikén. Két évvel azelőtt a belosztályon feküdt pericystitis kórismével, tályogja ekkor a bélbe fakadván, tünetei elmúltak. Azóta négy rohamja volt, jelenleg az ötödik roham harmadik napján van, hidegrázással, hányással, székrekedéssel, heves hasfájással és vizeletési fájdalmakkal, ökölnyi tumorrall. Incisio narcosisban. Körülbelül 100 gramm bélsárszagú geny ürült. Tamponade. Február 19-dikén gyökeres műtét. A féregnyúlvány mediálisan ered, mint tollszárvastag képlet halad 2 cm-re, itt oly erősen van a vakbélhez tapadva, hogy csak késsel metszhető le, azután hirtelen megvastagszik és egymáshoz tapadt szárú U alakjában fut a hasfali sipolyhoz. A megvastagodás helyén egy a vakbélből távolabb eső vékonybélkacs van hegyes szögletbe törően a nyúlványhoz szilárdan odanöve. A nyúlvány leválasztása és kiirtása után a csonk ellátása manchetta-képzéssel. Háromrétegű hasfalvarrat. Márczius 7-dikén gyógyultan távozott.

A féregnyúlványban a megvastagodás helyén alig átjárható szűkület van, mely a nyúlványt egymástól élesen elkülönített két részre osztja. A proximális rész nyákhártyája halvány és egy pár gombostű-

fejnyi véromlányon kívül más eltérést nem mutat (a mi persze nem bizonyítja, hogy egészséges). A vastag distális rész nyákhártyája felazult, duzzadt, sötétvörös, tartalma híg barna savó, falzata, különösen az izomréteg erősen megvastagodott. Nem szenved kétséget, hogy ez a beteg imminens életveszélyben forgott, melyből a műtét mentette ki, de melyre a műtét előtt semmi jel nem mutatott.

Ha a szerencsétlen kimenetelű eseteket összegezem, azt látjuk, hogy olyan haláleset, mely a műtét kérdésével összefüggésben nem áll, csupán a bántalom súlyos volta által van feltételezve, van legalább 11. A mi 60 esetre számítva több mint 18%-nak fel meg. A betegség alattomos természetével szólni az is, hogy csak egynek volt harmadik rohama, egynek  $\frac{5}{4}$  éven át tartó idült kellemetlenségei, a többi kilenczet már az első rohamban érte a halálos szövődmény.

Ilyen rosszul áll a dolog a roham spontán gyógyulására nézve. A bántalom gonosz indulatának másik kifejezését abban találok, hogy a betegség spontán gyógyulásának, t. i. gyökeres gyógyulásának lehetőleg még rosszabbak a kilátásai.

Hogy az *appendicitis magától is meggyógyulhat*, az bizonyos, nemesak a nyúlvány belsejében lefolyó lob, hanem az átfürödással és tályogképződéssel járó appendicitis is meggyógyulhat gyökeresen; vagy úgy, hogy a geny felszívódik, vagy úgy, hogy a tályog kiürül s később a nyúlvány obliterálódik. Lehet, hogy a tályog némely esetben talán azon az úton ürül ki, melyet *Sahli öndrainage*-nak nevezett el, mely úgy jönne létre, hogy az egyfelől a tályogba perforált, másfelől a vakbél felé nyílt féregnyúlvány a genyet a bél üregébe vezeti el. Bizonyosan kiürül a tályog sok esetben oly módon, hogy valamely testüregbe, például hólyagba, bélbe, hüvelybe stb. fakad.

Meg kell jegyeznem azonban, hogy a bélbe stb. való áttörés, melyet oly kedvező esemény gyanánt szokás üdvözölni, még nem kell, hogy maradandó gyógyulással járjon. Körtörténeteim közül ötszer találok feljegyezve; négyeszer a bélbe (22, F. Malvin, 30, 36), egy esetben a húgyhólyagba (7) való áttörést. Ez utóbbi hosszas betegeskedés után felgyógyult és orvosa jelentése szerint két év óta gyógyultnak is látszik. Az előbbieket közül egynek sorsáról nincs tudomásom, a másik (22) egy év múlva gyógyultnak látszott, kettőt azonban (30, 36) utólag operálnom kellett s a műtétnél való megtekintés azt mutatta, hogy a bélbe történt régebbi áttörés gyógyulásra alkalmatlan, rossz viszonyokat teremtett.

Ismétlem azonban, bizonyos, hogy az *appendicitis magától is teljesen meggyógyulhat*. Hogy azonban meghatározhatassuk, vajjon a nem operált esetek közül melyik gyógyult, melyik nem, e célból előbb azt kell eldöntönnünk, kit tekinthetünk *gyógyultnak*? Vagyis, hogy azokból, kik rohamukból belorvosi kezelés mellett lábadtak fel, kiknél van jogunk később azt feltételezni, hogy nemesak rohamuk, hanem betegségük is meggyógyult?

Azt szokták mondani, hogy a kinek egy év elteltével nem volt még recidívája, az valószínűleg meg van gyógyulva. Ez lehet; csak hogy recidiva alatt nem kell ám kifejezett újabb rohamot érteni. Ennél sokkal gyakoribbak az úgynevezett *idült tünetek*, a melynek: a hasmenésre való hajlam vagy a makacs székszorulás, rossz étvágygyal, a gyakori kólikaszerű hasfájás émelygéssel és hányással vagy a nélkül, a testmozgás (torna, munka vagy csak az egyszerű járás) közben fellépő hasfájás. A kinél e tünetek egyike vagy másika jelen van egyrészt, másrészt nyomásra a vakbél tájéka kifejezetten érzékenyebb mint a has bármely más helye, *annak féregnyúlványa bizonyosan beteg*, feltéve, hogy más szervi bántalom kizárható. Az a körülmény, hogy tumort, resistentiát, kolbász-alakú képletet stb. nem tapintunk, ne hozzunk zavarba, hiszen ilyet az idült féregnyúlványlobnak csak azon alakjainál várhatunk, a hol eltokolt tályogmaradék, vagy igen megvastagodott falzatú empyemás nyúlvány van jelen; ezek pedig aránylag ritkább alakok. Ha ilyet találunk, a kórisme annál biztosabb. *Keresni* azonban csak a nyúlvány kifejezett *érzékenységét* vagy fájdalmasságát kell. S azért a tapintás ne legyen a megszokott, egész tenyérrel gyakorolt palpatio, hanem csak *egy ujj csúcsával* végeztessék, melylyel lassan, fokozatosan, de mélyen kell tapintani, lehetőleg a m. rectus külső széle alá. Mindig összehasonlítva a leletet a túloldalival.

Ez a lelet t. i. a leirt subjectiv tünetek mellett fennálló lokális nyomási fájdalom annyira megbízható, hogy a hol ennek alapján operáltam, mindig beteg féregnyúlványt találtam nemcsak, de a nyúlványt mindig a legnagyobb érzékenység pontján leltem meg, jeléül annak, hogy a fájdalmas rész csakugyan az appendix volt. Elannyira, hogy a radikálműtét alkalmával (akár úgynevezett appendicitis simplexet operálok, akár tályognyitás után másodlagosan végzek gyökeres műtétet), a metszést úgy szoktam irányítani, hogy annak közepébe jusson a legérzékenyebb pont, a mely nem mindig esik össze az úgynevezett Mc Burney-féle ponttal, bár többnyire annak felel meg.

Ezt a vizsgálati módszert véve alapul, azt találtam a kórházból belorvosi kezelés után távozott és felszólításomra újra jelentkező 19 betegnél, hogy öt gyermek (7, 11, 22, 23, 35) végleg gyógyultnak látszott, bár megjegyzem, hogy háromnál (7, 23, 35) csak a szülők leveléből, illetőleg a subjectiv tünetek teljes hiányából kellett a gyógyulást megállapítanom. Az utolsó roham óta egynél  $\frac{1}{4}$  év, kettőnél 1 év, kettőnél 3 év telt el. Egy 6-dik betegnél (17) a lelet kétes volt. 13 beteg (8, 9, 13, 16, 19, 27, 31, 36, 48, 50, 56, 57, 60) biztosan nem volt meggyógyulva. A roham óta egy betegnél 4 hó, egynél 5 hó, kettőnél 6 hó, a többinél  $1\frac{1}{2}$ —5 év telt el. Öten közülök azóta gyökeres műtétnek vetették alá magukat; a kiirtott nyúlványok kórtani lelete és főleg a klinikai lefolyás kétségtelenül megállapította, hogy idült appendicitisben szenvedtek, a mint ennek a fejezetnek a tárgyalásánál ki fogom fejteni.

A kiújulás magas százaléka (68%) csak a Forbes Hawkes<sup>1</sup> számaival (77% kiújulás, 25% gyógyulás) vág össze némileg, az európai irodalomban a Sahli nagyobb és a Riedel kisebb gyűjtésében csak körülbelül 20% recidiva jön ki, a mi vagy azt bizonyítja, hogy a gyermekek appendicitise kiújulásra inkább hajlandó, vagy azt, hogy a statistikák megbízhatatlanok.

Ha tehát azt látjuk, hogy a féregnyúlvány lobja a gyermekkorban a szerzők egybehangzó állítása szerint veszélyesebb mint felnőttnél; hogy a gyermekek könnyebben kapnak az appendicitis-roham alatt diffúz hashártyalobot; hogy a kiterjedt, bár nem általános peritonitisben könnyebben pusztulnak el mint a felnőtt, mert ellenállási képességük kisebb; hogy a metastatikus fertőzés ép úgy szedi közülök áldozatait; hogy a bélzáródás feltűnő gyakorisággal szegődik hozzá; és végül, hogy a spontán gyógyulásra való kilátások éppen nem kedvezőbb, mint a felnőttnél, sőt ellenkezőleg: akkor ezekből a tényekből, ebből a súlyosabb prognosiból önként kínálkozik az a következtetés, hogy a spontán gyógyulásra várakozó álláspont talán nem egészen jogosult, talán gyakrabban kellene más úton, t. i. operatív úton kísérteni meg a veszély elhárítását, feltéve mindig, hogy ez az út kevesebb veszéllyel jár, mint a várakozás, illetőleg a belorvosi kezelés.

Midőn így elérkeztünk volna az *indicatio* kérdéséhez, előnyösnek tartom a világos distinctio czéljából külön tárgyalni a heveny rohamok és külön az idült esetek therapiáját.

Az appendicitis egész tanában a gyakran tumor (ú. n. exsudatum) képződésével, lázzal, fájdalommal és hashártyaizgalmi tünetekkel lefolyó heveny perityphilitikus roham gyógykezelése képezi ma is — sőt éppen ma — a legvitásabb pontot.

Az egyik szélsőséget azok képviselik, kik rohamban egyáltalán nem ajánlanak műtétet, hanem bevárják a roham lezajlását s azután döntenek a felett, hogy a szabad közben operáltassék-e a beteg vagy nem; a másikat azok a sebészek, kik az appendicitis belorvosi kezelésének jogosultságát egyáltalán tagadják. Az orvosi világ többsége jelenleg a középuton áll, azon az állásponton t. i., hogy a rohamot az első napokban az ú. n. klasszikus belső kezelésnek kell alávetni, mely absolut nyugalom, jeges- vagy hydropathikus borogatások, részleges táplálékkelvonás és opium alkalmazásából áll. Ha erre a roham néhány nap alatt nem indul gyógyulásnak vagy bizonyos aggályos tünetek fejlődnek ki, akkor kerül szóba a műtét.

<sup>1</sup> Forbes Hawkes: The Question of Operation in Appendicitis. New-York Medical Journal. LXXIII. 1901. I. köt. 49. l.

Azt hiszem, alig van közöttünk egy is, kinek ne lett volna olyan szerencsétlen kimenetelű esete, melynek epikrisisében lelkiismeretfurdalása ne támadt volna az iránt, hogy ha korábban szánta volna rá magát a műtetre, akkor a beteget talán meg lehetett volna menteni. Ha már most a lelkiismeretes belgyógyász a legnevesebb, a legtapasztaltabb sebészek álláspontját óhajtja megismerni és esetleg magáévá tenni, és ha a műtéttől elkésés vádját elhárítandó, tisztába akar jönni azzal, hogy a sebészek felfogása szerint mely eseteket és mikor kell operálni: akkor ugyan különös tapasztalatokat tehet. Egy bizonyos, hogy t. i. épenséggel nem fog tisztába jöhetni. Mert nemcsak hogy az *indicatio* nézve a sebészek közt nincs egyetértés, hanem ellenkezőleg majdnem azt lehetne mondani, hogy a hány ház, annyi vélemény.

Csak rövid szemelvénynyel szolgálok. Czerny szerint az első roham egyáltalán a belgyógyászhoz tartozik. Mikulicz magas láznál 3—5 nap múlva ajánl műtétet. Sonnenburg akkor, ha az összes fenyegető tünetek 4—5 nap alatt egyenesen visszafejldnek, a rohamban nem operál, ellenkező esetben beavatkozik. De, így szól könyve 4-dik kiadása 91-dik lapján, „hogy a roham kezdetén, lefolyása alatt vagy lezajlása után operáljunk-e, azt csak esetről esetre lehet meghatározni”. Evidens, hogy ez nem válasz a felvetett kérdésre. Dollinger<sup>1</sup> tályogképződés esetén azonnal beavatkozik. De nem terjeszkedik ki azon tünetekre, melyekből a tályogképződés, ennek korai stadiumában felismerhető.<sup>2</sup> Nothnagel<sup>3</sup> (nem sebész, de javalatai éppen belgyógyász kartársaink között széles körben ismeretesek és elfogadottak) azt mondja, hogy ha 1. igen magas láz (39.5°) még a negyedik napon túl is fennáll, akkor operálni tanácsos; 39° láz a hatodik naptól kezdve indikálja a műtétet; de ha fokozatosan süllyed, akkor még tovább lehet várni. 2. Az érverés szaporasága ceteris paribus beavatkozásra szólít fel; de hogy az érverés minő kvalitása, mekkora szaporasága és hányad napon indikálja a műtétet, azt nyilt kérdésnek hagyja. 3. A fájdalmat kevésbé fontos tünetnek tartja; de azért a soká tartó spontán és nyomási fájdalommaságot genyedés jelének és mint ilyent műtét *indicatio*jának tartja. 4. Ha a lobos tumor növekedése pár nap alatt nem szűnik meg, ez is erősebb genyedés jele. Már most tessék ebből tájékozódni! Herczel<sup>4</sup> körülbelül a Sonnenburg-éval megegyező javalat alapján operál. Merkel (1900) 48 óra múlva többé nem tartja czélszerűnek a műtétet, de tíz nap elteltével, ha felszívódás nem állott be s a pulsus szapora, kicsiny, akkor beavatkozik, perforationál egyáltalán nem operál stb. stb.

Folytatni lehetne ezt még igen soká, mert az irodalom tág mezején e tekintetben dús aratás kínálkozik, de szemelvénynek talán ennyi is elég. Ha ellenben ennek a feltűnő disharmoniának az okait kutatjuk, illetőleg keressük azokat az *indokokat*, melyek a különböző szerzőket arra bírják, hogy az egyik így, a másik amúgy járjon el: már akkor az eredmény nemcsak hogy dús nem lesz, de éppen ellenkezőleg, feltűnően sovány.

Tudományos indokot voltaképpen csak egyet találunk: a Sonnenburg és iskolája azon felfogását, hogy az appendicitis kórisméje egymagában még nem elegendő, hanem *kórbonczatani kórismét* kell csinálni az ő három kategóriája alapján, a klinikai tünetekből fel kell ismernünk, hogy *appendicitis simplex*-szel van-e dolgunk, a melyiknél az egész folyamat a nyúlvány belsejében folyik le, a mikor ha a fellépés még oly viharos is, minden műtét felesleges; vagy *appendicitis perforativával*, melynél a nyúlvány már átfürödni és a septikus tartalom kiömleni készül vagy már át is fürödött, vagy a szabad hasüregbe, a mikor rögtön operálni kell, vagy jól eltokolt üregbe, a mikor nyugodtan lehetne várni; végre a harmadik alakkal, az *appendicitis gangraenosával*, a hol persze a műtéttel nem lehetne eléggé sietni.

<sup>1</sup> Dollinger: A féregnyúlványgyulladás. A magyar orvosok XXX-dik vándorgyűlésének munkálatai 177—195. l. 1900.

<sup>2</sup> Az előadásom után kifejtett vitából kitűnik, hogy Dollinger tanár ma már oly álláspontot foglal el, mely az enyémmel csaknem mindenben megegyezik.

<sup>3</sup> Nothnagel: Die Erkrankung d. Darms u. d. Peritoneums. 1898. 713—715. l.

<sup>4</sup> Herczel: A féregnyúlványlob stb. Orv. Het. 1899. 44—47. sz.



Hát ez szép volna, ha az anatómiai kórismét a betegágyánál meg lehetne csinálni. De nem lehet. Ritka egyértelműséggel vallják csaknem az összes sebészek, hogy ismereteink mai állása mellett a kórodai tünetekből anatómiai kórismét állítani teljességgel nem lehet, legalább nem oly biztonsággal, hogy kezelésiünket erre a körülményre alapítsuk. Nincs is már más, mint *Sonnenburg* és egyik-másik növendéke, kik még ma is ehhez a végzetes tévedéshez ragaszkodnak, sőt *Sonnenburg* maga is évről évre enged álláspontjából.

A halogató felfogásnak ez az érve tehát elesik. Ez álláspontnak sokkal komolyabb érve az az általánosan elterjedt felfogás, hogy a műtéttel azért kell lehetőleg soká várni, ha lehet a roham teljes lezajlásáig, mert a rohamban végzett műtét veszélyes. Ebben van valami; concedálok, hogy a rohamoperatio kivitele nehezebb és bizonyára veszélyesebb is, mint a szabad időközben végzett műtété, bár, mint később ki fogom fejteni, a veszélyt nem a műtét idejében, mint inkább kiviteli módjában kell keresni. Azonban láttuk, hogy a várakozás is nagy veszélyeket rejt magában. És ez okból a kérdést helyesen csak úgy lehet formulálni, hogy:

tekintve azt, hogy a roham belső kezelés mellett a legtöbb esetben meggyógyul, egy másik rész a fenti javulatok alapján végzett műtéttel még meggyógyítható; és csak egy bizonyos százalék pusztul el —, vajjon akkorak-e a rohamoperatio veszélyei, hogy talán inkább kitegyük a beteget a várakozás —, mint a rohamban végzett műtét veszélyeinek?

Hogy erre a kérdésre válaszolhassunk, mindenekelőtt azt kell tudni, hogy a rohamban végzett műtéttel mit akarunk elérni és mi módon érjük el. A főczél az, hogy — körülírt, eltokolt hashártyalob leggyakoribb esetét véve fel — a tályogüreget megnyissuk, a genyvet kibocsássuk és ennek további kellő elvezetéséről gondoskodva, elhárítsuk azt a veszélyt, hogy a genyedés befelé, a has felé terjedjen tovább. Másik czélunk ezenkívül, hogy a kór kiindulási pontját, a beteg féregnyúlványt kiirtsuk. Már most, ha a tályog megnyitása után kötjük magunkat ahhoz, hogy a féregnyúlványt minden áron felkeressük és kiirtsuk, bármily nehezen sikerül is ez (pedig néha nehezen sikerül), akkor az ily módon hosszabbra nyúló műtét, esetleg hosszabb narcosis, már magában véve is némileg aggályos a rohamtól kimerült betegnél. Ez azonban a kisebbik veszély. A nagyobbik veszély abban rejlik, hogy az appendix keresése és kikészítése többnyire összenövészek szétválasztásával jár, a mi által még akkor is újabb utakat nyitunk az első napokban nagyon virulens geny általi fertőzésnek, ha a szabad hasüreget nem nyitjuk is meg; pedig ennek az eshetőségnek is ki vagyunk téve, bár ez sem oly végzetes, mint némelyek hiszik. Ha — mondom — így járunk el, akkor a rohamban végzett műtét többé-kevésbé minden esetben veszélyezteteti a beteget.

*Broca*, ki a leírt módon operál, egy tavaly megjelent munkájában<sup>1</sup> azt írja, hogy azért lett a várakozó álláspont híve, mert addig, míg betegeit a rohamban operálta, 33% (az én számításom szerint pláne 40%) halálózása volt, *Kirmisson*-nak meg épen 50%. Ellenben 1896 óta, mióta elvből nem végez rohamműtétet, halálózási aránya leszállott körülbelül 11%-ra. Ilyen körülmények között álláspontját teljesen méltányolom, bár azt egyáltalán nem osztom, mert számai nem azt bizonyítják, hogy rohamban nem kell operálni, hanem azt, hogy nem úgy kell operálni. Tudjuk, hogy mások, a kik a nyúlvány kiirtását szintén hozzácsatolják a tályognyitáshoz, megközelítőleg sem mutatnak fel ilyen ijesztő halálózást, teszem például *Sonnenburg* csak körülbelül 22%-ot. Nyilván a technikában van a különbség.

Bár a kiirtással összekötött rohamműtét nem jár tehát oly veszélyekkel, mint az említett francia szerzők gyakorlatában, azért veszélyei kétségtelenül vannak. Ezen okulva, a sebészek nagy száma a rohamoperatiót másképen, sokkal egyszerűbben végzi. Még pedig úgy, hogy lehetőleg helybeli anaesthesia mellett operálva semmi vagy csak kevés chloro-

formot használunk; a tályogot minden felesleges sérülés elkerülésével enyhén és gyorsan nyitjuk meg, még pedig nem ragaszkodva minden esetben a *Sonnenburg* előírásához, nem mindig a medenczehashártya mentén, pláne ennek a küloldalán, hanem a legrövidebb úton (bár kétségtelen, hogy ha kifejezett tumor nincs jelen, legbiztosabb, ha a tályogot a medenczeperitoneum mentén lefelé haladva keressük fel); gondosan ügyelünk azonban arra, hogy mielőtt a genygyülemet megnyitnók, minden tasakot gondosan, és pedig feszesen tamponáljunk, még ha ezt a fontos műveletet a műtét előhaladtával többször kellene is ismételnünk. Bővebb gyakorlattal rendelkező sebész többnyire előre tudja, mikor várható a geny előbugygyanása; ha nem kezdett már előbb szivárogni, akkor főleg abban a pillanatban várható, midőn a vakbelet felemeljük. De ha tévedtünk, a genyvet még meg nem találtuk s azt mélyebben kell keresnünk, akkor az akadályozó tamponokat kiszedjük és alkalmasabb helyen újakkal pótoljuk. A tályog kiürülése s szárazra törlése után a féregnyúlványt kiirtjuk ugyan, ha elől fekszik és könnyen kikészíthető, de ha nem, akkor hosszas keresésbe vagy praeparálásba nem bocsátkozunk, hanem megelégszünk a jól megnyitott tályog tamponálásával, a nyúlvány kiirtását pedig elhalasztjuk egy későbbi kedvezőbb időszakra.<sup>1</sup>

Igy operálva betegünket veszélybe nem döntjük s a rohamban végzett műtéttel nem ártunk, hanem csak használhatunk.

Hogy azokat a sebészeket, kik a nyúlványt a rohamoperatióban partout kiirtják, erre az eljárásra mi indítja, arra okul azt szokták felhozni, hogy bármily szélesen tárjuk is fel a tályogot, annak egyes tasakjai még sincsenek kellőleg feltárva, míg a nyúlványt, mely a tályogképződés központját képezi, összenövéséből ki nem választottuk; ennek folytán a lob és genyedés tovaterjedésének sem vetettünk biztos gátat mindaddig, míg a féregnyúlványt ki nem irtjuk.

En azt hiszem, hogy ezenkívül még egy másik, külső körülménynek is van része ebben az elsődleges nyúlványkiirtásban és ez az, hogy a sebész gyökeresen gyógyítva szereti betegét elbocsátani, holott ha kétidejűleg operál, ki van téve annak, hogy midőn 3—4—5 hét múlva a radikálműtétet indítványozza, sok beteg nem egyezik bele, örül, hogy egy hosszas, súlyos betegségből egy műtét árán szabadult s miután teljesen jól érzi magát, második műtétnek nem akarja magát alávetni, eltávozik, hasában a beteg féregnyúlvánnyal s ha egy idő múlva újabb rohamban más sebészt keres fel, ki a corpus delicti megtalálja s kiirtja, akkor az első annak a vádnak van kiszolgáltatva, hogy betegét tökéletlenül operálta.

Oly esetek, hol a tályognyitással a roham megoldva nincs, kétségtelenül vannak; de korántsem oly gyakoriak, hogy joggal lehetne állítani, a mit pl. *Sonnenburg* mond, hogy: „Man erreicht damit die Beseitigung der durch den Anfall bedingten Gefahr nur selten“.

Ez nem áll. Ezt a pessimismust nem látom jogosnak sem a magam, sem a mások gyakorlatából. Én a rohamban többnyire szintén csak a tályognyitásra szoritkozom. Az általam, körülírt hashártyalob heveny rohamában operált 25 beteg közül csak 5-nek (45, 47, 54, 55, 61) irtottam ki féregnyúlványát mindjárt az első műtét alkalmával. Ellenben 20 betegnél a rohamban csak olyan laparotomiát végeztem, mely csupán tályognyitásból állott, némelyiknél kétszer, vagy két helyen, összesen 23-szor. Van ezek közt több, kinél a nyúlványt utólag kiirtottam, de a roham alatt csak tályognyitásra szoritkoztam. E 20 beteg közül kettő meghalt, egyik a fenébb említett Z. Matild (46) kinél, miután a tályog bal oldalon feküdt, és onnan az appendix elérhető nem volt,

<sup>1</sup> A rohamműtét leírásánál (és végzésénél) főleg a John B. Deaver előírásához ragaszkodom, azzal a kivétellel, hogy ő a tályognyitás után a féregnyúlványt egyidejűleg kiirtja. Lehet, hogy oly óriási gyakorlattal rendelkező sebész mint D., ki az esetek ezereire tekinthet vissza, az egyidejű kiirtást is veszélytelenül tudja végezni. Részemről ezt a gyakorlatot sem követni, sem ajánlani nem merem.

<sup>1</sup> A. Broca: Lec. clin. de chirurgie infantile. XXVII-dik fejezet. 372—387. I. Páris, 1902.

egyidejű kiirtásra alig gondolt volna valaki. A másik egy A. Miksa nevű 8 éves fiú volt (40), kinek rohamtünetei a tályognyitás után teljesen elmúltak, míg a műtét után 10-ed napon hirtelen diffúz hashártyalob lépett fel, melyben a gyermek elpusztult. Egy fiúnál (21) pylephlebitis lépett fel, ez azonban felgyógyult. Kettőnek (30, 39, kiket fennebb szintén említettem a multiplex tályogok közt) tünete még soká fennállottak az illető féregnyúlványok kiirtásáig, a midőn rövid idő alatt meggyógyultak. Ellenben a 20 közül 15 nél a roham tünete a műtét után azonnal megszűntek, más szóval a *tályognyitás*, ha nem is az appendicitist, *de a rohamot mindenesetre meggyógyította.*

Ugy hogy e tekintetben az egyszerű rohamműtét kilátásai elég kedvezők volnának. *Csak két leletet ismerek el olyannak, a melyeknél feltétlenül szükségesnek tartom, hogy már a rohamműtét alatt a nyúlvány keresésére induljak és azt kiirtsam, még némi kockázat árán is. Az egyik az az eset, midőn a lobos tumor feltárása daczára kifejezett tályogüregbe sehohol sem jutunk, hanem a geny innen is onnan is szivárog elő. Ilyenkor a nyúlvány kiirtása nélkül a geny kiürülése csakugyan nagyon problematikus.*

Ebből a kategóriából kettőt operáltam, azt a 11 éves fiút, ki még most is osztályomon fekszik és kinek kórtörténeti kivonatát fennebb közöltem (61), mint a ki kezdődő bélszűkülésre gyanús.

Továbbá egy Sz. Dezső nevű 10 éves fiút (45), ki az első roham 5-dik napján vétetett fel igen rossz tünetekkel, a többi közt meteorismussal, apathikus állapotban, a szemek körül kék gyűrűkkel, száraz nyelvel, icterussal. A vakbél táján gyermektenyényi resistentia, mely a végbélből is tapintható. Másnap a sebészi osztályra helyezés. Azonali műtét. Schleich-féle infiltratio és fél narcosis mellett bemetszés a jobb m. rectus külső szélén. A tumor csepleszszel összecsomósodott bélkaecokból állott, melyek serosája élénkpirosan belövelt. Óvatos szétválasztásuk közben a bélkaecok közül savós geny szivárgott elő (mely később coli-bacillus tiszta kulturájának bizonyult), de összefolyó tályogüreg sehohol sem található. Tamponade után az összenövésék további szétválasztása, mire sikerült a hátul-belül eredő, csúcsával befelé néző megvastagodott, mesenterialis oldalán perforált féregnyúlványt kifejtteni, lekötni, levágni, a fonalat az aponeuosishoz varrni s a többi tampon eltávolítása után az üreget Mikulicz-tamponnal kitömni. Sima lefolyás után az 5-dik hét végén gyógyulva távozott.

Még sokkal inkább áll az, hogy a nyúlványt már a rohamműtét alatt minden áron ki kell irtani, ha a leirt körülmények közt a tumor elhelyezése arra mutat, hogy a *nyúlvány a mediális oldalon fekszik vékonybelek között.* Az ilyen beteg immivens *életveszélyben forog*, nemcsak azért, mert az appendix kiirtása nélkül a geny kiürülése problematikus, hanem azért is, mert az eltolódás távolról sem oly biztos, mint a hátsó vagy laterális fekvésnél. *Az ilyen nyúlványt is mindenesetre fel kell keresni és kiirtani,* mint a hogy tettem egy 9 éves lánykánál (47), kinek hosszú perforált féregnyúlványát, melynek csúcsa már a has középvonalán túl terjedt, csak nagy nehézségek közt lehetett kiirtani s kinek lefolyását bélsársipoly komplikálta, de azért mégis, bár csak 10 hét múlva gyógyultan lehetett hazabocsátani.

A másik tünetcsoport, mely nézetem szerint az appendicitisnek a roham alatt való kiirtását feltétlenül indikálja: az *ileus.* Már fennebb említettem azt az ismeretes körülményt, hogy az appendicitis néha bélzáródásszerű tünetek mellett lép fel. Lehet, hogy a bélzáródást *reflektorikus bélhűdés* okozza, de lehet, hogy bár a roham elsőnek látszik, mégis régi lappangó lobbolyamat ment előre, mely összenövéseket idézett elő s mechanikus, *strangulatiós ileussal* állunk szemben. Hogy melyikkel van dolgunk, azt az ileus mellett fennálló heveny hashártyaizgalmi tünetek jelenlétében eldönteni lehetetlen. De akár az egyik, akár a másik áll fenn, a nyúlványt okvetlenül fel kell keresni, mert *strangulatio esetén azt többnyire az appendix közvetlen szomszédságában fogjuk fellelni* s tiszta áttekintést csak akkor nyerünk, ha a nyúlványt összenövéséből kifejtettük. Reflektorikus bélzáródás esetén pedig eo ipso ki kell irtani a nyúlványt, mint a reflex kiindulási pontját. Ilyet kettőt operáltam, mindkettő reflektorikus ileusnak bizonyult (54, 55).

Végül azt a kérdést kell érintenem, hogy vajjon a tályognyitás után kell-e még második műtétet is végezni, illetőleg, vajjon *utólag eltávolítandó-e a féregnyúlvány,* avagy

nem. Más szerzők tapasztalataira támaszkodva régebben azt állítottam s a *Berend-féle „Gyermektherapiában“* meg is irtam,<sup>1</sup> hogy ez a radikálműtét többnyire felesleges. Megváltoztattam a nézetemet. Nem annyira a tályognyítások után fellépett recidivák irányítanak; mert e betegek közül felszólításomra oly kevesen jelentkeztek az utóvizsgálatra, hogy ez irányban nem értékesíthetők. Hanem azon 8 esetben (28, 30, 32, 37, 38, 39, 53, 58), a melyben eleinte a tünetek által kényszerítve, később többnyire minden tünet hijján is, utólag gyökeres műtétet végeztem, csupa oly súlyos elváltozást találtam, hogy ezt a leletet egybevetve az esetleges recidivák kiszámíthatatlan s gyakran igen súlyos voltával: én minden *tályognyitás után* — mely alatt a féregnyúlvány el nem távolított — *feltétlenül ajánlom az utólagos radikálműtétet,* annál is inkább, mert ez alkalommal a tályognyitás után gyakran visszamaradt hassérvet is meg lehet gyógyítani.

\* \* \*

Vessünk egy pillantást a töméntelen számban megjelent kimutatásokra és számos ellenmondás mellett azt az egyényt mint kétségtelent konstatálhatjuk belőlök, hogy a *féregnyúlványlobos betegek egy jelentékeny százaléka meghal.* Mellözöm azt a sokat vitatott kérdést, hogy vajjon belorvosi-, vagy sebészi, avagy közös kezelés mellett hal-e meg legtöbb. Hiszen tudjuk, hogy a legkonzervatívabb belgyógyász is megoperáltatja a legrosszabb eseteit, s így ezek a mi kimutatásunkat rontják. Tudjuk továbbá, hogy a műtét útján gyógyultak többnyire végleg gyógyulva vannak, míg a belső kezelések gyógyultjai elég gyakran recidiválnak. De erre hosszasan kitérni nem akarok. Csak ismétlem, hogy akár belsőleg kezeljük, akár az elfogadott indiciók alapján operálunk betegeinket, azoknak egy jelentékeny százaléka mindenkép elpusztul.

Azt hiszem, valamennyien felvetettük már magunkban azt a nagyon jogosult kérdést: nem lehetne-e valamiképen ezt a százalékot is megmenteni? *Nem lehetne-e halálozást teljesen megszüntetni,* vagy legalább nagyon jelentékenyen leszállítani? Talán a technika tökéletesítésével.

Már ezen az úton aligha. Az appendicitis kezelésének sebészi technikája (mert hiszen csak erről lehet szó) az utóbbi évek óriási tapasztalása folytán a tökély oly fokára emelkedett, hogy csekély javításokat, hasznos módosításokat talán igen, de oly lényeges változtatást, mely az eredményt szót érdemlően befolyásolná, a közel jövőben nem lehet várni.

De talán más úton lehetne a problémát megfejtteni. Térjünk vissza csak egy percze a minden orvosi tudományok ősforrásához, a pathológiához. *Mi az, a mi a féregnyúlványlobban szenvedő beteget megöli?* Maga az appendicitis nem. A féregnyúlvány *belsejében* lefolyó lob — ritka, szerencsére igen ritka esetek kivételével — nem oka a letális kimenetelnek. Hanem igenis végzetessé válhatnak a betegre azok a komplikációk, melyek fellépnek annak következtében, hogy egy idő múlva a folyamat a környezetre, t. i. többnyire a *hashártyára* átterjed.

A *heveny roham fejlődésének az útjai* ismeretesek. Lassan, hónapokon, sőt éveken át fejlődnek ki a féregnyúlványban bizonyos idült lobos elváltozások, lappangva, minden klinikai tünet nélkül. Ha most valaminő alkalmi ok hozzájárul, akkor ez az idült gyuladást fellobbantja, s kész a heveny appendicitis rohama. A legkedvezőbb esetekben a heveny lob ép úgy lezajlik a nyúlvány belsejében, mint a hogy benne keletkezett. De az esetek egy másik, azon csoportjában, mely bennünket most foglalkoztat, más lefolyást vesz. Az appendix rosszul táplált képlet, melynek falai ennek következtében a lob folytán elhalhatnak, elhal egy helyütt a muscularis, azután a serosa, s az első 24 óra vége felé, esetleg a későbbi napokban a féregnyúlvány kisebb-nagyobb helyen *átfürödik,* a likon pedig a nyúlvány virulensen septikus tartalma kiömlik.

Már most a beteg legközelebbi sorsa attól függ, hogy

hová ömlik. Ha védő összenövés még nem támadtak, akkor a szabad hasüregbe folyik és készen van a heveny *diffus hashártyalob*, melynek, a mint tudjuk, a jóslata nagyon rossz. Ez szerencsére ritkább. Többnyire már a perforációt megelőzőleg összenövés támadnak a veszélyeztetett hely körül, összenőnek a belek egymással, a csepleszszel, a fal hashártyával; ez az infiltrált falzatú csomó, esetleg beszűrődött nyirkmirigyekkel képezi a hibásan exsudatumnak nevezett *heveny perityphilitikus tumort*. Most már a perforált féregnyulvány nem a szabad hasüregbe, hanem ennek a csomónak a belsejébe önti septikus tartalmát. Így támad a körülírt hashártyalob, illetve az appendiculáris *tályog*.

Az ilyen tályogot a hasában hordozó beteg sorsa már bizonytalan. A mint fennebb kifejtettem, meggyógyulhat spontán, meggyógyulhat még inkább művi beavatkozásra (többségük tényleg meg is gyógyul) — de nem *kell*, hogy meggyógyuljon. Mert bármilyen jól el legyen tokolva, azért mégis támadhat belőle általános hashártyalob, támadhat subphrenikus tályog, támadhatnak belőle az említett nagyon roszhírű multiplex tályogok és támadhatnak a tályog gyógyulása és zsugorodása idején a bélszűkülések és bélelzáródások. Jól megértjük, támadhatnak *akár operáljuk, akár nem*. A kilátások a műtét mellett jobbak, de ezeket a *végzetes szövődményeket biztosan megátolni már nincs többé hatalmunkban*.

Ennek a körülírt hashártyalobnak a felléptét régebben szerencsés eseményként üdvözölték; pedig nagyon szerencsétlen állapot. A szerencse csak abban keresendő, hogy nem az orvos ügyességétől, hanem csak a jóságos végtől függött, vajjon körülírt vagy általános hashártyalob fejlődjék. De valójában nagy baj, mert *csaknem az összes veszélyhez s gyakran halálos komplikációknak a forrása a tályogképződésben keresendő*.

Térjünk vissza már most kiindulási pontunkhoz. Nem lehetett volna ezt a tályogképződést vagy az esetleg e helyett fejlődő *diffus hashártyalobot* megátolni? Ugyebár, hogy igen könnyen lehetett volna. Feltéve, — most egyelőre csak theoretizálok — hogy sikerül az appendicitist mindjárt a roham legelső óráiban kórismézni; feltéve, hogy e kórisme alapján laparotomiát végzünk és a nyulványt azonnal kiirtjuk: ezzel kétségkívül megelőzzük a tályogképződést, az általános peritonitist, a multiplex tályogokat, stb., stb., szóval minden veszélyt.

De talán veszélylyel járna maga az ilyen laparotomia is, s míg a beteget az egyik bajból kimentjük, a másikba döntjük? Hiszen ez is rohamműtét, már pedig ismeretes, fennebb kifejtettem, hogy a rohamműtétnek bizonyos veszélyei kétségkívül vannak. Igen ám, csak hogy az ott leírt műtét közt, melyet *tályog jelenlétében* végzünk, meg e között, melyet éppen azért végzünk, hogy a *tályogképződést megelőzzük*, óriási különbség van. Már az egyszerű okoskodásból is az következik, hogy az ilyen műtétnek, melyet még *nem fertőzött hashártya mellett* végzünk, veszélytelennek kell lenni, ép oly veszélytelennek, mint az ú. n. intermediaer műtétnek, melynek, a mint tudjuk, halálozása elenyészően csekély.

Azonban nem vagyunk *elméleti* okoskodásra utalva; a *gyakorlat* már régen igazolta e tétel igazságát, sőt ennél jóval többet. A francia sebészek egy része, de főleg az amerikai sebészek többsége már évek óta azon az állásponton áll, hogy *minden csak némileg súlyos rohamot a roham legelső óráiban operálnak*. Azzal a *fényes eredménynyel*, hogy betegeknek csak 1—2, némelyiknél csak  $\frac{1}{2}\%$ -a pusztul el. Így találták ezt igen nagy, tehát bizonyító erejű számsorozatokban. Így pl. *Bernays* (St.-Louis)<sup>1</sup> a roham első két napján operált heveny genyedő vagy üszkös 71 eset közül egyet sem veszített el. *Deaver* (Philadelphia)<sup>2</sup> ugyanily módon operált 200 betegek közül csak kettő halt meg. *Morris* (New-York)<sup>3</sup> 75 hevenyen operált esete mind meggyógyult stb., stb.

<sup>1</sup> *Bernays*, My recent work in appendicectomy. Med. Record 1898.

<sup>2</sup> John B. *Deaver*, Remarks upon . . . appendicitis. Annals of Surgery. 1898. március.

<sup>3</sup> Rob. T. *Morris*, A report upon 170 cases of appendicitis. N. Y. med. Journ. 1900. II. 1093. I.

De egyebet is tapasztaltak. Azt t. i., hogy betegek egy nagy részénél már az első órákban is találtak fertőző anyagot a hasüregben. A savó, vagy már zavaros, genyes savó nemcsak úgy került a hasba, hogy a fertőző anyagot (néha toxint, néha bakteriumokat is) a még át nem fűródött nyulvány bocsátotta át falzatán, a nyirkutakon. Hanem igen *számos esetben már az első órákban átfűródást találtak*. Azonban a tapasztalás őket arra tanította meg, hogy ezzel a még *rövid idő óta* fennálló fertőzéssel a hashártya könnyen boldogul, ha csak a további fertőzés forrását elzárják.

A féregnyulvány kiirtása és a csonk ellátása után a *hassebet teljesen be lehet varrni*, a gyakorlat azt mutatta, hogy ezek az esetek gyorsan, simán gyógyulnak meg.<sup>1</sup>

Ez persze csak az átfűródás után a legközelebbi órákban operált esetekre vonatkozik. Az aggályosabbak ekkor is a különben elzárt hassebet egy kis helyen nyitva hagyják egy keskeny szalag, mintegy biztosító szelep számára. Ezt a szalagot azután pár nap múlva eltávolítják. Természetesen azonnal teljesen zárják a hassebet, ha a hasüreget még tisztának találták.

Magamnak csak két ízben volt eddig alkalmam korai stádiumban operálni, mindkét ízben nyitva hagytam egy helyütt a hassebet, mert teljesen elzárni nem mertem, s azt hiszem, ilyen már nem tiszta esetekben ez a biztosabb eljárás.

55. L. Artur, 12 éves. Felv. 1903. VI. 23., a 4-dik roham 3-dik napján. Hasfájás, szék- és szélrekedés, mindent kihány. Láztalan, (37.3), érverés 130. Nagyfokú elesettség, a szemek körül kék gyűrűk. Meteorismus. A has még enyhe érintésre is mindenütt érzékeny. Mindkét ágyéktáj (a baloldali kifejezettebben) érzékeny. Végbélvizsgálatnál a medencez mindkét fele teltebb, téztatapintatú. *A jobb hasfél izmainak rigiditása még a műtétet megelőző narcosisban is kifejezett*.

Azonnal műtét chlorof.-nark.-ban. Ileo-coecolitis metszés a szabad hasüregbe vezet. Az előtölülő bélkacsok belöveltek, igen puffadtak. Azok, melyek a has mélyéből tolnak elő, fehéres, híg savós genyet hoznak magukkal, helyenként rostonyás alhárttyakkal vannak borítva. *Összenövés hiányoznak*. A mutatónjvastagságú féregnyulvány hátul eredeve a kis medenczéből halad felfelé, mesenteriolumán és azon az ileumkacsón, melyhez az app. hozzá van tapadva, sárgás csíkok látszanak (valószínűleg a régebbi rohamokból eredő felszívódott tályog maradéka). A nyulvány csak a vékonybelek nagy részének kipakolása után volt a hassebbe hozható. Lekötése, a belek visszapakolása, a hasüreg feszes tampolása, a nyulvány kiirtása, a lekött fonálnak a hasfalhoz való öltésével. A tamponok kiszedése, a seb alsó végének bevarrása, a felsőbe laza tampon.

A kiirtott féregnyulvány 4 cm. hosszú, mutatónjvastagságú, tömött tapintatú, élénkpirosan belövelt, lumene sondával átjárható, felmetszéskor belőle sűrű sárga geny ürül, melyből bélbakteriumok tenyészték ki. A nyulvány összes rétegei meg vannak vastagodva, úgyszintén mesenterioluma is. *Perforatio nem található*.

Másnapra a has lelohadt, csak kissé érzékeny, szelek távoztak, az érverés harmadnap leszállott 80-ra.

Gyógyulva távozott VII. 28-dikán.

Nem volt a szó szoros értelmében vett korai műtét, mert a fiút csak a roham 3-dik napján hozták; daczára annak, hogy az appendix átfűródva nem volt, már *diffus hashártyalob* volt fejlődőben. A gyors beavatkozással sikerült a peritonitis továbbfejlődését megállítani és a beteget meggyógyítani, holott a halogató, várakozó álláspont a gyermeknek valószínűleg életébe került volna.

A másik eset voltaképen nem appendicitis következtében, hanem más javalatból kiirtott féregnyulvány csonkja általi fertőzés folytán támadt *diffus hashártyalob* volt, mely azonban úgy kórtilag, mint a gyógykezelés szempontjából is ide tartozik. Az esetet annak idején részletesen közöltem,<sup>2</sup> ide csak rövid kivonatát iktatom.

29. Sch. Miksa, 12 éves. Felvétetett 1902. augusztus 26-dikán. Idült ileo-coecális invaginatio, mely az első laparotomia alatt magától kihüvelyeződött, hatódnap újra képződött, midőn az ismételt laparotomia alkalmával igen hosszú invaginációt kellett kifejtetni; ez alkalommal helyettesem, ki a műtétet végezte, a hosszú féregnyulványt is kiirtotta, s csonkját lege artis elzárta. Tizenhét napos sima gyógyulás után szeptember 19-dikén este felé heveny hashártyalob tünetei léptek fel; a másnap reggel végzett harmadik laparotomiánál azt találtam, hogy a

<sup>1</sup> Meg kell azonban jegyezni, hogy ezt az eljárást többen az említett amerikai sebészek közül (pl. *Deaver*) nem helyeslik és nem követik és a hasat csak akkor zárják, ha azt még teljesen tisztának találták.

<sup>2</sup> *Alapy*, Ileo-coecális béltüremkedés komplikált esete. Gyógyulás négyeszeri laparotomia után. Budapesti orv. ujs. mellékl. 1903. márc. 26.

hasüregből nagy mennyiségű fehéres hig geny ömlik, úgy a fal mint a zsigeri hashártya erősen belövelt. A genyét tamponokkal felszárítva, kutatni kezdtem a genyedés forrását, illetve a peritonitis okát; a bélkaecokat egyenként előhúzáva, azokat végigvizsgáltam, míg végre a vakbél előhúzásakor láthatóvá vált a féregnyúlvány kifordult, serosától fosztott csomója. Az ezt környező vakbélrészlet körülbelül korona terjedelemben savós hártájától szintén fosztott.

Ezt csak úgy tudom magyarázni, hogy a 18 nap előtt alkalmazott csonkvarratok elégtelenné válván, a csonk utólag kifordult. A csonkot most kétszeres, musculáris és serosus varrattal ismét befodítottam a vakbél üregébe, hogy a további fertőzésnek elejét vegyem; a hasüregét tamponokkal egész szárazra törültem, a seb alsó zugából gaze-zal körülcsavart vastag drainsövet vezettem a cavum retrovesicale-ba, a hasseb többi részét pedig elzártam.

A fiú a delután folyamán még több ízben hányt, néhányszor csuklott is, de szelek már az éj folyamán távoztak; másnap reggel érverése még 120, de erőteljes, hőmérséke 36,5°, fájdalma nincs, nyelve nedves; a kötés savós genytől egészen átívódott, kötészáltoztatáskor a hasat beesettnek találtam, nyomásra nem fájdalmas. A beteg még bágyadt, de sensoriuma tiszta, közérzete elég jó. A nap folyamán étvágy jelentkezett, hasfájás többé nem lépett fel. Szeptember 29-dikén a drainsövet kihúztam s gaze-csikkal helyettesítettem. Október végén felkelt. November 6-dikán összenövéses bélzáródás miatt még egy laparotomiát kellett végeznem, úgy hogy a fiú csak 1903. január 8-dikán távozott gyógyulva az intézetből.

Tehát voltaképen ez esetben a diffus hashártyalob nem appendicitisből, hanem mégis az átfürödött féregnyúlványból indult ki. Miután az átfürödés a kórházban következett be, abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy a perforatio bekövetkeztétől számított 18 óra múlva már hasmetszést végezhettem, mire a hashártyalob tünetei szokatlanul gyorsan és simán multak el, nem azon a protrahált, hosszadalmas módon, a hogy elmúlnak azon kevés számú szerencsés esetben, a hol a diffus peritonitis későbbi stadiumában alkalmazott hasmetszéssel a beteget még néha meg lehet menteni.

Tehát az idejekorán végzett hasmetszésre még az ilyen súlyos esetek is meggyógyulnak, melyek mindjárt diffus septikus hashártyalobbal lépnek fel; annál inkább meggyógyulnak a korai operatióra azok az appendicitisek, melyek a műtét alkalmával még csak magára a féregnyúlványra vagy legfőlegb annak közvetlen környezetére szorítkoznak. Hogy ezeknél a beavatkozás veszélytelen, azt, mint fennebb említettem, százakra menő esetsorozatok bizonyítják.

De nem is azt az ellenvetést halljuk a korai operálás ellenzőitől, hogy az veszélyes volna. Hanem azt, hogy felesleges. Azt szokták mondani, hogy ha együvé vesszük azokat, a kik a ma divó kezelés mellett a roham alatt elhalnak és azokat, a kikre végzetes recidiva vár: ez csak körülbelül az esetek 30%-a. Ellenben 70% úgy kigyógyul a rohamból, hogy soha többé semmi bajuk nem lesz a féregnyúlványukkal, ezeket tehát felesleges műtétnek tennénk ki.

Ezt az okoskodást én meggyőzőnek nem tudom tartani.

Először is a rohamoknak körülbelül fele tapasztalás szerint oly enyhén lép fel, hogy azoknál műtét úgy sem jön szóba, sem a roham kezdetén, sem később, semmikor. Hisz az igaz, hogy enyhén fellépett roham mellett már gyakran láttak súlyos kórbonczatani elváltozásokat, viszont csekély elváltozások gyakran idéznek elő viharos tüneteket; de az alább leírandó tünetek alapján mégis többnyire tájékozódhatunk; és olyan esetben, hol talán egy beöntés és egy pár hideg borogatás hatása alatt a tünetek igen rövid idő alatt elmúlnak, hogy többé ne mutatkozzanak, ismétlem, senki sem fog műtétre gondolni.

Az a bizonyos 10—15 nem a 100-ból fog meghalni, hanem a másik 50-ből, az a 20 recidiva nem a száz közt fog fellépni, hanem ezen, mondjuk 50 közt, és ha a dolgot ilyen szempontból nézzük, akkor már nem olyan sok lesz a feleslegesen megoperált eset.

Azt elismerem, hogy a korai operálás elvét követve, a sok üszkös vagy átfürödött féregnyúlvány mellett néha ki fogunk irtani olyan appendixet is, melynek lobja spontán meggyógyult volna. De minthogy ez veszélytelen, én inkább viselném ezt a kockázatot, mintsem hogy egyetlen üszkös nyúlványt a műtét halogatása folytán olyankor irtsak ki, a mikor, már épen egy kicsit késő.

De feltéve, bár meg nem engedve, hogy egészen úgy állana a dolog, mint a mai indicatiók védői állítják; hogy t. i. a korai műtétnél számos beteget operálnánk feleslegesen,

akkor is a két kezelési módszert egymással szembe állítva, azt látjuk, hogy: az egyik oldalon van az úgynevezett *konzeratív kezelés*, mely 70 beteget megkímél a műtétől, de a többinek nagy részét menthetetlenül elveszti; a másik oldalon az az eljárás, mely minden súlyos esetet már az első órákban egy veszélytelen műtétnek vet alá, melylyel elenyésző kivétellel minden betegét megmenti; megmenti úgy, hogy az nincs kitéve a tályogműtét utáni hosszas gyógyulásnak; nincs kitéve a két-szeri műtétnek; a sipolyképződésnek; sérv képződésének; a tályog számos veszedelmének; az utólagos bélzáródásnak; végül nincs kitéve a recidivának. Ha — mondom — a kérdés így van állítva, akkor még mindig értem a habozást a műtétől irtó beteg részéről, de igazán nehezen tudom megérteni az orvos részéről.

Ez alkalommal, ha már szóba hoztuk a beteg (illetve hozzátartozói) beleegyezését: nézzünk a szemébe annak a sokat hangoztatott ellenvetésnek, hogy hiszen theoretice a korai műtét helyes volna; de gyakorlatilag kivihetetlen, mert a beteg nem egyezik bele. Legyen szabad itt közbevetőleg megjegyeznem, hogy a beteg beleegyezése, bár nagyon fontos, mi reánk csak másodsorban tartozik; első sorban az a kérdés tartozik reánk, vajjon tisztában vagyunk e magunkkal az iránt, hogy a betegnek a műtétet proponáljuk. És attól való féltünkben, hogy nem népszerű módszert ajánlunk, ne bujjunk a mögé a frázis mögé, hogy „nem ajánljuk a betegnek, mert úgy sem fogadná el“. Ezt bizzuk a betegre.

Én orvosi hivatásom szellemében vélek eljárni, ha inkább rábeszélem a beteget egy olyan veszélytelen műtétre, mely ötlet veszélyes állapotából biztosan kimenti; de respektálok azoknak a kartársaknak álláspontját is, kik minden rábeszéléstől tartózkodnak, és az elhatározást a betegre bizzák. De ha ezt tesszük, akkor annak a betegnek öntsünk tiszta bort a poharába; tárjuk fel előtte leplezetlenül a valódi tényállást.

Nem ok nélkül hangsúlyozom ezt a körülményt; elég gyakran volt alkalmam hallani, hogy a kérdést illetéknép állították a beteg (illetéknép hozzátartozói) elé. „Ön ú. n. vakbélgyulladásban szenved; belorvosi kezelés mellett az ilyen betegek túlnyomó többsége felgyógyul; nem lehet tagadni, hogy némi veszély forog fenn, minthogy a vakbélgyulladás lefolyása kiszámíthatatlan; de pontosan meg fogjuk figyelni a lefolyást, és ha pár nap múlva aggasztó tünetek mutatkoznak, akkor belé kell egyeznie egy esetleges műtétbe azért, hogy ezt a veszélyt — ha fellépne — ilyen módon hátrihassuk el. Reméljük azonban, hogy mint a legtöbb beteg, Ön is szerencsésen ki fog lábálni bajából minden műtét nélkül!“

Beszámíthatlannak kellene tartani mindenkit, a ki a tényállás ilyen megvilágítása után rögtöni műtétet kívánna. Csakhogy ez nem az igazi tényállás. Nem vagyunk feljogosítva ilyen rózsás színekkel festeni a képet, a melyből minden beteg, a ki nem maga is szakember, azt kell hogy következtessen, hogy igazi veszélyben tulajdonképen nem forog; mert ha a veszély bekövetkeznék, akkor még mindig ott van a műtét, mely a veszélyt elhárítja. Ez nyilvánvalóan nem igaz. Mert elhallgatja a beteg előtt azt a körülményt, hogy a halogatás által oly helyzetbe kerülhet (a mint bizonyosan kerül a betegeknek legalább 10%-a), a melyből többé semmi műtét ki nem mentheti.

Én azt hinném, hogy azt az összefoglalást egészen más-képen, körülbelül ilyenformán kellene a beteggel (vagy hozzátartozóival) közölni: „Ön ú. n. vakbélgyulladásban szenved. Bizonyos jelekből arra következtettek, hogy rohama súlyosnak ígérkezik. Ilyen roham mindig némi életveszéllyel jár. E veszély elhárítására két módszer között választhat. Az egyik abból áll, hogy Ön a legközelebbi órákban műtétnek veti magát alá, a mely műtét emberi számítás szerint nem életveszélyes, ellenben úgy a fennálló veszélyt, mint magát a betegséget is egy csapással megszünteti. Mindössze egy félórai narcosissal jár. Utána 2—3 hétig feküdni kell ugyan, de minden kellemetlenség, fájdalom stb. nélkül, csupa óvatosság-ból. A hasán vissza fog maradni egy 4—5 cm. hosszú heg, de ebből sérv bizonyosan nem fog fejlődni. Felkelése után úgy élhet, mint bármely más egészséges ember, életszokásaiban,

diatájában stb. semmi megszorításnak nem lesz alávetve, ennek dacára, recidivája semmi körülmény között nem támadhat.

A másik módszer az ú. n. konzervatív kezelés, a mely mindenekelőtt belgyógyászati eszközök alkalmazásából áll, melyre az esetek többségében pár nap alatt a roham megszokott gyógyulni. Lehet azonban, hogy pár nap múlva mégis kénytelenek leszünk (mint a hogy az eseteknek körülbelül negyed részében tényleg kényszerítve vagyunk) műtétet végezni. Meg kell vallanunk, hogy az ilyen körülmények között végzett operationak esélyei nem oly kedvezők mint a korai műtét; mert míg e mellett a beteg élete veszélyben alig forog, addig a későbbben műtét betegeknek körülbelül 10%-a elpusztul. A túlnyomó többséget ez a műtét is megmenti; csak hogy ezek azután egy hosszas (hetekre, néha hónapokra kiterjedő) kellemtelen utókezelésen mennek át, melynek tartama alatt különböző veszélyeknek és nem kívánatos esélyeknek vannak kitéve. Hogy félreértés ne támadjon, ismétlem, hogy ilyen műtétre csak az esetek 20–30%-ában van szükség, míg a betegek többsége tisztán belső kezelés mellett, minden műtét nélkül ki szokott gyógyulni a rohamból, s egy jó részük állandóan gyógyulva is marad. Bár másrészt az is igaz, hogy a felgyógyultaknak egy jelentékeny százaléka (dacára a hónapokon át okvetlenül követendő szoros diatának) recidivál, a midőn a mostani állapot újlag előáll. Tessék választani.<sup>4</sup>

Ez a minden szépitgetés nélkül előadott tiszta tényállás. És én sokkal jobb véleménynyel vagyok közönségünk értelmi foka felől, semhogy azt hinném, hogy a dolog ilyen megvilágítása után senki sem fogja a korai műtétet választani. Sőt ellenkezőleg azt hiszem, hogy sokan fogják választani ezt a kezelési módot, mert a hogy választják sokan Franciaországban és Amerikában, a hol a kérdés ebben az alakjában már régebben ismeretes. Ha pedig a beteg a műtétől irtóznék és nem akarván magát megfosztani a műtét nélkül meggyógyulhatóság esélyétől, az ú. n. „konzervatív“ kezelést választja: ám tegye, de akkor viselje a súlyos felelősséget a beteg, vagy viselje a felelősséget *hozzátartozói*, de ne viselje az orvos, ki a biztos gyógyulás útját megmutatta.

Persze a korai operálásnak elengedhetetlen feltétele a *korai kórisme*. Igen sok oldalról hallottam,<sup>1</sup> hogy itt van a bökkenő. Hogy a kórismét a roham (pláne az első roham) első óráiban nem lehet felállítani, és hogy addig, a míg a kórisme bizonyossá válik, elmulik az a 24 vagy 48 óra, a meddig a korai műtétet még veszély nélkül lehet végrehajtani.

Ez az ellenvetés épenséggel nem alapos. De érthető. Értethető, ha azt látjuk, hogy legjobb tankönyveink hogyan tárgyalják per longum et latum azokat a járulékos tüneteket, melyek (a láz, székszorulás, hasmenés, hányás, csuklás, stb. stb.) előfordulnak ugyan az appendicitisnél is, de egyrészt egyáltalán nem állandó jelenségei a heveny appendicitis-rohamnak, másrészt más bántalmak egész legiójának, melyek a has más szerveiben székelnek, szintén képezhetik tüneteit: ellenben épenséggel nem hangsúlyozzák kellőleg, vagy részben pláne hallgatással mellőzik azokat a *kardinális tüneteket*, melyekből a heveny appendicitis roham a legtöbb esetben azonnal felismerhető, de melyek közül, ha csak *egyét* is kihagyunk, akkor a heveny roham kórisméjét csakugyan lehetetlen megcsinálni.

Ha azonban ezeket kellőleg méltatjuk, akkor a féregnyúlvány-gyulladás heveny rohamának kórismézése nemcsak hogy nem nehéz, hanem ellenkezőleg már a roham legelső óráiban többnyire igen könnyű.

Mielőtt ezekre rátérnék, meg kell még jegyezmem, hogy a kórisme igen fontos kiegészítő részét képezi a *pontos kór-előzmény*. Ha a betegnek már régebben voltak appendicitis-rohamai, ez természetesen a kórismét nagyon megkönnyíti. De ha nem is voltak kifejezett, illetőleg ilyeneknek felismert rohamai, ellenben voltak oly tünetei, melyek, bár más kórisme

(gyomorrontás stb.) alatt szerepeltek, de nagy mértékben gyanusak arra nézve, hogy rövid tartamú, enyhébb appendicitis-rohamok voltak: ez is valószínűbbé teszi, hogy most ismét a féregnyúlvány gyuladásával állunk szemben. Viszont találhatunk az előzményekben olyan tüneteket, melyek oly más betegségeknek képezik tüneteit, a mely bajokat appendicitissel leginkább össze lehet téveszteni. Ilyen bajok elég nagy számmal vannak. Ennek az előadásnak nem tárgya a differenciális kórisme és erre nem is terjeszkedhetik ki, csupán felsorolom azokat a kóros állapotokat, melyektől a heveny appendicitis-rohamot néha nem könnyű megkülönböztetni. Ezek: Az egyszerű gyomorrontás. Enteritis. Heveny colitis. Koprostasis. Vándor vesében támadt heveny retentio. Vesekőkólika. Cholecystitis. Perforatiós hashártyalob. Csavarodott kocsányú petefészek-tumor. A jobboldali adnexák lobja. Méhenkívüli terhesség. Bélinvaginatio. Heveny bélzáródás egyéb alakjai. A vakbél gümőkóros tumorja. Gümőkóros hashártyalob. A tüdőlob és a typhus némely alakjai.<sup>1</sup>

Mindezeknek felismerésére már esetleg a kórelőzmény is becses adatokat szolgáltathat, melyek már a priori nem az appendicitis felé, hanem más irányba kell hogy tereljék a figyelmet.

A féregnyúlványgyulladás heveny rohamának felismerésére *három kardinális tünett* rendelkezünk, melyek egyenként nem mondanak semmit sem, együttvéve a kórismét az esetek túlnyomó számában teljesen biztossá teszik; ezek: 1. a fájdalom, 2. a hashártya hyperaesthesiája (nyomási fájdalmasság) és 3. az izom-spasmus.

Az első tünet: az *addig egészséges egyénben* hirtelenül fellépő *heves hasfájás*. Ne ejtsen bennünket tévedésbe az a körülmény, hogy eleinte gyakran nem a vakbél tájéka fáj. Ez épenséggel nem szól a féregnyúlvány lobja ellen. Sőt a fájdalom eleinte többnyire az egész hasra kiterjed, vagy pedig a has más tájaira (a has bal oldalára, a medenczére, a gyomorra) szorítkozik, bár néhány óra múlva többnyire az alhas jobb felére, a vakbél tájára szokott húzódni. A fájdalommal egyidejűleg émelygés vagy hányás is jelentkezik, de nem minden esetben. A fájdalmat a beteg azért érzi többnyire a jobb csipőárokban, mert rendszerint ez felel meg a féregnyúlvány helyének. Ha az appendix a kis medenczében foglal helyet, akkor a beteg a fájdalmat a középvonalban, vagy pláne bal oldalán érzi, s ilyenkor a rohamot a végbél vagy húgyhólyag izgalmi tünetei kísérik; míg ha a féregnyúlvány valamerre felfelé néz, a beteg a fájdalmat ez irányban lokalizálja.

A második tünet a *has nyomási érzékenysége*, a melyre való vizsgálatnál úgy kell eljárni, a mint fentebb, az idült appendicitis vizsgálatánál vázoltam, t. i. egy vagy legfőlebb két *ujj csúcsával* a mélybe gyakorolt nyomással. A heveny rohamban a hashártya mindenütt érzékeny, de legkifejezettebb az érzékenység a vakbél táján, többnyire a Mac Burney pontján. Ez is természetes, nemcsak azért, mert a féregnyúlvány többnyire itt fekszik; de azért is, mert ha az előbb említett más helyzetek egyikét foglalná is el, akkor is itt fekszik a gyökere, s itt a tapintásnak leginkább hozzáférhető, míg a középvonal felé, vagy a kis medenczébe nyúló csúcsát a nyomás nem éri oly közelről. Többször tapasztaljuk azt is, hogy a has más pontjainak megnyomására is a beteg a fájdalmat a jobb csipőárokban érzi. Az a körülmény, hogy a has más helyén érzett *spontán* fájdalommal szemben a *nyomási* fájdalmasság a vakbél táján legkifejezettebb: már majdnem pathognomonikus tünet.

Végül a harmadik tünet: a *jobb alhas táj izmainak rigiditása*. Nagy meglepetéssel tapasztalom, hogy ez a rendkívül fontos, *állandó tünet*, mely az amerikai sebészetben már több mint egy évtized óta úgy szerepel, mint a heveny roham kórisméjének  *nélkülözhetlen* kelléke: az európai szakirodalomban *csaknem teljesen ismeretlen*. Hogy egy példát idéz-

<sup>1</sup> A teljesség kedvéért ideiktatom azokat a kórképeket, melyeknél appendicitis téves kórisméje mellett végeztem laparotomiát. Ezek: körülírt gümőkóros hashártyalobnak, a mesenterialis mirigyek rosszindulatú álképletének és perforatiós hashártyalobnak egy-egy esete.

<sup>1</sup> Az előadást követő vitában is többen hangoztatták.

zek: az utóbbi években megjelent legjobb monographiák egyike, *Nothnagel*-nek a bél és a hashártya bántalmait tárgyaló munkája ezt a tünetet a következő passzussal intézi el: „A kórismét a második főtünet, az appendicitis tulajdonképpen lényeges symptomája: a tapintható resistentia és tumorképződés dönti el. Néha nem állapítható meg azonnal, különböző okoknál fogva. . . . Vagy pedig a hasizmoknak érintésre azonnal beálló deszkaszerű összehúzódása megghiúsítja a mélyben való tapintást. Gyakorlatlanok ezt a tetanikus izommerevséget magának a tumornak tarthatnák; azonban a tévedés azonnal kiderül, ha stb.”<sup>1</sup>

Tehát, egyetértően csaknem valamennyi szerzővel a perityphlitikus tumort állítja oda mint az appendicitis tulajdonképeni főtünetét. Holott, mint fennebb kifejtettem, ez már nem az appendicitisnek, hanem az ezt komplikáló hashártyalobnának a jelensége, a mely ha fellépett, az operatoria való legkedvezőbb időpont már körülbelül el is múlt. Ellenben az izomspasmusról, a sohasem hiányzó, és a kórismére nélkülözhetlen tünetről úgy beszél, mint a kórisme felállítását gátló, véletlen komplikációról.

Hogy a görcsösen összehúzódott hasizomzat a légzésben sem vesz részt oly arányban, mint az époldali, az csak természetes; ezt a szemmel látható visszamaradást csak ez évben irta le *Küster*<sup>2</sup> mint új tünetet, mely szerinte már a tályogképződés vagy üszkösödés jele volna. Pedig a tünet nem új, csak részjelensége a rég ismert izommerevségnek; csupán konstatálásának módja más, és mondhatom kevésbé tökéletes, mint e rigiditásnak tapintással való felismerése. Csak egyik-másik, nagyon kifejezett esetben konstatálható, míg tapintással csaknem minden esetben meg lehet állapítani.

Ennek a tapintásnak már egészen más módon kell történnie, mint annak, mely a hashártya hyperaesthesiájának felismerésére irányul. Ezt a tapintást a hasra *laposan felfektetett egész tenyér* mind a négy ujjával csináljuk, és pedig *igen enyhén*. A tapogatást a túldalalon kezdjük s lassan térünk át a beteg oldalra, a midőn azt tapasztaljuk, hogy míg a bal oldalon a has egész puha, az enyhe nyomásnak is könnyen enged, addig a jobb oldalon bizonyos — bár többnyire csekély — ellenállást fejt ki. Nem nyomható be oly könnyen, mint a túldalalon. Ismétlem, a tapintást enyhén kell gyakorolni, mert durva tapogatásra csak a nagyon kifejezett izommerevséget, a deszkakeményesgű izomzatot tapinthatjuk ki, de nem fedezhetjük fel azt a csekély ellenállást, mely a *kezdő stadiumban* állván fenn, épen ezért felettébb becses tünet. A roham első óráiban az izomrigiditás többnyire kiskokú és rendszeren a jobb alhas tájára szorítkozik; ha nagyon kifejezett, pláne ha a has bal oldalára is terjed, akkor már ominosus jelentőséggel bír.

*Együttvéve ez a három tünet: a spontán fájdalom, a nyomási érzékenység és az izommerevség csaknem teljes biztossággal a féregnyúlvány heveny gyulladását jelenti.* Bár kétségtelenül vannak esetek, midőn a kísérő körülmények olyanok, hogy a fennebb felsorolt bántalmak valamelyikétől a megkülönböztetés az első órákban lehetetlen. Ebből azonban csak az következik, hogy *ilyen* betegeket nem szabad operálni; hogy a míg a kórisme teljesen biztossá nem vált, addig a műtét szóba sem jöhet. De azt következtetni belőle, hogy a korai műtét többnyire már azért is kivihetetlen, mert a kórismét az első órákban *többnyire* lehetetlen megállapítani: igen nagy tévedés. A kórisme bizonytalan lehet talán az esetek egy tizedrészénél; de 90%-nál már a roham első óráiban a *diagnosist biztossan meg lehet csinálni.*

Sőt nemcsak azt lehet kórismézni, hogy féregnyúlványgyulladás heveny rohamával van dolgunk; de nagyon megközelítő biztossággal azt is látni lehet már az első órákban, *könnyű, vagy súlyos lesz-e a roham.* Ez persze ellenmondásnak látszik, ha visszagondolunk arra, a mit előadásom elején mondtam, t. i. hogy „ismereteink mai állása mellett a kórodai

tünetekből anatómiai kórismét állítani teljességgel nem lehet.” Nem is lehet. Azért ebben még sincs ellenmondás. Mert p. o. egy laterálisan fekvő féregnyúlványon igen súlyos elváltozások fejlődhetnek már ki, a nélkül, hogy az eset kórodai, látványosan könnyű lefolyásában ennek nyomai lennének. Csakhogy az is igaz, hogy az ilyen féregnyúlvány olyan biztosan eltolva fekszik a vakbél és a medence-fascia között, hogy az életet csak csekély veszéllyel fenyegeti, dacára annak, hogy nemcsak átfürödött, de talán üszkös is.

Azok a tapasztalás által megállapított *tünetek, melyek arra vallanak, hogy az eset valószínűleg súlyosan fog lefolyni, a következők:*

Rázóhideg. Igen magas láz. Kifejezett izzadás. 100-on felüli (gyermekéknél szaporább) érverés, feltéve, hogy az illető nem ideges egyén. Rossz pulsus, akár szapora, akár nem. Folytonartó hányás. Csuklás. Igen gyakori vizeleti inger. Hevesebb hasfájás, különösen, ha tartósabb. A legenyhébb icterus is. Beteg kinézés. Meteorismus, akkor is, ha kiskokú. Kifejezettebb izommerevség, pláne ha terjed. Visszértágulás a köldök jobb oldalán (feltéve, hogy előbb nem volt jelen). Növekvő leukocytosis. Beöntés által meg nem szüntethető székrekedés. A hőmérsék hirtelen csökkenése olyan egyénnél, ki már 24 óra óta (vagy régebben) beteg.

Ezeknek a tüneteknek az ismerete nagyon fontos. Nem mintha belőlök most már *biztossággal* meg tudnók állapítani a prognosist. Ezt ma még nem tudjuk. Ha tudnók, akkor mi sem volna könnyebb, mint az eseteket három kategóriába osztani és azt mondani: „Ez a roham könnyű lesz, recidiválni nem fog, ennek műtetre semmi szüksége; ennél a másíknál nyugodtan be lehet várni a roham végét, de a recidivák valószínűsége miatt a roham lezajlása után jó lesz megoperálni; végül ez a harmadik életveszélyben forog, ezt rögtön operálok.” Ez, mondom, nagyon egyszerű volna. De ilyen *biztos* jelekkel egyelőre nem rendelkezünk. És az imént elősorolt súlyos tünetek némelyike jelen lehet oly esetenél, mely azután műtét nélkül is meggyógyul. De hogy *melyik* lesz ilyen szerencsés eset, azt előre nem tudhatjuk. Csak azt tudjuk, hogy ha e tünetek egyike vagy másika jelen van, akkor a *roham valószínűleg súlyos lesz.* És ha e jelenségeknek csak *egyike* (nem egyidejűleg több) mutatkozik is, akkor betegünk életét csak úgy tudjuk *biztosan* megmenteni, ha a kórisme megállapítása utáni legközelebbi órákban a féregnyúlványt kiirtjuk.

Égészen más megítélés alá tartoznak azon *könnyű* esetek, melyeknél a súlyosságra valló tünetek hiányoznak, s melyeknél — legalább egyelőre — a *műtét szóba sem jöhet.* Ezekkel szemben úgy járunk el, hogy a hasra hideg (legjobban jeges) borogatásokat rakatunk; ha megelőzőleg a betegnek székrekedése lett volna, akkor — ellentétben a sablonos felfogással — egy beöntést alkalmazunk; és ha a fájdalmak hevesek volnának, akkor egy opiumkészítményt rendelünk, legcélszerűbben egy morphininjectio alakjában. Tudjuk, hogy igen ártatlan appendikuláris kólikák is vannak, melyek heves fájdalommal lépnek fel, ez a fájdalom pár óra alatt elmúlik. Ha azonban az *egy* injectio morphin-hatásának megszüntével a fájdalom újlag hevesen lép fel, akkor óvakodjunk attól a sablonos gyógymódtól, hogy a beteget *napokon át* opiummal traktáljuk; a mi súlyos elváltozások mellett is vészthozó euphoriát idézhet elő. Az ilyen esetek egyedül biztos kezelése már a gyors műtétben, nem pedig az opiumban rejlik.

Ugyancsak más megítélés alá tartoznak azon esetek, midőn a beteget csak akkor látjuk először, mikor a *roham már nyilvánvalóan múltfélben van.* Az ilyeneknél az eljárást a körülmények határozzák meg. Ha a beteg nagy városban fekszik, a hol minden perczen igénybe veheti az orvosi (sebészi) segítséget: célszerűbbnek tartom, ha *minden beavatkozástól tartózkodva* bevárjuk a roham teljes lezajlását s a teendők felett csak akkor határozunk.

És pedig olyanformán, hogy ha *gyermekkel* van dolgunk, akkor a rohammentes időszakban *mindenesetre műtétet* ajánljunk, akár súlyos volt a roham, akár enyhe. Ha a beteg idősebb, *felöltött* egyén, és enyhe rohamot állott ki, akkor a

<sup>1</sup> *Nothnagel*, l. c. a 677. oldalon.

<sup>2</sup> *E. Küster*, Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 67. köt. 447. l.

legközelebbi időre diatát<sup>1</sup> rendelünk el, de a műtét valószínűleg felesleges. Ha a roham súlyos volt, akkor sem ajánlunk feltétlenül műtétet, hanem — ugyancsak szigorú diéta betartása mellett — megfigyelés alatt tartjuk az illetőt, recidiva beállta esetén persze azonnal operáljuk, valamint akkor is, ha a roham után esetleg visszamaradt idült kellemetlenségek néhány héten belül el nem múltak. Ha azonban a súlyos rohamot kiállott egyének a foglalkozása oly természetű, hogy állandó megfigyelés alatt nem állhat, hanem őt (például utazót vagy gazdálkodót stb.) az esetleges új roham oly helyen érhetné, hol megbízható sebész nem állna rendelkezésére,<sup>2</sup> akkor az illető nem tehet okosabbat, mint ha féregnyúlványát a rohammentes időszakban mielőbb kiirtatja.

Ezzel elérkeztünk volna az idült appendicitis műtéti javalataihoz, a melyek körül még sok zavart kell eloszlatni, míg egészen tisztult fogalmak fognak uralkodni.

A féregnyúlvány gyuladásának idült (vagy recidiváló) eseteinél három csoportot kell megkülönböztetnünk.

Az elsőbe azok tartoznak, kik láz, fájdalom, tumorképződés stb. mellett lefolyt heveny rohamot állottak ki, a mely rohamot látszólag teljes gyógyulás követte, míg új roham megint ágyba nem dönti a beteget. A második csoport betegeinek a heveny roham után különböző idült kellemetlenségek maradtak vissza, melyeket itt részletezni felesleges, miután előadásom kezdetén már kiterjeszkedtem rájuk. Végül a harmadik csoportba azok tartoznak, kiknek heveny rohamuk sohasem volt s a kiknél csak az épen most említett idült tünetek képezik a panasz tárgyát.

Hogy a recidiváló esetek, egyáltalán az első és második csoport betegei műtét tárgyát kell hogy képezzék, az oly igazság, melyet ma már mind általánosabban elismernek. Részemről, kivált ha gyermekekről van szó, feltétlenül operálandóknak tartom őket. Az bizonyos, hogy a tályogképződéssel járt súlyosabb roham lezajlása után a legkonzervatívabb belgyógyász is legalább discutabilisnak tartja a műtét kérdését.

Ellenben a harmadik csoportba tartozó eseteknél, a műtét javalatának felállítása már gyakran kelti — különösen belorvoslással foglalkozó kartársaink szemében — a furor operandi gyanúját. Hogy hogyan? Mikor heveny rohamon a beteg sohasem ment át, mikor resistentia („exsudatum“ a mint mondják) nincs jelen: miből állapítjuk meg akkor még a kórismét is és főleg mi célja legyen ilyenkor a műtétnek?

Az idült appendicitis kórisméjére ezúttal kitérni nem fogok, ezzel már előadásom első részében foglalkoztam. Az ott felsorolt klinikai tünetek kétségtelenül bizonyítják a féregnyúlvány kóros voltát. Százszoros tapasztalás mutatja, hogy ha ily esetben operálunk, azt találjuk, hogy ritkán hiányoznak az összenövés, a nyúlvány megtöretése, rögzítettsége, ampullaképződés, a nyúlvány belsejében fekélyek, szükületek, bélsárkövek. És ha a műtétnél gyakran akadunk olyan féregnyúlványra, mely makroszkopikusan teljesen élnek látszik: mi sem bizonyosabb, mint az, hogy a göcsös alatt ezekben kifejezett elváltozásokat találunk vagy a Riedel által appendicitis granulosa haemorrhagica elnevezés alatt leírt kórképben (33. számú eset), vagy abban a képen, melyben a kötőszövet heges elváltozása, hyalindgeneratioja bizonyítja a bántalom idült lobos eredetét (42, 48, 50, 56, 57).

Csak azt kívánom hangsúlyozni, hogy az ilyen elváltozástól függő klinikai tünetek semmi más úton meg nem gyógyíthatók, csak a féregnyúlvány resectioja által; ezáltal azonban

<sup>1</sup> Diéta alatt minden erősebb testmozgástól és minden nehezen emészthető ételtől való tartózkodást értünk. Azonban óra kell inteni a tej sablonszerű használatától. A tejtől sok ember felfüvődik s ezért az idült appendicitisben szenvedő egyén diatájából a tejet legjobb egészen törölni.

<sup>2</sup> Az első rohamot is meg lehet kapni a vidéken. Ezt is érvül hozzák fel a korai műtét ellen. Erre azt lehet válaszolni, hogy hazánkban is évről évre szaporodik azon vidéki központok száma, a hol megbízható sebész áll rendelkezésre. Ha azonban mégis megtörténnék, hogy a roham olyan helyen lép fel, a hol ok van annak felvételére, hogy a természet megbízhatóbb, mint a műtősebész, akkor magam is határozottan a korai műtét ellen és a várakozó (belorvosi) álláspont mellett volnék.

biztosan meggyógyíthatók. Mondanom sem kell, hogy ilyen körülmények közt ez a műtét csaknem teljesen veszélytelen.<sup>1</sup> És hogy ezt a műtétet nem azért ajánljuk (legalább nem főleg azért ajánljuk), hogy a jövőben esetleg beállható roham veszélyeit megelőzzük, hanem ajánljuk egy ténylegesen fennálló, igen kellemetlen és másképp nem gyógyítható kórkép gyógyítására.

Ez okból ennél a csoportnál is határozott javalat áll fenn a műtétre, melyet legfeljebb akkor nem ajánlunk, ha az illető egyúttal más szervi bajban is szenved (szív-, tüdő-, vesebántalom, diabetes stb.), midőn még a legenyhébb műtét is aggályosnak mutatkozik.

\* \* \*

Az a nagyon radikálisnak látszó álláspont, melyet az eddig elmondottakban képviselvek, egyelőre legalább, bizonyára nem népszerű. Nemesak az általános gyakorlattal foglalkozó kartársak, hanem a sebészek többsége előtt is némileg idegenszerűen hangzik. A midőn a német sebészek ezidei (1903) kongresszusán néhányan, kik a kontinensen a radikális eljárás előharczói (Sprengel, Payr, Riedel, Rehn) hasonló eszméket pengettek, valami lelkes pártolásra úgy tudom nem találtak. A mi természetes is. Meggyökeresedett felfogásokkal csak nehezen szakítunk. Pedig az a körülmény, hogy csak az általam vázolt nézpontok szem előtt tartásával vagyunk képesek csaknem minden betegünket megmenteni, míg az eddigi módszerek szerint betegeink egy jelentékeny százalékát menthetlenül elveszítjük: vaskövetkezetességgel szorít oda minden gondolkodó sebészt, hogy eddigi felfogásainkkal szakítanunk kell. Szakítanunk kell különösen a szerencsétlen felfogással, mely a heveny rohamban való beavatkozásnál legfőbb indicationak a tályogképződést tekintette. És minthogy a tályogképződés jelei épenséggel nem bizonyosak, ez a felfogás volt oka annak a nevelésesen szomorú tojástáncznak, melyet, a mint fennebb vázoltam, a javalatok körül járnak szokás. Szüntessük be ezt a tojástáncot. Hiszen ha a tályogképződés jelei és ezzel a beavatkozás időpontja még oly élesen körül volnának is írva, ez a javalat akkor is alapjában el volna és el van hibázva. Mert ha a tályog már megvan, akkor már elmulasztottuk az ideális műtét időpontját, azét a műtétét, melynek javalata épen az, hogy a tályog képződését, ennek minden veszélyeivel együtt, megelőzze. A féregnyúlvány gyuladásának heveny rohamában a műtétre csak egy helyes javalat lehet és ez az, hogy biztossággal kórisméztük, hogy a féregnyúlvány heveny és súlyosan meg van gyuladva.

Ha ezen indicatio alapján fogunk eljárni, és az ilyen féregnyúlványokat hosszas halogatás helyett a kezdő stadiumban fogjuk kiirtani, akkor hamar rá fogunk jönni arra, hogy ez a túlradiálisnak látszó eljárás tulajdonképpen a legkonzervatívabb módszer, feltéve, hogy konzervatív sebészet alatt nem akarjuk azt érteni, hogy mentől több betegnek tartunk meg a féregnyúlványát, hanem a conservativismust, a megtartást abban a nemesebb, igazi értelmében fogjuk fel, hogy a reánk bízott betegek közül mentől többet törekedjünk megtartani az élet számára.

#### Kórtörténetek.

1. Z. Irén, 8 éves. Felvételt a belosztályra 1897. szeptember 26-dikán. Általános hashártyagyulladás. (Szék- és szélrekedés, hányás, hő 38°, érverés 148, kicsiny, sensorium homályos, has puffadt, fájdalmas) 4 napos első (?) roham. Műtét nem került szóba. Szeptember 30-dikán exitus. Bonczlelet: Appendicitis calculosa. Perforatio. Pleurit. diaphragmat., általános hashártyalob.

2. G. Kornélia, 2 éves. Felvételt 1898. június 6-dikán. Hat hónap előtt kezdett dagadni a hasa, 3 hét előtt a köldökön át kifakadt. Kórisme: Peritonit. tbc. Június 8-dikán. Incisio. Rendkívül kiterjedt összetapadások, a hashártya nem gümőkóros. A féregnyúlvány nem található. Gyógyult (november 30-dikán). Később sérvműtét. December 20-dikán morbilli. Áttétel a járványkórházba, hol kanyaróban meghalt.

3. B. Ernő, 8 éves. Felvételt a belosztályra 1898. augusztus 17-dikén. Hat nap óta fennálló hasfájdalmak, székrekedés, hányás, láz, elesettség. Diffus hashártyalob. Műtét nem ajánlatott. Exitus augusztus

<sup>1</sup> Roux (Über einige Complicationen etc. Arch. für klin. Chirurgie. 1902. XLVII. köt. 724. l.) csaknem 700 ilyen eset közül csak kettőt vesztett el, és pedig egyet ileusban, egyet emboliában.

21-dikén. Bonczlelet: Peritonitis fibrinosa purulenta ichorosa stercoralis. Appendicitis diphtheritica cum perforatione. Első (?) roham volt.

4. S. Jolán, 6 éves. Felvétetett a belosztályra 1899. április 11-dikén. Egy hét óta fáj a hasa és bal alsó végtagja. Tumor a köldök alatt baloldalt. Április 15-dikén áttétel a sebészi osztályra. Incisio narcosisban, a bal Poupart-szalag felett. Igen büzös geny ürül. A tályogot belek határolják. A féregnyúlvány nem látható. Junius 10-dikén gyógyultan bocsátott el. Későbbi sorsáról értesítés nem kapható.

5. S. Mariska, 4 éves. Felvétetett 1899. október 9-dikén. Előzmény: 10 nap előtt tüdőgyulladás, hasbaja ugyanekkor kezdődött. Status: a köldök körül lobos bõrrel borított diónyi tályog, mely körül mélyen a hasban tenyérni resistentia. Hõm. 38-10. Október 11-dikén. Incisio narcosisban. A tályogüreget részben a megvastagodott fali hashártya, részben vékonybeleket határolják. A féregnyúlvány fel nem lehető. Kis sipolylyal távozott október 25-dikén.

1900. február 5-dikén. Ujlag felvétel. Sipoly- és sérvműtét. Per primam gyógyult sebbel távozott február 21-dikén.

1903. márczius 26-dikén. Felszólításunkra jelentkezett. Azóta semmi baja sem volt, hasa sohasem fáj, széke rendszer. A középvonalban levő 8 cm. hosszú heg a közepén 3 cm.-nyi diastasis mutat, melybe köhögés alkalmával sérv tolul. A has mélyebb nyomásra sem fájdalmas, sem a heg- sem a vakbél táján.

6. H. Miklós, 8 éves. Felvétetett a belosztályra 1900. február 12-dikén. Ötnapos első roham. Hányás, felbőfögés, székrekedés, hasfájás. Három nap óta hasmenés. Eleinte a has bal oldalát fájalta, reggel óta a jobbat is. Reggel óta esuklik. Általános hashártyalob. Műtét nem végezett. Exitus február 13. Bonczlelet: Appendicitis perforat. calculosa. Perit. purul. diffusa. Régi összetapadás nincs.

7. H. Ferencz, 10 éves. Felvétetett 1900. márczius 31-dikén. Tíz nap előtt betegedett meg hányással, étvágytalansággal, lázzal. Öt nap óta nehezen és fájdalmasan vizek. A has nyomásra mindenütt érzékeny, nyelv bevont, vizelet foszfátoktól kissé zavaros. Április 1-jén 38-37,8 h. Április 4-dikén láztalan.

A kérdõívre orvosa válaszolt 1903. márczius 31-dikén. E szerint a gyermeknek egy hónapig a kórházból hazajövele után vesehomoktól (?) véres vizelete volt, vakbélgyulladás rohama nem volt, 2 év óta semmi panasa nincs.

8. K. Adolf, 7 éves. Felvétetett a belosztályra 1900. május 7-dikén. Nyolcz nap óta hasmenés, láz, két izben hányás, hasfájás, fejfájás. A nyelv vastag fehér lepedékkel bevont, a has kissé puffadt, gyomortáj érzékeny, 37,1-37,4. Május 8-dikén. Beöntésre bő szék, a has nem érzékeny. Elbocsátott gyógyultan május 12-dikén.

1903. április 1-jén jelentkezett a sebészeti rendelésen. A fiú jól fejlett, jó étvágya, rendszer széke van, hasával 3 év óta semmi baja nem volt. Az értelmes gyermek világosan megkülönbözteti, hogy mely benyomásra az ileocoecális táj jóval érzékenyebb, mint a bal hypogastrium.

9. Sch. Jenő, 12 éves. Felvétetett a belosztályra 1900. június 8-dikén. Előzmény: Négy nap előtt hányinger, felbőfögés, azóta székrekedés, magas (?) láz, elesettség, hasfájás. Tegnap beöntésre székürülés. Jelenállapot: Az alhas jobb felében kissé elmosódott resistentia, melynek közepén forintnyi területen a bõr kissé elpirosodott. E helyen spontán fájdalom, mely érintésre fokozódik. A has többi helyei nem fájnak. Vizelet nem fáj, 38-3 h. Lefolyás: A hõmérsék 37-37,80 közt változik. Erverése nincs feljegyezve. Junius 21-dikén a fájdalom megszűnt, a duzzanat és érzékenység csökkennek. Julius 24-dikén jó közérzettel, láztalan állapotban, diónyi fájdalommal duzzanattal bocsátott el.

1903. márczius 21-dikén jelentkezett a sebészeti járórendelésen. Hasával azóta semmi baja sem volt, széke rendszeren szokott lenni; néha, bár az evésben nem mértéktelen „elrontja a gyomrát”. Olyankor hasa ugyan nem fáj, nem hány, de szédül és általában rosszul érzi magát. Vizsgálat: A vakbél tájéka már mérsékelt nyomásra is kifejezetten érzékeny.

10. St. Béla, 10 éves. Felvétetett 1900. június 14-dikén. Három hét óta fáj a jobb alhas- és lágyéktája, 2 hét előtt duzzanatot vettek észre. A czomb flexioban; a csipőtarajtól a has közepéig duzzanat, mely a mélyben hullámzik. Junius 18-dikén. Bemetszés chloroformnarcosisban. 5 cm. hosszú, a Poupart-szalaggal párhuzamos metszés 2 cm.-rel a szalag felett. Körülbelül 200 gm. bélsár szagú geny. A tályogot belek határolják. Féregnyúlvány nem látszik. Gyógyulófélben távozott június 23-dikén.

További hogylétéről értesítést nem lehetett kapni.

11. W. Erzsé, 9 éves. Felvétetett a belosztályra 1900. július 23-dikén. Két nap óta hasfájása, láza van, több izben hányt. A has kissé puffadt, nyomásra fájdalmas, az ileocoecális tájon kis almanagyságú tumor. 37,4-37,9 h. Lefolyás láztalan. A hasfájás márczius 24-dikén majdnem teljesen megszűnt. Gyógyulva távozott július 29-dikén.

1903. április 15-dikén. A sebészeti járórendelésen jelentkezett. Hasával azóta semmi baja sem volt. Rendszer széke, jó étvágya van, hasa mélyebb nyomásra sem fájdalmas sehohsem.

12. A. Erzsé, 6 éves. Felvétetett 1900. november 16-dikén. Ötnapos harmadik roham. Első roham júniusban skarlat, második roham októberben kanyaró közben. November 11-dikén hidegrázás, delütán hasfájás, hányás. A has puffadt, feszes, mindenütt egyformán fájdalmas, hátul a horpaszok megnyomása is fáj. 37,8 h., 164 p., a gyermek rendkívül elesett, aluszékony. November 17-dikén reggel 38 h., 160 p. Incisio infiltratívus érzéstelenítés mellett; ferde metszés. Igen büzös, bélsárszagú geny és egy diónyi bélsárkö ürül. A tályog a hasüreg felé nincs elhatárolva. A vakbelen 20 fillérnyi perforatio, melynek varrata meg sem kísértetett. Mikulicz-tampon. Hypodermoklysis. November 18-dikén

37,4 h. 164 p. A puffadás kissé csökkent, igen sok geny ürül. November 19-dikén 37,9 h. 116 h. A gyermek jól táplálkozik, nem hány, de apathikus aluszékony. Exitus november 22-dikén.

Bonczlelet: a szabad hasüregben kevés büzös geny, a féregnyúlvány vastag, fölötté a vakbél falán, fillérnyi anyaghiány.

13. M. Jenő, 12 éves. Felvétetett a belosztályra 1901. január 22-dikén. Három nap óta a hasa fáj. Egyszer hányt; székrekedés. Az ileocoecális tájon tenyérnyi érzékeny resistentia. 39,6 h. Január 28-dikén. Eddig opium és jégtömlő. 38,2-39 h. 96 p. A meteorismus fokozódott. A resistentia határai: a középvonal, a Poupart-szalag, a bimbóvonal, felfelé 3 ujjal a bordaív alatt végződik. Február 1-sején. A fájdalom megszűnt. Február 15-dikén. A tumor többé nem tapintható. Elbocsátott.

1903. márczius 21-dikén. Felszólításunkra a fiú helyett anyja jelentkezett a sebészeti rendelésen. Előadása szerint a fiúnak „azon a helyen gyakran fáj a hasa”, de azért munkába jár. A mult hónapban fekvő beteg volt. Munkaközben esett össze, lázzal, szédüléssel érkezett haza, 2 hétig volt lázas beteg. Orvosa a vényen obstipatoria állította a kórismét.

14. St. Lajos, 10 éves. Felvétetett 1901. márczius 21-dikén. Két hét óta makacs székrekedés, étvágytalanság, 5 nap óta heves hasgörcsök, felbőfögés. Az egész has kissé puffadt, nyomásra fájdalmas, az izomzat deszkakeményen összehúzódott, a gyermek elesett, nyugtalan, 37 hõmérsék mellett erverése 140, kis hullámú. Azonnal laparotomia. Az izmok deszkakeménysege mély chloroformnarcosisban sem enged. Ugy hogy a has mélyébe tapintani lehetetlen volt, minek folytán a kórisme sem levén teljesen biztos, a bemetszést a középvonalban végeztük. A szabad hasüregből hig, fehéres geny kezdett ürülni. A seb tágitására és egy pár összenőtt bélkaec szétválasztására jobb oldalról igen büzös bélsárszagú geny kezdett ürülni. A medenczébe gazezal körülesavart drainsó, a szabad hasüregbe Mikulicz-tampon. Hypodermoklysis. Éjjel igen nyugtalan, újból konyhasós infusio. Márczius 22-dikén este 11 órakor exitus. Bonczolat nem engedtetett meg.

15. W. Béla, 11 éves. Felvétetett a belosztályra 1901. május 15-dikén. Négy nap előtt ebéd után egyszer hányt. Tegnapelőtt egy fiú hasba rugta. Aznap este kezdett heves hasfájalomról panaszkodni, azóta láza van. Tegnap delütán vizelekor heves hasfájalmat érzett. Kétnapos székrekedés után tegnap ricinusra kétszer volt széke. Jelenállapot: a has kissé puffadt, az ileocoecális tájon körülbelül tenyérnyi resistentia, mely kissé elő is domborodik. Ez a hely már enyhe nyomásra is igen fájdalmas, a has többi részei csak érzékenyek. Igen gyakori rohamokban fellépő spontán heves fájalmak. 37,4 hõm., 100 p., eléggé telt. Május 16-dikától május 21-dikéig a hõmérsék lassan emelkedik 39° C.-ig, az erverés 120-ig. A fájdalom tovább tart. Május 22-dikén. Áttétel a sebészi osztályra. Azonnal incisio chloroformnarcosisban. A Poupart-szalaggal párhuzamos 6 cm.-es metszés nagy tályogürbe vezet, melyből 1 liter bélsárszagú geny ürül. A féregnyúlvány nem látható. Vastag drain. Este 37,1 h. 90 p. A következő napokban még apró lázak, május 29-dikén láztalan lett. Junius 2-dikén felkelt. Junius 11-dikén gyógyultan távozott.

1903. márczius 20-dikén jelentkezett a sebészeti járórendelésen. Sebe begyógyulása óta nem volt semmi baja. Rendszer széke van. A 6 cm. hosszú sima heg, különösen közepén, mélyebb megnyomásra fájdalmas, az ettől laterálisan a Poupart-szalag felé eső hely szintén érzékeny. Sérvképződésnek nyoma nincs.

16. V. Lajos, 14 éves. Felvétetett a belosztályra 1901. május 21-dikén. Elbocsátott javulva június 5-dikén. Másodizben felvétetett június 24-dikén. Öt év óta különböző helyeken fellépő fájalmak, főleg a hasát fájaltja, nem lázas. Rendszer széke van. Mindkét supra- és infra-orbitális ideg, úgyszintén a n. mentális kilépési helyei fájdalmasak. A has nem puffadt. Nyomásra úgy a has, mint a jobb lumbaltájék igen fájdalmas. 37,2 h. Pár nap alatt a hasfájalmak csökkentek.

1903. április 3-dikán jelentkezett a sebészeti járórendelésen. Egészeséges kinézésű, erős fiú. Munka közben, vagy ha hosszabb ideig jár, a hasa gyakran megfájdul, bár csak rövid időre. Három izben volt 2-3 napig tartó olyan állapot, melyet ő „szélszörülés”-nak nevez, t. i. hasgörcsei. Ez alatt az idő alatt vizelese is fájni szokott. A has tapintása azt mutatja, hogy ileocoecális táj mély benyomásra kifejezetten fájdalmas, míg ellenben a has többi részei csak kissé érzékenyek, de nem fájdalmasak.

17. H. Mari, 11 éves. Felvétetett a belosztályra 1901. szeptember 28-dikén. Több nap előtt mángorlással erőltette meg magát, azóta heves hasfájalomról panaszkodik. Két nap óta lázas. Három nap óta hasmenés, mely most szünőfélben van. Az ileocoecális tájon kisebb resistentia, mely felett heves nyomási fájalmasság. A jobb csipőüzlet félig hajlítva, kinyújtási kísérlet fájdalmas. Az izület többi mozgásai szabadok. 38-39,5 h. Október 1-jén reggel óta láztalan, erverése 8<sup>1</sup>, telt rhythmikus, hasmenés és meteorismus még fenáll, a vakbél tája már csak mély nyomásra érzékeny. Október 4-dikén. A resistentia teljesen eltűnt, a fájdalom elmúlt.

1903. márczius 20-dikán jelentkezett a sebészeti rendelésen. Gyakori fejfájásról és járás mellett mindkét oldalában érzett szúrásról panaszkodik. A has vizsgálata oly ellenkezés közben és a has izmainak oly göresös összehúzódása közben megy végbe, hogy a vizsgálat eredménye (állítólag nyomásra sem érzékeny) nem teljesen megbízható.

18. B. Gyula, 10 éves. Felvétetett a belosztályra 1901. november 24-dikén. Ötnapos első roham. Hasfájalom, székrekedés, vizeletnél oly fájdalom, hogy vizeletét visszatartja és hólyagja csak katheteren át üríthető ki. 38 h., 120 p.; kissé zavart öntudat, beesett szemek, a has puffadt, alsó fele nyomásra mindenütt fájdalmas. Deczember 3-dikán,



Napok óta láztalan, az utóbbi napokban a gyermek megszűnt a felvételtől tapasztalt collabált, súlyosan beteg kinézetét mutatni. Jól nézett ki, vidám kedélyhangulatban volt. Dél óta gyakori, heves hányás, kólikaszerű, gyakori, nagyfokú fájdalmak. Deczember 4-dikén. A gyermek elesett, arczkifejezése fájdalmas, szemei körül gyűrűk. A has alsó felén elődomborodott, megnyomásra érzékeny, a kopogtatási hang tompa. Midőn hasgörcsöt kap, a belek éles contourjai láthatók. Hány, csuklik. Pulsusa alig tapintható. Áttétel a sebészi osztályra. Azonnal laparotomia. A vékonybelek erős puffadása miatt csak nehezen lehetett megtalálni a bélzáródás helyét. A strangulatio oly módon jött létre, hogy egy alsó ileumcaecnak a mesenteriummal szembe eső oldala volt letapadva a lobos feregnyúlványhoz és ennek a belcaecnak a mesenteriuma szorított le egy hosszabb belcaecot. Felszabadítás, hasfalvarrat. A gyermek a collapsusból nem tért magához, pár órával a műtét után meghalt. A boncolás csupán a műtét alkalmával talált leletet erősítette meg.

19. *K. Anna*, 4 éves. A szövegben közölve.

20. *K. Katalin*, 9 éves. Felvétetett 1902. január 30-dikán. Négy hét előtt pár napig étvágytalan volt, ekkor csalánkiütés lépett fel; pár napra rá sárgaság mutatkozott, mely még most is fennáll. Állandóan lázas. Hasát az egész idő alatt fájlalta, két hét előtt a fájdalom több napon át fokozott volt, ugyanekkor három napon át gyakori hányásban és hasmenésben szenvedett. Első roham. Az alhas puffadt, a bal csípő-árokban duzzanat, mely a mélyben homályosan hullámszik, nyomási érzékenység főleg ezen a helyen, kisebb fokban a jobb hypogastriumban is. Rectális vizsgálat: a kis medence szabad. Az icterus kistökű: 38,5—38,2 h. Január 31-dikén. Incisio félarcosiban infiltrációs érzéstelenítés mellett. A tályog megnyitása baloldali 6 cm. hosszú ferde metszéssel. Bűzös geny ürül bőven. A bevezetett ujj segítségével konstatalható, hogy a tályog a jobb oldalra vezet át az ileocecalis tájra. Gazezal körülsavart vastag draincső. Márczius 8-dikán. A műtét napjától kezdve láztalan, fájdalmi megszűntek. Gyógyulófélben levő sebbel bocsátottuk el.

1903. márczius 19-dikén. A kérdőívet atyja oly módon kitöltve küldte vissza, hogy a gyermek azóta teljesen jól érzi magát.

21. *O. Pius*, 12 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. márczius 4-dikén. Egy hét előtt néhány napig hányt, azóta hasfájásról panaszokodik, mely főleg vizeletnél és székürülésnél mutatkozik. Lába nem volt. Az egész alhas a köldöktől lefelé, jobb oldalt kifejezettebben, elődomborodik, e helyütt tömött resistencia. Jobboldalt tompa kopogtatási hang. Nyomásos fájdalmasság. Márczius 9-dikén. A hőmérsék állandóan 37—37,5 között ingadozott, érv. 88—100. Spontán fájdalom nincs. A nyomásra még mindig érzékeny tumor felül a köldökig ér, a középvonalat bal felé 3 ujjnyira meghaladja, jobb felé az ileocecalis tájat szabadon hagyja. Áttétel a sebészi osztályra. Márczius 10-dikén. Incisio félarcosiban infiltrációs érzéstelenítés mellett. 6 cm. hosszú metszés a tumor legnagyobb domborulatán. Összenőtt vékonybélcaecok szétválasztása közben tyuktojásnyi tályog nyílik meg. A feregnyúlvány nem látszik. Tamponade. Márczius 13-dikán 36,9—37,1 h. Tegnap óta icterus. Estére a fiú bágyadt, eszméletlen, közbe-közbe felsikolt, látái tágak, egyenlők, renyhén reagálnak, a májtájék fájdalmas, a pulsus állandóan telt, nem szapora. Márczius 15-dikén 36,9—37,3 h., a sensorium ma először tisztá. Márczius 25-dikén. Vizelet közben fájdalmi vannak; csak beöntésre vannak acholikus székürülései, a sárgaság múltóban van, a közérzet állandóan jó. Márczius 31-dikén. A középvonaltól kissé balra két ujjal a symphysis felett gyermektenyérszerű fájdalmas resistencia. Április 11-dikén gyógyultan bocsátottuk el.

Május 15-dikén. Baloldali periproctális tályoggal vettük fel újra, bemetszésre sima gyógyulás.

1903. márczius 22-dikén jelentkezett a sebészi rendelésen. Jól fejlődik, jól érzi magát. A hegben sérv fejlődött, melyen keresztül mélyen be lehet nyomni a hasba, nyomásra sem ez a hely, sem a has más pontja nem érzékeny.

22. *F. Lajos*, 9 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. márczius 19-dikén. 12 nap előtt fájdult meg a hasa jobb fele, 8 nap óta, mióta lázas lett és fájdalma fokozódott, ágyban fekvő beteg. Székrekedés, ricinusra bő székürülés; nem hányt; orvosa állítása szerint *genyvel kevert bélsár* ürült, mire az eredetileg az ileocecalis tájon érzett tumor, valamint a láz és fájdalom is, hirtelen és teljesen eltűnt. A nyelv bevont, kissé száraz, a has puffadt. A jobb Poupart-szalag felett két harántujnyi tomputat. Ez a hely és a jobb ágyéktáj nyomásra fájdalmas. Márczius 29-dikén. Állandóan láztalan volt, az érverés 72—120 között ingadozik, ma két ízben genyvel kevert székürülés. Április 5-dikén gyógyultan bocsátottuk el.

1903. márczius 20-dikán. Jelentkezett a sebészi rendelésen. A kórházból távozása óta hasával semmi baja sem volt, hasa mélyebb megnyomásra sem fájdalmas.

23. *Z. Emilia*, 13 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. április 18-dikán. Négy nap előtt tornázás közben fájdult meg a hasa jobb oldala. A fájdalom azóta állandó, indóknént fokozódik. Tegnapelőtt hányt. Étvágytalan, a nyelv bevont, az ileocecalis táj nyomásra fájdalmas, az umbilico-spinalis vonal közepén ferdén le- és befelé húzódozó tollszárny képlet tapintható. Lefolyás láztalan, április 20-dikán az érzékenység elmúlt, április 27-dikén gyógyulva bocsátottuk el.

1903. márczius 19-dikén. A kérdőívet oly módon kitöltve küldték vissza, hogy a gyermek azóta teljesen egészséges.

24. *Sch. Mariska*, 5 éves. A szövegben közölve.

25. *G. Sarolta*, 10 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. június 11-dikén. Három nap óta hasfájás, hányás, székrekedés. A gyermek elesett, nagyon nyugtalan, nyelve nagyon száraz, szeme körül kék

gyűrűk. A has puffadt, érzékeny, a köldöktől lefelé mindenütt tompa kopogtatási hang. 37,6 h., érverés 122, könnyen elnyomható. Június 13-dikán 36,4 h., 140 p., nagyfokú nyugtalanság, egy örízetlen pillanatban az ágyból kiugorva a folyósóra szaladt ki. Áttétel a sebészi osztályra. A diffus peritonitis kifejezett képe. Az érverés igen szapora, kis hullámu, a szemek mélyen beesettek, az orrcsúcs és a végtagok hűvösek, hányás, csuklás. Ferde metszés infiltrációs érzéstelenítés mellett. A metszés a szabad hasüregbe vezet, mely bűzös genyvel van telve. A bélcaecok fénytelenek, rostonya ezafatokkal vannak borítva. A geny kiürítése után körülsavart draincső; kötés. Június 16-dikán. Exitus. Bonczlelet: Általános genyes peritonitis, a feregnyúlványban strictura, tágut részében kő, a kő helyén széles perforatio.

26. *St. Jenő*, 11 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. június 29-dikén. Tíz nap óta hasfájdalom, öt nap óta mindent kihány, három nap óta székrekedés. Első roham. A fájdalmakat főleg az epigastriális tájra lokalizálja. A szemek mélyen beesettek, az orrcsúcs kihegyezett, a nyelv száraz, a has meteoristikus, legjobban a bal alhasfél domborodik elő. Hőmérsék 37, pulsus 110, elég telt. Június 30-dikán. Áttétel a sebészi osztályra. Laparotomia chloroformnarcosisban. 8 cm. hosszú metszés a köldök alatt a középvonalban. A szabad hasüregből bőven ürül bűzös geny. Baloldalt a kis medencében nagy tályog. Kiterjedt béllösszenővések. A feregnyúlványt nem kerestük. Kettős drainage a seben és a Douglason át. Július 3-dikán. A hányás, a szék- és székrekedés műtét után is fennáll. Fokozódó elesettség mellett, reggel 5 órakor exitus. Bonczlelet: általános subcut peritonitis; a jobb hypogastriumban egy összenövés által megtört ileumcaec, mely a műtétnél a figyelmet elkerülte. E helyütt relatív bélzáródás. A feregnyúlványt csak hosszas keresés és praeparálás után lehetett megtalálni a nagy medence jobb felén a hátsó falhoz tapadva. 5—6 cm. hosszú, egész hosszában átjárható, közepén üszkös átfürödés, mely között és a medencetályog között közvetlen összeköttetés nem mutatható ki.

27. *W. Jenő*, 8 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. június 20-dikán. Negyedik roham. Négy év előtt három napig tartó hasgörcsök lázall. Egy év előtt négy napos roham, székrekedéssel. Ez évi márcziusban harmadik, tíz nap előtt negyedik roham. A has alsó fele, főleg jobboldalt, nyomásra érzékeny, különösen a Mac-Burney pontnak megfelelőleg. Rectális vizsgálat negatív. Láztalan. Műtétbe nem egyezik, gyógyulatlanul bocsátottuk el július 22-dikén.

1903. márczius 27-dikén. A kérdőívre orvosa válaszolt. Vakbélgyuladása rohama azóta nem volt. A gyermek megerősödött „igen jól van, csak a táplálására kell nagyon vigyázni”.

28. *Cs. Endre*, 10 éves. Felvétetett a belosztályra 1902. július 25-dikén. Egy ízben 1900. november 30-dikától deczember 30-dikéig már fekiútt a belosztályon kifejezett vakbélgyuladási rohammal (perityphlitikus tumorrall, lázall stb.). Akkor felgyógyult. Távozása óta, ha sokat járt, megfájdult a hasa. Jelenleg háromnapos második roham: hasfájás, fejfájás, láz, két nap óta székrekedés, naponta 3—4-szer hányás. Július 31-dikén. Áttétel a sebészi osztályra. 37,8 h., 120 p., a nyelv száraz. Incisio chloroformnarcosisban. 10 cm. hosszú ferde metszés. Praeparálás a medenceshártya mentén, míg bűzös genyvel telt ökönyi tályog nyílik meg. A feregnyúlvány nem látszik. Részleges varrat, tampon. Szeptember 3-dikán. Eddig láztalan állapot és jó közérzés mellett az érverés állandóan 110—128 számon maradt, a seb a felső zúgban levő 4 cm. mély sipoly kivételével begyógyult, a genyedés minimális. Szeptember 4-dikén. Radikálműtét chloroformnarcosisban. A csípőtányérra tapadó vastag csepleszkötegek két lekötés között átmetszése és a vakbélnek összenövéséi közül felszabadítása után előtűnik a vakbél hátsó felületén eredő, be- és lefelé haladó feregnyúlvány. Kiirtás, esonkellátás manchetta-képzéssel. Miután a fascia iliaca, melyhez a vakbél igen erősen és szélesen oda volt növe, erősebben vérzik, a sebet e helyütt kis tampon számára nyitva hagytuk, a seb többi részét háromsoros varrattal (az egyes rétegek kikészítése után) elzártuk.

Láztalan, sima lefolyás, a pulsus csak október hóban esett 100 alá. November 30-dikán gyógyulva távozott.

A kiirtott feregnyúlvány 10 cm. hosszú, proximális végétől 2 cm.-re alig kifejezett szűkület, 2 cm.-nyi végső részlete hegyes szöglet alatt hajlik vissza és másik ágához szorosan oda van növe. Belsejében folyékony bélsár, a nyákhártyán részint régebbi, részint újabb keletű, nagyobb véromlányok. Görcsői kép: kifejezett appendicitis granulosa haemorrhagica Riedel.

1903. márczius 21-dikén. A fiú atyja jelentkezett a sebészi rendelésen. A fiú teljesen jól érzi magát, hasa sohasem fáj, míg régebben övek óta obstipatióban szenvedett, jelenleg rendes széke van, étvágya jobb mint betegsége előtt bármikor.

29. *Sch. Miksa*, a szövegben közölve.

30. *B. Aladár*, 3½ éves; a szövegben közölve.

31. *F. Manó*, 4½ éves. Felvétetett a belosztályra 1902. szeptember 4-dikén. Két hét óta lázas, aluszékony, bágyadt, széke csak 4—5 naponként van, keveset vize. A nyelv bevont, hőm. 37,3—37,5, érver. 130, rhythmikus. Lefolyás; teljesen láztalan; azonban még szeptember 8-dikán is, 36,5—36,6 hőmérsék mellett érverése 115. Elbocsátott szeptember 21-dikén.

1903. április 15-dikén. A gyermek atyja által kitöltött kérdőív szerint a fiúcskának újabb vakbélgyuladási rohama nem volt, de hányás és csekély láz mutatkozott nála, egy napig tartott, nem ismétlődött, magától múlt el. A gyermek jelenleg székszorulásban szenved és igen étvágytalan.

32. *M. Károly*, 13 éves. Felvétetett 1902. október 16-dikán. Előzmény: a tavaszon több hetes vakbélgyuladási roham. Három hét előtt „elrontotta a gyomrát”, három napig tartó gyakori hányás. Állítólag

csak a hányás megszűnte után lépett fel jobboldali hasfájás, mely két hét múlva akkor kezdett szűnni, midőn *székürülésben* genyet kezdtek észrevenni, sőt néhányszor tiszta genyet ürített. Állítólag mindig rendes széke volt, csak az utolsó héten hasmenés. A lágyékfalyogot egy hét előtt vették észre. Jelenállapot: a borékra terjedő ökölnyi tályog a jobb lágyékfalyogban. A has felett resistentia sehohsem tapintható, 38 h., 140 p., elég telt. Október 17-dikén. Műtét fél narcosisban. A tályognyitásra 100–150 gm. bélsárszagú geny ürül. A tályog és a hasüreg közti közlekedés fel nem található. Láztalan lefolyás mellett október 18-dikáig érverése 160–120, később 84–100. Jó közérzés és étvágy mellett ideiglenes elbocsátás. Ujra felvétel 1903. január 25-dikén. A seb begyógyult. A heg közepétől median irányban két ujjnyira nyomási érzékenység. Itt a mélyben tollszárvastagságú ferdén felfelé haladó köteget lehet tapintani. Január 25-dikétől január 30-dikáig 84–90 érverés mellett hőmérséke 37–37,6 között ingadozott.

Január 30-dikán *radikálműtét* chloroformnarcosisban. Mac Burney-féle cik-czak metszés. Kiterjedt cseplészanövésék átmetszése lekötések között. A főregnyúlvány a vakbél hátsó-belső felszínén eredve, a vakbél és ileum által képzett hegyes szögletből mint hüvelykujj vastagságú rövid képlet fordul esúcsával a mellő hasfalnak. Csúcsához cseplészköteg nőtt. A nyúlvány feszesen hullámzik. Felszabadításra 4–5 cm. hosszban aránylag könnyen sikerül. Azon túl gyökere a vakbélhez oly szilárdan és szélesen van odanöve és kiszabadítás kísérlete oly vérzéssel jár, hogy ezen 1 cm. hosszú darab kiproparálásáról le kellett mondani. Manchetta összehúzása dohányzaeszkóvarrattal, mely a széles merev csontot nem takarja teljesen. A vakbél falzatának összehúzása a csont fölé csak nehézséggel sikerül. Ez ökből gazeesik a varrat helyére. Ennek kivezetésére szűk nyíláson kívül az egész hasfalzárása három rétegen.

Sima lefolyás. A csíkot kilenced nap távolítottuk el. Február 10-dikén. Gyógyulás per primam. A heg felső része mély nyomásra még érzékeny, subjektív semmi tünet. Február 24-dikén gyógyultan bocsátottuk el.

A főregnyúlványban hig geny volt, melyből streptococcusok és colibacillus tenyésztett ki. A nyúlvány egész hosszában átjárható, épen lemettsége helyén mutat egy szűkületet és mind a három rétegre kiterjedő heget.

33. T. *Dezso*, 12 éves. Felvétetett a belosztályra. 1902. november 12-dikén. Orvosa közlése szerint a betegség négy hét előtt úgy kezdődött, hogy a fiú hat napig lázas volt, a betegség 7–13. napjáig láztalan, a midőn delután hidegrázás lépett fel 39,2 fok lázzal. Ettől kezdve felvétele napjái állandóan lázas volt, delutáni borzongásokkal. A belosztályon két napig észlelték, 38–39,2 hőmérsékekkel, 96–120 érveréssel. Ugy a szülők, mint az igen értelmes gyermek előadása szerint egyszer sem hányt, hasa spontán nem fáj, hasmenése nem volt, csak november 8-dika óta szenved székrekedésben. November 19-dikén. Áttétett a sebészeti osztályra. A fiú jól érzi magát, jó étvágya van, hasa nem puffadt, puha, resistentia sehol sem tapintható, rektális vizsgálat negatív. *A vakbél tája nyomásra állandóan és kifejezetten érzékeny.* A lép nem nagyobb. November 19-dikén. Műtét chloroformnarcosisban. Mac Burney-féle metszés a szabad hasüregbe vezet, melyből 2–3 *evőkanálnyi vizesítésű savó* ürült. A vakbél laterális oldalán felfelé húzódó főregnyúlvány normálisnak látszott, csak egy kis helyütt volt lobos adhaesioval a vakbélhez tapadva. Kiirtás manchetta-készítéssel. Három rétegi hasfalvarrat.

Lefolyás teljesen sima. *A műtét napjától kezdve teljesen láztalan.* (36,3–37, csak két ízben 37,4 fok; érverése 88–96 között.)

A kiirtott főregnyúlvány felmettszve is épnek látszik, a nyákhártyán mutatkozó pár apró véromlánytól eltekintve. A görcsői vizsgálat némely harántmetszetben normális képet mutat, különösen a distális végén. Ellenben a proximális véghez közelebb eső metszetek azt az elváltozást mutatják, hogy a harántmetszet felén, helyenként csak harmadán a csöves mirigyek gömbsejtes beszűrődés által vannak szétoltva, e mirigyek kis részben hiányoznak, a nyirkütszők körül is helyenként hasonló beszűrődés mutatkozik.

Sima lefolyás után december 7-dikén gyógyultan távozott. 1903. január 17-dikén. Bemutatottuk a budapesti kir. orvosegyesület ülésén. Későbbi értesítés szerint továbbra is egészséges maradt.

34. F. *Atadár*, 12 éves. Felvétetett 1902. november 27-dikén. Három hét előtt tornázás közben fájdukt meg a jobb alhasfája, mely hely azóta állandóan érzékeny. Egy napig lázas volt. Vízélése néha fáj. A VII. és VIII. hátesigolya tövisnyúlványa nyomásra érzékeny, de a hát hajlékony, mozgatósi kísérletekre merevséget nem lehet konstatálni, úgy hogy csigolyalob felvétele nem indokolt. A has mindenütt puha, sehol sem érzékeny az ileocoecális táj nyomásra fájdalmas. Őt napon át észleltük, 37,1–37,3 hőmérsékekkel. A vakbél tájának nyomási érzékenysége állandó maradt.

December 1-jén. Műtét narcosisban. Cik-czak metszés a szabad hasüregbe vezet. A laterális eredésű, felfelé húzódó főregnyúlvány fele részében lazán a vakbélhez volt tapadva, különben normálisnak mutatkozott. Kiirtás manchetta-készítéssel, tipikus módon. Kiirtás közben számos leköttést kellett alkalmazni, a vérzés csak nehezen volt csillapítható. Háromrétegi hasfalvarrat.

A kiirtott főregnyúlvány nyákhártyáján számos, gombostüfejnői véromlány. A görcsői vizsgálat a *Riedel-féle* appendicitis granulosa haemorrhagica megszokott képét adja.

Sima lefolyás után december 24-dikén gyógyultan bocsátottuk haza. December 28-dikán újból felvétetett. Hazabocsátása napja óta ismét hasfájdalmakról panaszkodik, melyek ágyban is jelentkeznek. Tegnapelőtt heves hasfájás, subfebrilis hőmérsékkel, 120 érveréssel,

székrekedéssel, mely beöntésre sem szűnt meg. Vizsgálatnál csak annyi constatálható, hogy a műtét hegjétől befelé két ujjnyira érzékenység, a melyben nyomási fájdalom van jelen. 1903. január 7-dikén állapota nem változott. Hőmérséke 37,1–37,4, érverése 98–108 között ingadozott. Közérzete, étvágya jó, néha spontán széke van, körülbelül 2–3 óránként fellépő 1–2 percig tartó hasgöresök. A vizelet tiszta. A heg közepének mediális oldalán öt korona terjedelemben a mélyben megnyomásra állandóan érzékeny hely. A fájdalom nem változik, dacára annak, hogy a fiú hosszabb idő óta gypszágyban fekszik. Azon feltevésben, hogy mély varrat, vagy leköttetés körül kisebb tályog képződhetett, beavatkozásra határoztuk el magunkat. Decz. 8-dikán laparotomia, infiltratio és fél narcosis mellett. A régi heg mentén 5 cm. hosszú metszés. Néhány szalagos adhaesio szétválasztása, különben semmi rendellenesség. A hasseb zárása. Január 10-dikén. 37,4–37,3, érverése még mindig 140, meteorismus. 2 mgm. atropin injectiora és fél liter langyos vízzel csinált beöntésre szelek távoznak, mire a puffadás enyhül. Január 11-dikén 37,1–37,2 h., 106 p. Jó közérzet, jó étvágy. Január 16-dikén. Műtét óta sem spontán fájdalma, sem vizeleti fájdalma nem volt. Január 25-dikén. A műtét óta állandóan láztalan, február 16-dikán elbocsátottuk. Aprilis 7-dikén újrafelvétel. Március 10-dike óta ismét fájdalmi vannak. A 2–3 percig tartó göresroham eleinte 3 óránként, újabban már óránként jelentkeznek, éjjel nem ébred fel. Március közepéig rendes spontán székürülései voltak, azóta naponként beöntést kap. Vízélése ismét fájdalmas. Május 24-dikéig észlelés alatt állott. Rohamai nyújtózkodással, ásitással kezdődnek, kezei ökölbe szorulnak, úgy alsó, mint felső végtagjai ízületein flexió contractura lép fel, lokális meteorismust a göresroham alatt sohasem észleltünk. A hascsikarás 1–2 percig tart. Utóbb a rohamok időtartama hosszabbá válik, a hőmérsék lassan, de fokozatosan emelkedik, teljesen láztalan állapotból reggeli 37,4–37,6, esteli 37,6–37,9 magasságig. Az érverés 90–108. Szűkítő összenövés gyanúja miatt május 25-dikén harmadik laparotomia chloroformnarcosisban a két régi heg körülmetszésével. A vakbél több peritoneális szalaggal van rögzítve a műtét hehez és vékonybélkacsokhoz. Strangulatio vagy szögletbe törés nem található. A szalagok átmetszése után hasfalvarrat. A műtétet ismét két napig tartó rosszullet követte, ezáltal a fájdalmak nem szűntek meg. Junius 17-dikén. Az óránként jelentkező fájdalomrohamok 4–5 percig tartanak, tíz nap óta néha hány, estenként rendszeren meteorismus lép fel, mely beöntésre megszűnik. Székletének gyakori vizsgálata eltérést nem mutat. Naponként 1–2 liter meleg bórvíz-beöntés. 1903. július 2-dikén. Házi kezelésbe bocsátottuk. Augustus 20-dikán orvosától nyert értesítés szerint a fiú fennjár, otthon tartózkodása alatt fájdalmi teljesen megszűntek. Október 1-sején. Állandóan jól érzi magát.

35. K. *Dezso*, 2 $\frac{1}{2}$  éves. Felvétetett a belosztályra 1902. december 25-dikén. Két hét óta étvágytalanság, székrekedés, láz, hasfájás dysuria. Gyöngén fejlett, angolkóros füeska. Az alhas elődomborodik, e helyütt tompulat, enyhe nyomásra is fájdalom, tiszta vizelet, hőmérséke 37,4–37,5, érverése 90, arhythmias. A lefolyás láztalan volt, érverés 80–120 közt; később hasa nem volt oly feszes, de nyomásra, különösen jobboldalt, állandóan fájdalmas. Január 16-dikán kanyaró miatt a járványkórházba szállítottuk.

1903. április 25-dikén. Az orvosa által kitöltött kérdőív szerint az appendicitis gyógyultnak látszik.

36. M. D., 9 éves magánbeteg. Felvétetett 1902. december 30-dikán. Évek óta szenved makacs székrekedésben. Mostani baja öt nap előtt kezdődött hatszori székürülésből álló, kólikaszerű hasfájás által kísért hasmenéssel. Az ezt követő két napon igen heves hasfájdalmi voltak. Ugy e két nap alatt, mint azóta is mindent kihányt, teljes székrekedés áll fenn, beöntések után csupán a víz ürült ki. Ellenben nem hányt, ha nem evett, vagy nem ivott. Jelenállapot. A kissé vérszegény gyermek hasa nem puffadt, mindenütt puha csak a jobb alhasfájón érezni némi izomellenállást, ugyanitt nyomási érzékenység. 36,7 h. 100 p. Lefolyás. A vizsgálat után (miután a megelőző éjet vasúton töltötte) székre való ingere támadt. Körülbelül 200 cm<sup>3</sup> hig bélsár ürült, gázok nélkül; később a délelőtti folyamán még két ízben volt hig székürülés, szelek kíséretében. A gyermek kifejezetten éhes lett. Két lágytojást kapott fél zsemelével, erre még hányingere sem támadt. Közérzete kifogástalan. December 31-dikén 36 h. 100 p. Tegnap reggel óta 17 ízben volt — együttvéve nagymennyiségű — székürülés, az utóbbi ürülések, már sűrű pépes összeállásúak voltak. Sem a székletét alkalmával, sem különben semmi fájdalma nincs. Szülei kívánságára hazautazik. 1903. április 27-dikén: A kérdőívet a gyermek atyja olyformán töltötte ki, hogy a fiúnak azóta újabb rohama nem volt, székrekedésben szenved, gyakran hashajtót kell alkalmazni. Orvosa, ki felküldte, de ki azóta nem kezelte, úgy tudja, hogy hazaérkezése után heteken át ismét beteg volt.

37. Ö. *Jenő*, 6 éves. A szövegben közölve.

38. M. *György*, 9 éves. Felvétetett 1903. január 11-dikén. Egy hét óta láz által kísért hasfájás. Első roham. Az ileocoecális tájon kiterjedt resistentia, tompulat és érzékenység, mely a csípőtővistől befelé a középponáig, felfelé a köldökig terjedve az egész jobb alhasfáját kitölti.

Azonnal incisio chloroformnarcosisban. Mac Burney-féle metszés.

A tályog, melyből fél liter bélsárszagú geny ürült, részben leterjed a kis medencébe, itt ökölnyi üreget képezve, részben felfelé, a mennyiben ujjnyi vastagságú menettel közlekedik egy másik ugyanolyan nagy, a máj jobb lebenye alá terjedő üreggel. A főregnyúlvány nem látszik. A közlekedő nyílás tompa tágitása után a felső üregbe körülcsavart vastag drainsó, az alsóba tampon. A genyből vett fedlemez készítményben streptococcusok és bacillusok láthatók. Agaron coli-

bacillus tiszta tenyészetére nőtt ki. A lefolyás láztalan és fájdalommentes. Február végén keskeny, de 8 cm. mély sipoly maradt vissza, mely a máj alá vezet. A has megnyomására a heg felső csúcsától mediálisan eső hely a legérzékenyebb. Február 28-dikán. Radikálműtét chloroformnarcosisban. A régivel párhuzamos ferde metszés, melynek közepe az érzékeny pontra esik. Előzetesen a sipoly kikanaláza és kitévése. A bemetszés csepleszodanóvésekre vezet, melyeket kettős lekötések között vágtunk át. Igen kiterjedt és erős összenövés szétválasztása után a vakbél hátsó laterális felszínén meg lehetett találni és a vakbéllel együtt a seb elé hozni a feregnyúlványt. Az app. csak 1 1/2 cm. hosszú vékony képletecke, melynek kiirtása után kitűnt, hogy distális vége leválasztás közben leszakadt, de ez a régi heghez tapadt, fel nem lelhető részlet csak igen kicsiny lehetett, a menyinyben a nyúlvány e helyütt már kúpszerűen vékonyodott. A kiirtott nyúlvány csonkjának elsüllyesztése csak némi nehézséggel sikerült, a vakbél serosájának szakadékonysága folytán. A felmetszett feregnyúlványban genyvet, fekélyt, szűkületet, vagy követ nem találtunk, nyákhártyája palaszürke, kevésse duzzadt, egy nagyobb vérömlenyt mutat.

Háromretegű hasfalvarrat a régi sipoly nyitvahagyásával, ezen át szalag a csonk helyére. Zavartalan lefolyás után három hét mulva gyógyultan bocsátott el.

39. S. G. magánbeteg. A szövegben közölve.

40. A. Miksa, 8 1/2 éves. Felvétetett a belosztályra 1903. február 8-dikán. Hatnapos első roham. A has jobb oldalára lokalizált fájdalom. Magas láz. Széke azelőtt állítólag rendben volt, most szerelésre híg széklete van. Vizelete fájdalmas. A roham első és második napján hányt. 38.7 h., 120 p., február 9-dikén 39.2—38.6 h., 120 p. Áttételt a sebészi osztályra. Az ileocecalis tájon izommerevség által takart homályos resistentia, tompulat és nyomási érzékenység. A műtétet bevezető narcosisban történt vizsgálatnál a resistentia helyén tyuktojásnyi tumor. Február 10-dikén. Laparotomia chloroformnarcosisban. 8 cm. hosszú ferde metszés Mc Burney szerint („czik-czak“-metszés). Csekély összenövés szétválasztása közben a tályog megnyílik. Az üreg két osztáú. Egyik része a máj felé, a másik mediális irányban terjed. E két irányban el van határolva, a medencze felé azonban szabad. Ez irányban a hasüreget két foszes tamponnal eltömtük, a tályogüreget mindkét recessusát jodoformesikket draineztük. Február 17-dikén. Kötőanyag és jó étvágy mellett hol láztalan volt, hol igen alacsony hőemelkedései voltak, pulsusa azonban állandóan 104—120 maradt. A ma reggeli kötés-változtatásnál félreértésből a segédek a hastampondot eltávolították és helyére laza jodoformesikket vezettek. Este 38 h. Február 18-dikén. 37.5—39.7 h. Időnként fájdalmai vannak. A nyelv bevont. Február 19-dikén. 38—37.7 h., 120 p. Február 20-dikén. 37.6—37.8 h., 140 p. Hasmenés és hányás. Február 21-dikén. 38.3—38.5 h., 148 p. Az éj folyamán több ízben hányás, a beteg elesett, pulsusa szapora, bár erőteljes, arca, szemei beesettek, kifejezett facies abdominalis, a has nem puffadt, de igen feszes, mindenütt, bár nem nagy fokban érzékeny, a nyelv kissé száraz. Február 22-dikén és 23-dikén diffus peritonitis kifejezett kórképe, melyet az első napokban, míg a beavatkozás sikerrel kecsgetett volna, a dyspepsia képe eltakart. Jelenleg a laparotomiától, mint kilátás nélküli beavatkozástól, elállottunk. Exitus február 23-dikán este. Bonezelet: A puffadt bélcaecok sárgás rostonyás czafatokkal vannak borítva, közöttük kevés geny, mely főleg két helyütt gyülemlett meg, úgymint a máj előtt és mögött, és a plica rectovesicalisban, hol vékonybélösszenövés választják el a nagy medenczétől. Az összenőtt belek között a tájékozódás nagyon nehéz volt. A vakbél hátsó és külső felületével igen erősen le volt tapadva, a műteti seb közvetlenül közelében. A feregnyúlványt csak akkor lehetett megtalálni, midőn az ileum alsó része és a vakbél a sipolylyal együtt kivágtatván, a bélrészlet felmetszetett. Csak ekkor lehetett meglelni a vakbél falzatába egészen beleágyazott 3 cm. hosszú feregnyúlványt, melynek felhasítása után kitűnt, hogy egész hosszában átjárható, nyákhártyája halvány, szűkületet, fekélyt vagy követ nem tartalmaz. Fedlemezkészítmény: streptococcus pyogenes.

41. G. Ilona, 4 éves. Felvétetett 1903. márczius 8-dikán. Betegsége három hét előtt hirtelen fellépett hasfájással és hányással kezdődött. Hasa jobb fele mindjárt megdagadt. A hányás 7—8 napon át tartott, ekkor a duzzanatot vissza kezdett fejlődni, de a fájdalom és lát továbbra is fennállott. Négy-öt nap elmúltával hasa újból kezdett nőni, azóta folyton nagyobbodik, fájdalmai állandóak, széke csak szerelésre van. Rendes széke azonban állítólag sohasem volt. A has, különösen a köldök körül, erősen kidomborodik, az epigastriális tájék kivételével a has felett mindenütt tompa kopogtatási hang és feszes hullámzás. A has sehol sem érzékeny. A gyermek igen lesoványodott, vérszegény. 37 h., érverése szapora (120), rhythmikus, elég erőteljes. Laparotomia chloroformnarcosisban. 10 cm. hosszú ferde metszés; 600—700 gm. sűrű geny ömlik elő. A tályog kiirtása után a has összeesik. A tályog a has legnagyobb részét elfoglalja, mellő falát a fali hashártya, hátsó falát sima felületű csomóba összetapadt belek képezik. A bal horpaszban széles ellennyílás. A kis medenczébe a tályog nem terjed, felfelé az epigastrium közepéig megy. A genyből készült fedlemezkészítményen csak elszórtan található egy-egy diplococcus. Agaron ellenben streptococcus tiszta kulturája tenyésztett ki. Márczius 12-dikéig a gyermek igen jól érezte magát, láztalan volt, érverése állandóan 120 p-on maradt. Ettől kezdve magas lázak léptek fel, melyeknek magyarázatát a február 14-dikén mutatkozó *scarlatina* adta meg. Február 19-dikén. Hasát a gyermek nem fájlatja, nem hány, azonban rendkívül gyenge, elesett; szülei kívánságára, mint amúgy is reménytelen esetet, bocsátottuk haza. Hallomás szerint a gyermek már másnap meghalt.

42. K. Gizella, 12 éves. Felvétetett a belosztályra 1903. márczius 11-dikén, áttéve a sebészi osztályra márczius 17-dikén. Már rég idő óta gyakran szenved hasgörcsökben. Karácsonykor erős hasmenést kapott, hasfájás kíséretében. Nem hányt. A belgyógyászati rendelkezés gyógyítatván, hasmenése egy hét alatt elállott, de hasfájása nem szűnt. Három hét előtt még hevesebb hasfájalom, ezúttal székrekedés kíséretében. Ez a fájdalom szakadatlanul tart mai napig (márczius 17-dikén), olyformán, hogy például éjjel is több ízben, nappal még gyakrabban, heves görcsöt kap, mely időről időre szűnik. Széke csak beöntésre van, utána fájdalma nem múlik. Vizelete nem fáj. Felületes nyomásra inkább a bal alhastáj, mely nyomásra a jobb hypogastrium, főleg a jellegzetes ponton, kifejezetten fájdalmas. A spontán fájdalmat a leányka a köldök körül érzi. 36.8 h., 104 p. A belosztályon tartózkodása alatt 37—37.3 h., egyszer 37.6 h., érverése csak 72—76.

1903. márczius 17-dikén. Incisio chloroformnarcosisban, a metszés a szabad hasüregebe vezet. A feltünően hosszú feregnyúlvány szabad, sehol összenöve. Egyenetlenül vastag, a vastagodások helyén kövek tapinthatók. Kiirtás manchetta-képzéssel. Háromsoros hasfalvarrat. Lefolyás sima; pár napig még enyhe szúrásokat érez a seb táján. Márczius 22-dike óta semmi fájdalom, nem is tér többé vissza. Április 6-dikán gyógyult seb mellett scarlatina lépett fel. Május 24-dikén gyógyultan bocsátott el. App. 10 cm. hosszú, négy helyütt egy-egy puha bélsárgó. Cultura: colibacillusok. *Góresői képe* (Pertik tanár intézete): A proximális részben (középső) a metszet egyes helyein jól megtartott csöves mirigyek közt gömbsejtes beszűrődés, nagy darabon a hámréteg a mirigyekkel együtt hiányzik, a hányó alapját sarjszövet képezi. Az izomrétegben imitt-amott perivascularis beszűrődés. A distális végen jól megtartott csöves mirigyek mellett perifollicularis beszűrődést, közvetlenül a serosa alatt nagyobb vérömlenyt látni.

43. P. Gy., 16 éves magánbeteg. Felvétetett 1903. márczius 15-dikén. Pár hét előtt jobboldali mellhártyalob lépett fel. Ugyanez időben atyja tüdő- és mellhártyalobbal egyidejűleg fellépett appendicitisben halt el. Egy hét előtt vidéken végezt próbapunctio alkalmával geny ürült. Ma a hetedik borda resectioja a lapoczonvalban. A műtét lokális érzéstelenítés mellett (Schleich) végeztetett. Ennek dacára a következő napokban igen rossz közérzés, melynek eredete akkor homályos volt; a műtét által keletkezett légmellre nem vezethető vissza, miután légszomj nem volt jelen. Később összeszedte magát, de egész reconvalcentiájára szoros diéta dacára székrekedéssel váltakozó hasmenésben szenvedett. Április havában gyakrabban kezdett hasfájásban szenvedni, mely naponként több ízben 1/4—1/2 órára fellépve 3—4 napig tartott. A fájdalom a has különböző részein lépett fel, főleg a köldök körül, de az egész időn át állandó tünet maradt, hogy a vakbél tája mely nyomásra kifejezetten fájdalmas volt, ép oly határozottan lehetett konstatálni, hogy a jobb alhastáj izmai a roham alatt és azt követőleg még több órán át enyhe tapintásra ellenállóbbak voltak, mint a baloldaliak. Rohamai alatt több ízben volt hányingere és a különben teljesen láztalan fiú hőmérséke ilyenkor 37.8—38.2 fokig emelkedett. Május havában felkelt, igen szigorú diéta mellett rohamai folyton enyhébbek lettek, június közepén bordaresectioja sebe begyógyult. 1903. október havában a kapott értesítés szerint állandóan jól érzi magát.

44. K. Gyula, 12 éves. Felvétetett a belosztályra 1903. márczius 19-dikén. Áttétetett a sebészi osztályra április 4-dikén. Négy hét óta fáj a hasa. Baja hidegrázással és lázakkal kezdődött. Mióta a belosztályon fekszik, láztalan. Széke állítólag rendes, csak az utóbbi napokban szenvedett odahaza hasmenésben. A belosztályon tartózkodása alatt naponként 3—4-szer volt hasmenése, mely szerelésre sem állott el. A kórházban tartózkodása alatt spontán hasfájása megszűnt, egész napi fennjárás dacára sem jelentkezett. Felvételekor az ileocecalis tájon nyomási érzékenység állott fenn, mely pár nap alatt teljesen elmúlt. Az umbilico-spinális vonalban és némileg a felett, az egyenes hasizom széle alatt, homályosan lehet tapintani egy mogyorónyi tömött képletet.

Április 4-dikén. Laparotomia chloroformnarcosisban. Az elernyedt hasfalat a tömött képlet világosan tapintható. Ferde metszés, melynek közepe erre a képletre esik, a szabad hasüregebe vezet. A vakbél, a lefelé haladó feregnyúlvánnyal látszólag ép. A tapintott tömötséget két — egyenként diónyi és mogyorónyi — mirigy képezi a mesococumban szorosan a vakbélhez feküdvé. Falzatukon a geny átsárgállott. E mirigyeknek a mesococumból kifejtése után a támadt sebüreget serosa varrattal teljesen elzártuk. A feregnyúlvány kiirtása. Csonkellátás manchetta-képzéssel. Háromsoros hasfalvarrat.

Lefolyás sima, az eddig nem csillapítható hasmenés a műtét napjától kezdve többé nem mutatkozott. Május 2-dikán gyógyultan bocsátott el.

A felmetszett mirigyekben egy, illetőleg három ellágyulási gócz, mely elmeszesedett geny benyomását teszi. Gümők sem a mirigyben, sem a serosán szabad szemmel nem voltak találhatók, a genyből vett oltások sterilek maradtak. A mirigyek egyike a II. sz. kórbonczatani intézetben (Pertik tanár) felmetszetvén, tipikus *mirigygümőkort* mutat. Egy helyütt, az elsajtosodás határán tbc.-bacillusok is láthatók. A feregnyúlvány már makroszkopie is láthatólag feltünő gazdagon van duzzadt folliculusokkal telelehintve. A góresői készítmény elveszett.

45. Sz. Dezső, } a szövegben közölve.  
46. Z. Matild, }  
47. F. Jolán }

48. B. Dezső, 12 éves. Egy ízben (1902. november 30-dikától december 13-dikáig) kórházunk belosztályán feküdt; ezt megelőzőleg három héten át szenvedett lázban, hasmenésben, gyomorgöresben és hányásban. Váltakozva egy nap hasmenése, másnap gyomorgörese volt.

Feje állandóan fáj. A kórházban csak egyszer volt 37-90 hőemelkedése különben láztalan volt. Az ileocecalis, valamint a köldök körüli táj mérsékelt nyomásra fájdalmas volt. Felvételt a sebészi osztályra 1903. április 23-dikán. A kórházból távozása óta is a legkisebb diatahábára, vagy kissé erőltetettebb testmozgásra hasgörcsöket kap, melyek hányással és néha lázzal 1-2 napig tartanak és melyeket orvosa (Rózsavölgyi dr.) az általa kitöltött kérdőív szerint szintén vakbélgyulladás rohamoknak minősít. A gyermek székrekedésben szokott szenvedni, korához képest gyöngén felett és táplált. A gyomorgödör és pylorus tája megnyomásra érzékeny a vakbél tája tapintásra korog és kifejezetten fájdalmas. Április 25-dikén laparotomia. Pararectális ferde metszés. A szabadon fekvő féregnyúlvány proximális harmadában a vakbél falához van kissé rögzítve, egyéb összenövés nincs. Kiirtás. Háromsoros hasfalvarrat. A műtét napjától kezdve hasfájása többé nem volt. Május 10-dikén gyógyultan távozott.

A csupán két kisebb ampullát mutató, de különben makroszkopikusan épnek látszó féregnyúlvány *görcsői vizsgálata* (Pertik tanár intézete) következtét mutatja: A submucosa kevésbé a proximális — kifejezettebben a mediális — és legerősebben a distális részben vett metszeteken részben heges, rostos, hyalin-degeneratióban levő szövetté alakult át és ilyen minőségben nyúlik be a tüszök közé, úgy hogy helyenként egész a mirigyveszélyek aljáig ér. Főleg a distális részben a folliculusok heges gyűrűkbe vannak ágyazva, minek folytán egyes tüszök meg vannak kisebbedve.

49. K. B. magánbeteg, 20 éves. 1903. május 7-dikén. Két hétig más intézetben fektűt vakbélgyuladással, melynek tünetei közül a beteg heves fájdalomra és csekély lázra tud visszaemlékezni. „Gyógyultan” bocsátatott el, de azóta is gyakran vannak, különösen járásnál mutató hasgörcsei. A különben igen jól fejlődött izmos fiatal ember kissé vérszegény kinézésű, szülei állítása szerint mindig ilyen volt. A vakbél tája mély nyomásra egy ponton kifejezetten fájdalmas, a has többi részei alig érzékenyek. Egy ízben göresroham után vizsgálva a jobb alhasfél izmainak rigiditását lehetett konstatálni. Gyógykezelése csupán a székürülések regulálásából és szigorú diatából állott. Julius havában marienbadi kúra. Október hóban még néha hasgörcsöket szenvedett.

50. R. Irén, 15 éves. Felvételt 1903. május 2-dikán. A belosztályon több ízben gyógykezeltek gyomortáji fájdalom, fejfájás, hányás, néha hasmenés ellen. Láztalan szokott lenni. Egy ízben kemény, véres székletet ürített. Arról panaszkodik, hogy évek óta vannak nemcsak hevesebb mozgásnál, de már lehajlásnál is gyakorta hasfájdalmi. A belosztályról távozta óta három ízben voltak egy-egy hétig tartó hasgörcsei, melyek hányással és székrekedéssel jártak. Vízelenése is fájdalmas. Jelenleg megnyomásra az egész has érzékeny, de legérzékenyebb az ileocecalis tájék, bár a hasi aorta lefolyásának megnyomása szintén csaknem ily mértékben fájdalmas. Május 7-dikén laparotomia chloroformnarcosisban Mac Burney-féle metszéssel. A féregnyúlvány a legérzékenyebb pontnak megfelelő helyen, a vakbél beloldalaán ered, U-alakú, distális vége hegyes szögletben megtört, visszahajló szárában coprolith. Junius 2-dikán gyógyultan távozik. Julius 2-dikán vizsgálatra jelentkezett. Most is van még némi hasfájása, de míg azelőtt naponként többször lépett fel, addig mostan 2-3 napban egyszer, akkor is enyhén jelentkeznek. A has nyomásra mindenütt egyformán érzékeny; az étvágy jó. Még székrekedésben szenved.

51. A. Ilona, 9 éves. 1903. május 12-dikén vétetett fel a belosztályra. Betegsége két hét előtt hidegrázással, hányással, hasfájdalmakkal kezdődött. Székletete azóta rendetlen. A gyermek állítólag mindig lázas. Az alhas jobb felén, főleg enyhe tapintásra kifejezett resistencia, a vakbél tája nyomásra nagyon érzékeny. A belosztályon tartózkodása alatt hasfájása nem volt, széke csak beöntésre szokott lenni, láztalan volt, érverése 110-120 között váltakozott. Május 27-dikén áttétel a sebészi osztályra. Laparotomia. Narcosisban a resistencia sokkal kifejezettebb. Metszés a jobb egyenes hasizom rostjain át. A hashártya feltűnően vastag. Felmetészekor kitűnik, hogy úgy a visceralis, mint a parietális hashártya apró gümőkkel telezsört, a vakbél összenőtt bélkaecok közé erősen be van ágyazva. Háromrétgű hasfalvarrat. Sima lefolyás után május 15-dikén gyógyultan távozott.

Bár e szerint nem a féregnyúlvány gyuladással, hanem *gümőkörös hashártyalobbal* volt dolgunk, az esetet mégis közlöm, mert tényleg appendicitisnek volt kórmézeve és mint ilyen operálva. A két bántalom differentialis kórmézevének nehézségét kitűnően illusztrálja.

52. T. B., 22 éves magánbeteg. 1902. január havában betegedett meg gyakori hasmenéssel, mely naponként 5-6-szori székürüléssel szeptemberig tartott. Ekkor szerelésre elmúlt. 1902. április havától kezdve folytonos hasgörcsei voltak; nap-nap után folytonosan fáj a hasa. Szeptember óta görcsei még hevesebbek. Nagyon sokszor hány. Szeptembertől felvétele napjáig szünet nélkül fáj a hasa, éjjel-nappal. Ha járt, még jobban fáj. Bája kezdete óta 1/2-1 órai vizelési ingerben szenved. Széklete nem szokott fájni. Menstruatioja régebben sohasem fáj, bája kezdete óta azonban nagyon kínos. Szeptember óta, mióta a hőmérsékét méri, állandóan subfebrilis (37.5-37.8), testsúlyban 10 kgm.-ot fogyott, azelőtt nagyon kövér volt.

Jól táplált, adiposus hasfalakkal ellátott leány. A Szabó S. dr. által felvett gynaecologikus lelet negatív (virgo). Tapintásra a has mindenütt többé-kevésbé érzékeny, a Mac Burney-féle pont megnyomásra hevesen fáj. Többször ismételt vizsgálatnál konstatálható, hogy a jobb alhasfél izmai ellenállóbbak, mint a baloldaliak. 1903. május 26-dikán. Laparotomia chloroformnarcosisban. Ferde metszés. A féregnyúlvány alul ered, 10 cm. hosszú. Kiirtás manchettaképzéssel, réteges hasfalvarrat. A féregnyúlvány nyálkahártyája apró véromlányokat mutat, két bélsárkő.

A lefolyás sima, fájdalmi a laparotomia után többé nem jelentkeztek, vizelési ingere lassanként ritkábbá válik, junius 10-dikén felkel, junius 11-dikén gyógyultan bocsátatott el.

Julius 8-dikán. Igen jól érzi magát, meghízott; míg azelőtt spontán széke sohasem volt, most állandóan rendes széke van; vizelése még most is gyakoribb, de csak 2-3 óránként jelentkezik; a has mély nyomásra még most is több helyütt érzékeny, de nem fájdalmas; a heg sima, sérvnek nyoma nincs.

53. L. László, 8 éves. A szövegben közölve.

54. E. Pál, 8 éves. Felvételt 1903. junius 19-dikén. Négy napos első roham, ileus-tünetekkel. Rohamokban jelentkező heves hasfájdalom. A has puffadt, rajta kitágult belek contourjai látszanak. Az egész has felett az izomzat feszes, jobboldalt kifejezettebben mint baloldalt. A has nyomásra mindenütt érzékeny, legfájdalmasabb hely a jobb Poupert-szalag közepe felett. Rectális vizsgálatra az egész medenceze kitöltöttnek tapintható. Igen elesett kinézés, folytonos hányás, teljes szék- és szélrekedés. Láztalan, érverése 88. Laparotomia infiltratioval kombinált félnarcosisban. Ileocecalis ferde metszés. A szabad hasüregből sárgás zavaros savó ömlött elő, az előlfekvő vékonybélkaec, valamint a vakbél is sárgás, rostonyás hártával borított. A többi belek is puffadtak, élénken belöveltek. Feszes tamponade után a vakbél felemelése alkalmával büzös törmelék genyet tartalmazó tályog nyílik meg. A hátsó eredésű féregnyúlvány a kis medenceze falához van lenőve, az ileumnak a vakbélbe beszajadási helye jóval a linea innominatán alul esik. A féregnyúlvány letapadt distális végéhez egy puffadt vékonybélkaec húzódik, melynek leválasztása után, bár nem volt szögletbetörve, a bélkaec összeesik. Az appendix leköttése fekvésénél fogva csak nehézségekkel sikerül, a leköttetés alatt kiirtás, a leköttető fonálnak az aponeurosishoz való rögzítése. A tályog helyére Mikulicz-tampon; a hastamponade eltávolítása után azt újabb, kisebb tamponnal cseréltük ki, ez utóbbit silkwormgut-varrattal rögzítettük, a seb felső zugát pár öltéssel kisebbítettük. A reggel 9-10-ig tartott műtét után a beteg estig elég jól érezte magát, néhányszor hányt ugyan, de hasa nem puffadt, nem feltűnően érzékeny, a nyelv nedves, az érverés, bár kissé arrhythmias és szapora (120 körül) eléggé erőteljes. Este öt csepp opium-tincturát kapott, mire körülbelül 1 1/2 óra hosszat nyugodtan aludt, felébredve hasfájdalmáról panaszkodott, rohamosan gyöngült és 3/411-kor meghalt. Néhány percczel előbb spontán székürülés.

Boncsolás, sajnos, nem volt végezhető, bár érdekes lett volna, mert több órai jóllét után a gyermek oly hirtelenül halt meg, hogy a körülmények *emboliára* keltenek gyanút.

A kiirtott féregnyúlvány 4 cm. hosszú. Distális végén babnyi területen a serosa és muscularis hiányzik, csak az üszkök nyálkahártya látszik, rajta egy gombostűfejnyi átfúródással. E helynek megfelelő alakú és nagyságú bélsárkő. Egy másik ugyanilyen coprolith a proximális részben. Ezenkívül a féregnyúlvány kevés híg genyet tartalmaz.

55. L. Arthur. A szövegben közölve.

56. K. Jenő, 9 éves. Felvételt 1903. július 1-jén. Két és fél év óta hasában szúrásokat érez. Székszorulással váltakozó hasmenés. Időnként lázas. Egy és fél év előtt a belosztályon fektűt. Távozása óta körülbelül minden második nap reggelén egy óra hosszat tartó hasfájást szokott kapni, melyet az értelmes gyermek az ileocecalis tájra és a bal csipőtányérra lokalizál. Nem hány, de étvágya nem jó. Az alhas puffadt, az epigastrium nem érzékeny, a bal hypogastrium kissé érzékeny, az ileocecalis táj nyomásra kifejezetten fájdalmas. Egy göresroham alatt a jobb hasfél izmainak merevsége is konstatálható volt. Julius 4-dikén. Laparotomia narcosisban. A 9 cm. hosszú, teljesen épnek látszó féregnyúlvány alul ered. Kiirtás. Csonkellátás manchetta-készítéssel. Háromrétgű hasfalvarrat. Tapaszoktés. A féregnyúlvány tartalma híg bélsár, nyálkahártyája kissé duzzadt. Julius 17-dikén gyógyultan távozott. Október havában jelentkezett, a műtét óta nem volt hasfájása.

A nyúlvány *görcsői vizsgálata* (II. sz. kórboncztanai intézet, Pertik tanár). Az ép nyálkahártyát és jól felett nyirkosított erösen hyalin-degeneratióban levő rostos vastag submucosa határolja, melyből heges sötétyek nyúlnak be a folliculusok közé. Hyalin-degenerált keskeny réteg található a subserosában is azon metszeteken, melyek a mediális részből vannak véve. A proximális és distális metszeteken az utóbbi tünet hiányzik.

57. N. Kornélia, 19 éves. Felvételt 1903. július 6-dikán. Hét-nyolcz év óta folytonos székrekedés. Igen gyakori hasgörcsök, melyek néha 24 óráig eltartanak, sokszor rendes székürülés mellett is fellépnek. Folytonos ülő életmódja mellett nem tudja, vajjon a testmozgás is kiváltja-e a görcsöket. Hőszáma szintén hasfájdalommal jár, ilyenkor néha napjában 15.-20-szor szokott hasmenése lenni. Öt év előtt 23 napig fektűt a belosztályon obstipatio habitusával és gastricismus kórmévével. Akkor három napig egész 39-39.5-ig felemelkedő lázokban szenvedett. A has nem puffadt, enyhébb nyomásra is mindenütt érzékeny, a ganglionok tája nyomásra fájdalmas, de legfájdalmasabb a jobboldali umbilicospinális vonal közepén egy gyermektényérnyi terület. Julius 10-dikén. Laparotomia chloroformnarcosisban 5 cm. hosszú metszés a jobboldali egyenes hasizom rostjain át. A 9 cm. hosszú, különben épnek látszó féregnyúlvány közepén fél cm.-nyi szalaggal a vakbélhez van rögzítve. Kiirtás. Három réteggű hasfalvarrat, tapaszoktés. A lefolyásban két napon át állítólag heves hasgörcsei voltak, melyek azonban azonnal megszűntek, midőn a nyilvánvalóan hysterias leánykát magaviselete illetlen voltára figyelmeztettük. Julius 25-dikén gyógyultan távozott.

Távozása után még három hétig fájdalmatlan volt, azután több ízben panaszkodott hasfájásról, mely csak október közepe felé kezdett véglegesen szünni.

A feregnyúlvány görcsöi képe (*Pertik* tanár intézete) csaknem ugyanazt a képet adja, mely az előző esetben le van írva. A degeneratio csak foltokban jelenik meg. Legkifejezettebben a distális részben.

58. *St. Jenő*, 12 éves. Felvétetett 1903. július 11-dikén. Első roham. Két hét előtt iskolából hazajövet fájdult meg a hasa, különösen a has felső fele. Két ízben hányt. Egy nap mulva a fájdalom a vakbél-tájjra húzódtott, e helyütt azóta állandóan fennáll; az első 4–5 napon székrekedése volt, azóta hasmenése van. Sem székürülése, sem vizeleése nem fáj. A has jobb fele kissé elődomborodik, felette kifejezett izomrigiditás és nyomási fájdalmasság. Rectális vizsgálat negatív; a csipő-izületet most is, mint betegsége első napja óta, hajlításban tartja. Vizeleése és székélése fájdalmas. 37.4–37.8 h., 116 p. Julius 12-dikén. Laparotomia. Chloroformnarcosisban a tumor kifejezettebbé válik, a vakbél-táj már megtekintésre is kiemelkedettnak látszik. A tenyérszi tumor külső határa a csipőtővis, belső a középvonal, alsó az interspinális vonal. Rövid, ferde metszés a legnagyobb domborulatot át a szabad hasüregebe vezet. Ennek be- és lefelé való irányban feszés tamponálása után az összenövés tompa szétválasztásával a medenczehashártya mentén haladtunk a mélybe, mire nemsokára sűrű, sárga bélsárszagú geny bugygyant elő. A genynek óvatos kitörése után megtekinthetővé válik a kisökölnyi üreg, mely a vakbél hátsó-külső oldala és a medencze-fascia között fekszik és melyben az üszkös hártvákkal borított erősen odanőtt, összekunkorodott feregnyúlvány látszik. Minthogy ennek kiirtása nehézségekbe ütközött, ezt a kísérletet abba hagytuk. Az üreget Mikulicz-féle tamponnal kitömve és a környéket gondosan letörölgetve, a külfelületükön már kissé szennyes védőtampontokat kivettük és újjakkal helyettesítettük.

Sima lefolyás, néha subfebrilis, három napig lázas 72–120 pulsus mellett. A genyben colibacillus tiszta kulturája találtatott. Julius 22-dikén. A Mikulicz-tampon eltávolítása. Julius 23-dikén. A védőtampontoknak kisebbekkel való helyettesítése. Julius 25-dikétől július 29-dikéig. A sebből híg bélsár ürül. Augusztus 9-dikétől. A fiú felkelt. Augusztus 22-dikén. A tiszta sarjakkal kibélelt sipoly még 10–12 cm.-re vezet fel- és hátrafelé. Radikálműtét chloroformnarcosisban. A sarjak kikanalizása közben szőlőmagvak ürültek. A mediális sebszél mentén, attól 1/2 cm.-re vezetett metszéssel azért nem tudtuk a szabad hasürebe jutni, mert nagyfokú csepleszösszenövés feküdt elől; ezeket kettős lekötések között átmetszve összenőtt belek közé jutottunk. Jobb tájékozódás czéljából a laterális sebszél is körülmetszve az egész sipolyt a hozzáótt csepleszszel együtt kiirtottuk. A feregnyúlvány kiirtása nagy nehézségekbe ütközött. Eleinte a 3 1/2 cm. hosszú proximális részletet metszettük ki, lekötéssel, levágással és a csonk befördítésével. E kiirtott rész megvizsgálásakor arról győződöttünk meg, hogy ez nem az egész feregnyúlvány, hanem hogy az app. kifejtés közben, elvékonyodott középrészén kettészakadt. Distális fele mint empyemás, a bene levő folyadék által feszesen kitöltött 2–3 cm. hosszú képlet igen szorosan volt a fascia iliacához lenöve. Kifejtése közben vastag edényekből több helyütt erős vérzés támadt, melyet csak többszörös lekötéssel lehetett csillapítani. Az első műtét után visszamaradt hassérny gyógyítása

czéljából az aponeurosiszt leválasztottuk egyrészt a belső izomrétegről, másrészt a bőrről, azután háromrétegű hasfalvarratot végeztünk. A seb felső zugába vezetett szalag kivételével a sebet teljesen elzártuk. A kiirtott feregnyúlvány az elszakadás helyén átjárhatlan, a distális rész tartalma nyúlós, tiszta savó. A nyálkahártya mindenütt halvány. November 24-dikén gyógyultan távozott.

59. *F. Béla*, 9 éves. Felvétetett a belosztályra 1903. augusztus 30-dikén. Első roham. Nyolcz nap előtt egy kirándulás közben megfájdult a hasa. Egyszer-kétszer hányt, székrekedése volt. Negyednapra a fájdalom egyszerre megszűnt, de a gyermek hasa ekkor még jobban felpuffadt és az euphoria mellett elesettségi tünetei mutatkoztak. Három nap óta folytonos hányás és nagyfokú meteorismus. A gyermek elesett, végtagjai hűvösek, facies abdominalis; könnyen elnyomható 120 érverés mellett 36.5 hőmérsék. Heves, folytonos spontán hasfájás. A has annyira puffadt, hogy a rekezt mindkét oldalon két bordaközzel felnyomja. Bárhol érintjük a hasat, hevesen fáj, ugyancsak fájdalmas a két horpasz megnyomása is. A rectális vizsgálatnál az egész medenczét kitöltöttnek találtuk. Augusztus 31-dikén. A collapsus még fokozódott. 36.1–36.7 h., 120 p. Miután a perforatio óta mindenek szerint négy nap telt el (mídon a fájdalom hirtelen megszűnt, akkor fúródott át az app., és akkor kezdődött a diffus peritonitis) és az elesetség igen nagyfokú, a műtétől, melytől a hozzátartozók az első napokban vonakodtak, melyet azonban a felvétel óta magok kérnek, mint kilátás nélkül el kellett állani. Szeptember 1-sején. Éjjel exitus. Bonczolás nem volt végezhető.

60. *B. Dezső*, 13 éves. Felvétetett 1903. október 3-dikén. Négy év óta hasfájdalmak vannak, állítólag néha esti hőemelkedésekkel. Egy ízben (1899. december 17-dikétől december 23-dikéig) belosztályunkon feküdt, ekkor spontán és nyomási hasfájásban szenvedett, két napig apró lázakkal (37.7–38.1 h.). A sebészi osztályon 1903. márczius 4-dikén jelentkezett. Hosszabb járás, vagy tornázás közben, vagy ha étrendjére nem vigyáz szigorúan, azonnal megfájdul a hasa. Már ekkor lehetett konstatalni, hogy míg a nyomásra a bal hypopastrium alig érzékeny kissé, addig a vakbél tája kifejezetten fájdalmas. Felvételekor előadja, hogy a néha egész napig tartó hasfájdalmak utóbbi időben igen gyakran, néha naponként jelentkeznek. Gyakran étvágytalan. Hányini nem szokott. Vizeleése valamivel gyakoribb, de nem fáj. A fiú kissé vérszegény. Rectális vizsgálat negatív. Izomspasmus nem mutatható ki. Tumor, resistentia nincs. A jobboldali umbilico-spinális vonal közepe nyomásra sokkal érzékenyebb, mint a has bármely más helye. Láztalan.

Október 7-dikén. Laparotomia chloroformnarcosisban. 6 cm. hosszú metszés a jobboldali m. rectus abdom. rostjainak tompa szétválasztásával. A 7 cm. hosszú nyúlvány megtekintésre épnek látszik. Kiirtás. Csonkellátás manchetta-képzéssel. Háromsoros hasfalvarrat. Sima lefolyás. A hasfájdalmak a műtét után megszűntek és többé nem jelentkeztek.

Október 23-dikén. Gyógyultan bocsátottuk el.

61. *K. Lázár*. A szövegben közölve.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és szűkvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bárony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kéty Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauter Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Detre László és Sellei József: Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából. Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyénekénél. 281. lap.  
Jendrassik Ernő: Közlemény az egyetemi idegklinikáról. A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. 283. lap.  
Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérszámítás értékéhez a belső betegségek kóriszálásánál. 286. lap.

Közegészségügy. A pécsi állami gyermekmenhely működésének megkezdése. — Temetők és halotti kamrák felállítása és felügyelete. 287. lap.

Tárca. Haberern J. Pál: A XXXIII. berlini sebészcongressus. 287. lap.

Bókay Árpád: A magyar fürdőhelyek látogatottsága 1902-ben. 288. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ostermeyer Miklós: A sérvsebészet 1901—1902-ben. 289. lap. — Könyvismeret. Th. Rumpf: Vorträge aus dem Gebiete der allgemeinen Therapie. Erstes Heft. Herz- und Kreislaufstörungen.

290. lap. — Lapszemle. Sebészet. Bruns: Struma a gégében és légcsőben. (Navratil Rezső.) — Húgyszervi betegségek. I. Swiatecki: Az aseptikus catheterismus egy egyszerű módosítása. (Pícker Rezső.) — Kiseb közlemények ex orcosgyakorlatra. Lassar: Hetolinjectiókkal meggyógyított heregümökör. — Neustätter: Aspirin használata szembajokban. — Harrison: Collargol. — Folyóiratok átnézete. 290. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Jókai Mór. — A főváros egészsége. — A budapesti kir. orvosegyesület 1904. május 31. i. lejáráó pályázatai. — A budapesti orvosi kör. — Az országos közegészségi tanács. — Adományozás. — Fürdőorvosok. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A szt. Lukács-fürdő. — A budapesti poliklinika. — Hibaigazítás. — Megjelent. — Elhunytak. 291—292. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. — Balneológiai egyesület. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. Melléklet. Friedrich Beyer & Co. Elberfeld cég „Mesotan“ című prospectusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából.  
Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyénekénél.

Irták: Detre László dr. egyetemi magántanár és Sellei József dr. v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Milyen sorban folynak le a vér-agglutinációs tünetnyek?

Ha erősen agglutináló idegen emberi vérsavót erősen agglutinálható vérsjtekkel összehozunk, akkor az alacsonyabb arányú keverékekben már 1—2 percz alatt a vörös vérsjtek csoportokká verődnek össze, összetapadnak nagy tömegekké, a melyek főképen akkor tűnnek jól elő, ha az óráitveget kissé megrázzuk. Későbbben a tömegek egyre nagyobbodnak az érintkezésbe jutó csomócskák nagy csomókba való összetapadása útján, végezetül az emulsionak összes vérsjttei 2—3, szabálytalan contourú, alvadékhoz hasonló, tapadós tömeg alakjában ragadnak az óráitveg fenekéhez. E tömeg változatlanul marad meg órák hosszát: a kiszáradást elkerüljük olyképen, hogy az egész keveréket vérsjttömeggel csöbe szívjuk fel és befórrasztjuk; szobahő mellett több napig eltarthatjuk a nélkül, hogy a vérsjtek oldódnának. Egy tünetny azonban mégis megmutatja, hogy a vér-agglutininnel együtt a kísérlethez használt idegen vérsavó véroldó anyagot, haemolysint is tartalmaz, azonban oly csekély mennyiségben, hogy oldó hatása érvényre nem jut. E tünetny a vérsjtek egymáshoz és az óráitveghez való ragadása.

Ha az agglutináló savót 60°-ra felhevítjük vagy pedig több napig sötét helyen állni hagyjuk, akkor tapasztaljuk, hogy agglutináló erejének meg nem változása mellett az agglutinatio némileg másképen folyik le, t. i. az agglutinált vérsjtek össze-

verődtek ugyan, de csakis laza csomókat alkotnak, a melyek rázásra szétesnek, hogy azután ismételtlen csomókká álljanak össze.

Friss savóval összeragadt tömegeket kapunk, állott vagy hevített savóval csakis összeverődötteket. A mi nyilvánvalóan bizonyítja, hogy az agglutinnek tiszta hatása csakis a vérsjtelemelek felület adhaesiojának különös megnagyobbodásában nyilvánul. Az összetapadás maga már egy labilis componensnek, eddigi tapasztalataink szerint ugyancsak az alexinnak (Ehrlich-féle complement-nek) köszöni megjelenését, melyről tudjuk, hogy a véroldásnál, haemolysinnél is mint fontos tényező szerepel.

Mellesleg megjegyezzük, hogy az általunk „laza agglutinatio“nak nevezett tünetnyenyl akkor is találkozunk, a mikor olyan agglutináló savó hatását vizsgáltuk, a melyet agglutin-jának és alexin-jának (complement) legnagyobb részétől a másutt leírandó absorptió módszerek valamelyikével megfosztottunk.

Erősebb hígítású arányokban az agglutinatio később indul meg, lassabban erősödik és a csomócskák is csak kisebb nagyságot érnek el. A határtiter megállapítása tehát elegendő nehézségekbe ütközik, annyival is inkább, minthogy az agglutinatiohoz hasonló összes biológiai folyamatoknál ismeretes azon általános szabály, hogy a hatóanyagok concentratiojának csökkenésével a hatás csakis lassanként sülyed az észlelhetőség legalsó határáig alá. Tehát önkényüleg kellett megállapítani azon kriteriumot, melyet a határtiterre nézve egyszersmindenkorra alkalmaztunk.

Két momentumot játszott itt szerepet: 1. Mily csomósodást vettünk meg agglutinationak, 2. miként juttattuk e tünetnyben kifejezésre az időbeli factort? Ez utóbbi körülmény azért is volt fontos, mert már az első vizsgálatoknál is szemünkbe ötlött, hogy az idő előhaladtával nemesak egy már meglevő csomósodás válik intensivebbé, hanem olyan keverékekben is positiv agglutinatio lép fel, melyek azelőtt annak nyomát sem mutatták.

Nem elegendő tehát tudnunk azt, beáll-e a serum és emulsió

bizonyos aránya mellett az agglutinatio vagy sem, hanem azt is szükséges számba vennünk, hogy mikor kezdődik, mikép halad tovább és mikor éri el teljes erősségét. Az eddigi vizsgálok erre súlyt egyáltalában nem helyeztek, a mi annál is feltűnőbb, mint-hogy a rokon bakterium-agglutinációs tünetnyek vizsgálói eléggé hangsúlyozzák, hogy az időt a reactio megítélésében elejteni nem szabad. (Widal-féle próba.)

Mi tehát jegyzőkönyvünkben a 3, 5, 10, 15, 20, 30 és 50 percz mulva látható állapotát a vérkeverékeknek mindig külön tüntettük fel; későbbben megelégedtünk a próbáknak 20 perczig való észlelésével, a mely idő teljesen elégséges arra, hogy a határtitert megállapíthassuk.

Röviden összegezve: valamely serum agglutináló erejének és egyszersmind valamely vérséjt agglutinálhatóságának mértékeül (határtiter) tekintettük azon számot, a mely megmondja, hány részt a 3%-os véremulsióból adhatunk 1 rész vérsavóhoz, hogy 20 percnyi idő leforgása alatt szobahő mellett az emulsió lupa alatt épen biztosan látható agglutinált csomókat mutasson.

Az agglutinationak észlelt fokát jegyzőkönyveinkben a következő jelzőkkel jelöltük:

Kezdődő, közepes, erős, igen erős, majdnem teljes, teljes. Kezdődő = igen kis csomókat mutató (lupe alatt). Közepes = szabad szemmel épen látható csomók. Erős = szabad szemmel jól látható csomók. Igen erős és majdnem teljes = igen nagy csomók mellett még nem agglutinált vérséjtek is láthatók. Teljes = szabad, nem agglutinált vérséjt az egész készítményben nem található, csupán nagy tömegek.

A vizsgálat menetének bemutatására egy-kettőt közlünk e helyen kísérleti jegyzőkönyveink közül. Példák:

1. M. Sz., 21 éves, joghallgató. Sclerosis, roseolák. Vizsgálat 1903. november 6.

Konr. seruma de XI/2. contra M. Sz. vörösvérsejtjei. Óra : 12:07.

	2 percz	5 percz	10 percz	20 percz	30 percz
1:1	kezdődő	teljes	—	—	—
1:2	erős	teljes	—	—	—
1:5	kezdődő	erős	teljes	—	—
1:10	kezdődő	közepes	teljes	—	—
1:20	?	kezdődő	erős	igen erős	teljes
1:50	—	?	kezdődő	kezdődő	közepes
1:70	—	—	?	?	kezdődő

A határtiter Ag = 50.

2. H. J., 24 éves, ács. Sclerosis. Vizsgálat 1903. december 31.

a) De. seruma de XII/31. ca H. J. vörösvérsejtjei. Óra : 6:15.

	3 percz	5 percz	10 percz
1:5	kezdődő	erős	teljes
1:10	kezdődő	közepes	teljes
1:20	?	kezdődő	igen erős
1:40	—	?	közepes

Ag > 40.

b) Konr. seruma de XII/30. ca H. J. v. v. Óra : 6:30.

	3 percz	5 percz	10 percz	15 percz	20 percz
1:5	kezdődő	majdn. teljes	teljes	—	—
1:10	kezdődő	majdn. teljes	majdn. teljes	teljes	—
1:20	?	kezdődő	közepes	közepes	igen erős
1:40	—	valami	kezdődő	kezdődő	közepes
1:60	—	—	?	kezdődő	kezdődő

Ag = 60.

A leirt módszerrel 50 egyén vérén eszközölt vér-agglutinációs vizsgálatok eredményeiről a következő táblázatos kimutás ad felvilágosítást:

Syphilises egyének.<sup>1</sup>

Eset száma	Név, kor, foglalkozás	Vizsgálat napja	Diagnosis	Reagens savó	Határtiter	Jegyzet
Recens syphilises esetek	1 M. Sz., 21 éves, joghallgató	1903. november 6.	Sclerosis, roseola	Konr.	50	Autoagglutinatio
	2 Wen. I., 19 éves, tanuló	1903. december 22.	Sclerosis	De.	60	
	3 a H. I., 24 éves, ács	1903. december 31.	"	De.	70	
	b		"	Konr.	60	
	4 K. B., 23 éves, káplár	1903. október 30.	Sclerosis, roseola	De.	50	
	5 Sch. J., 32 éves, gépész	1904. január 9.	"	Konr.	0	
	6 D. I., 27 éves, lakatos	1903. december 28.	Roseola syphilit.	Konr.	40	
	7 N. Anna, 26 éves	1903. november 23.	"	De.	80	
	8 D. Elsa, 34 éves	1904. január 2.	"	Konr.	0	
	9 M. Gy., 29 éves	1904. január 11.	"	Konr.	10	
	10 P. J., 26 éves	1904. január 12.	Papulae syphilit.	Konr.	20	
11 T. B., 21 éves, tanuló	1904. január 21.	"	Konr.	0		
Secundær syphilises betegek	12 N. I., 24 éves, lakatos	1903. december 21.	Plaques, papulae	Konr.	20	Eddig higanykezelésben nem részesült
	13 B. I., 30 éves, csapos	1903. december 21.	Condylomata lata	Konr.	0	
	14 A. Gy., 24 éves, joghallgató	1903. november 5.	Plaques muqueus.	De.	20	
	15 W. J., 24 éves, tanár	1903. november 9.	Polyadenitis	De.	20	
	16 F. L., 20 éves, hivatalnok	1903. november 14.	Plaques opal.	De.	0	
	17 a L. S., 23 éves, hivatalnok	1903. november 6.	Roseola (2. eruptio)	De.	0	
	b		"	Sam.	0	
	c		"	De.	0	
	18 B. E., 28 éves, tanító	1903. november 12.	Syphilis latens	De.	0	
	19 H. Gy., 23 éves, tanárjelölt	1903. november 5.	"	De.	70	
	20 M. I., 27 éves, ügyvédjelölt	1903. december 31.	"	De.	60	
	21 B. Mari, 16 éves, cseléd	1904. január 11.	Syphilis papulosa	Konr.	60	
	22 H. Berta, 24 éves, cseléd	1904. január 12.	"	Konr.	70	
	23 K. Gyuláné, 18 éves	1904. január 12.	"	Konr.	60	
	24 D. I., 26 éves	1904. január 12.	Syphilis latens	Konr.	80	
	25 F. I., 25 éves, kőfaragó	1904. január 12.	"	Konr.	80	
	26 E. B., 21 éves, tanuló	1904. január 5.	Plaques opal. oris	De.	0	
27 a Sch. R., 23 éves, joghallgató	1904. február 18.	Syphilis latens	De.	0		
b		"	Konr.	60		
28 V. S., 22 éves, géplakatos	1904. február 8.	Condylomata lata	De.	80		
Tert. syph. esetek	29 V. I., 34 éves, asztalos	1904. január 4.	Gummata tibiae	Konr.	0	Autoagglutinatiót mutatott
	30 V. Anna, 27 éves, cseléd	1903. december 5.	Gumma palati moll.	De.	0	
	31 a B. I., 41 éves, gyógyszerész	1904. február 18.	Gummata	De.	0	
	b		"	Konr.	0	
32 Sz. K., 27 éves, irnok	1904. február 10.	"	De.	80		
Syphil. malign.	33 K. S., 29 éves	1904. január 12.	Syphilis maligna	Konr.	0	Autoagglutinatiót mutatott
	34 L. Gizella, 17 éves	1904. január 12.	"	Konr.	0	
	35 V. L., 24 éves	1904. január 12.	"	Konr.	0	

<sup>1</sup> Ezek közül néhány esetet Róna tanár úr bocsátott rendelkezésünkre; szívességeért fogadjunk e helyen kifejezett köszönetünket.



## Egészséges egyének.

Eset száma	Név, kor, foglalkozás	Vizsgálat napja	Reagens savó	Határ-titer
36 a	S. F., 25 éves, ügynök	1904. január 5.	De.	0
b		január 5.	Konr.	0
37 a	H. Mór, 21 éves	január 6.	De.	0
b		január 6.	Konr.	20
38 a	K. J., 22 éves, asztalos	január 6.	De.	0
b		január 6.	Konr.	0
39 a	R. I., 34 éves, ügyvéd	január 7.	De.	0
b		január 7.	Konr.	80
40 a	L. K., 41 éves, kőműves	január 7.	De.	60
b		január 7.	Konr.	40
41 a	W. L., 32 éves	január 7.	De.	0
b		január 7.	Konr.	60
42 a	W. S., 35 éves	január 7.	De.	80
b		január 7.	Konr.	60
43 a	P. Anna, 34 éves	január 8.	De.	40
b		január 8.	Konr.	80
44 a	A. Gy., 41 éves	január 8.	De.	0
b		január 8.	Konr.	0
45 a	L. Mari, 46 éves	január 6.	De.	60
b		január 6.	Konr.	60
46 a	K. Gizella, 18 éves	január 6.	De.	0
b		január 6.	Konr.	0
47 a	K. Irma, 30 éves	január 6.	De.	0
b		január 6.	Konr.	0
48 a	K. Anna, 32 éves	január 6.	De.	0
b		január 6.	Konr.	0
49	M. J., 30 éves, joghallg.	1903. december 30.	De.	0
50	K. R., 23 éves, hivataln.	november 6.	De.	60

(Folytatása következik.)

## Közlemény az egyetemi idegklinikáról.

## A szervezet mozgás-berendezésének alapelvei.

Adatok a mozgás szervei mechanizmusának általános megismeréséhez és az egyes izmok működésének tanához.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.

(Folytatás.)

A supinálás és pronálás fontos kérdése e helyen némi kitérésre kényszerít.

Az anatómusok a supinálást és pronálást igen különbözőképpen fogták fel. Egyesek ezen mozgást a radiusnak az ulna körül való forgásával magyarázták, Duchenne ezzel ellentétben úgy találta, hogy az ulna és radius egymás körül forognak s e mozgásnak főtengegyét a középső ujjon át haladónak vette fel. Ha az ember szabadon kinyújtja kezét s ekkor kísérli meg e mozgást, valóban úgy találja, mintha a körmozgásban egyenlően vennék ki részüket a radius és ulna, de igen könnyen meggyőződhetünk arról is, hogy a supinálást és pronálást, bármely tetszés szerint választott ujjunkat véve tengelynek, szintén könnyen végezhetjük s e közben majd az ulna (ha a mozgás tengelyét a mutatóujjunkat), majd a radius (ha kisujjunkat tekintjük) lát-szik erősebben mozognak, vagy egyenlően mozognak mindketten, ha középső ujjunkkal végzünk fűrő mozgást.

Az anatómusok közül utoljára J. W. Hultkrantz<sup>1</sup> foglalkozott behatóan ezzel a kérdéssel s az idevonatkozó irodalmat is gondosan egybeállította. Valóban azonban csak két munka van, Braune és Flügel,<sup>2</sup> továbbá Hultkrantzé, kik Cruveilhier régi tanával egyetértően az ulnának a supinálás-pronálásban lényeges részvételét határozottan tagadják, míg Lecomte,<sup>3</sup> J. Heiberg,<sup>4</sup> Cathcart,<sup>5</sup> Dwight,<sup>6</sup> Fleisch,<sup>7</sup> az ulnának valódi mozgást tulajdonítanak a radius körül, a minek segítségével, megfelelőleg a két csont aránylagos részvételének, a szóban levő mozgásban a körforgás tengelye az ulna vagy a radius felé helyezhető. Ezen kérdéskör tisztázására igen változatos, bonyolult, többé-kevésbé szel-

lemes kísérletek és constructiók egész sorozatát ismertették, sőt Hultkrantz saját magán és egy embertársán valóságos vivisectiót is végzett, a midőn aczélszöveget vert az epicondylus lateralis és az olecranon ulnaeba, ilyen módon akarva alaposabban kiismerni a két csont részvételét a mozgásban. A két csont folyton változó helyzete a pronálásban és supinálásban és a Hultkrantz állította lötyögő mozgathatóság (Wackelbeweglichkeit) az ulna könyökizületében annyira megnehezítik ezen kérdésben a tisztán látást, hogy a holttestkísérletek, modell-szerkezetek eredményeit, a mikor az izmokat külső erő alkalmazása pótolta, csak nagy óvatossággal bírálhatjuk meg. Sajnos, hogy éppen Hultkrantz kísérletei a legkevésbé engednek biztos megítélést, az önfeláldozást kárba vesztettnek kell tekintenünk. Már az a körülmény, hogy ezen kísérleteket igen hiányosan írta le a szerző, továbbá, hogy csak a felkar és az olecranon egymáshoz viszonyított eltolódását, de nem az igazi mozgási kitéréseket jegyezte fel és mérte meg a csontokba vert szögek segítségével: teljesen lerontják ezen szerző kísérleteinek eredményét. Hultkrantz annak dacára, hogy az ulna igazi részvételét e műveletben tagadja, mégis kisebb oldalmozgást megenged, sőt megjegyzi, hogy ilyen oldalmozgások mindig bekövetkeznek, ezeket ő főképpen lötyögő mozgásokként fogja fel, a melyek az ízületi felületek pontatlanságából származnának s szerinte az izomműködések befolyása alatt állanak. Véleményem szerint az ízületek ezen élettani „pontatlansága“ annál kevésbé volna lényegtelen mellékkörülményül betudandó, mivel Hultkrantz maga beismeri, hogy ezen alakulást az izmok működése kihasználja. Az alsó állkapocs örlő mozgásai csak ilyen módon létesülnek s mégsem tulajdoníthatók egyszerűen ízületi „pontatlanságnak“. A lötyögő mozgathatóság kifejezése azonban éppen nem alkalmazható az alkarra, hiszen ez az ízület ép állapotban sohasem lötyög, ugyanezen okból a pontatlanság (Ungeuauigkeit) kifejezését sem merném ezen ízületre alkalmazni.

Úgy vélem, hogy a következő módon lehetne ezen kérdésnek nyitjára találni. Ha az ember hajlított alkarját úgy tartja, hogy az a supinálás és pronálás között a középállásban van s azután, a nélkül, hogy túleröltetné, akként pronál, hogy majd a mutató-, majd a kisujj szolgáljon a mozgás tengelyül: akkor egészen világosan észlelhető, hogy az első esetben az ulna, a második esetben a radius végzi főképpen a körforgást. Hultkrantz és követői azt hiszik, hogy voltaképpen mind a két esetben a radius jár körül, az ulna látszólagos mozgása ellenben akként jönne létre, mialatt a mutatóujjat veszzsziük tengelyül, hogy a felkarsont egyidejűleg kifelé fordul. Ezen esetben tehát ezen mozgást két tényezőre lehetne felbontani: először a pronálásra az ulnán át vonuló tengely körül és másodsor a felkarsontnak kifelé rotálására, a mivel az ulna distális vége, illetőleg a kisujj 7–10 cm.-rel kifelé mozdulna. Ha ilyen módon két tempóban végezzük a kísérletet s e közben megtapintjuk a két epicondylust, a második művelet alatt igen tisztán megérezzük a felkarsont forgómozgását, míg ha egyszerűen a mutatóujj körül pronálunk, csaknem semmi forgást sem észlelhetünk. Arra a csekély forgásra, a mely mégis előáll, de akár az ulna, akár a radius irányában volt a tengely, még visszatérek. Hultkrantz-nak nagyon könnyű lett volna a felkarsont részvételét ezen kísérletekben közvetlenül kimutatni, a mikor a szöveget epicondylusába beverte, de elmulasztotta épen ezen egyedül bizonyító adatot felhasználni, sőt egyáltalában kutatni. Heiberg a pronálás-supinálás mindkét alakját, sőt a Lecomte gyűrűben forgatást holttesten, deszkára szögelt felkarsont mellett tudta végezni, minden akadály nélkül; ez a kísérlet bizonyára igen támogatja a kettős csontmozgás felvételét.

Ezek alapján véleményem szerint valamely határozott különbségnek kell fennállani az ulna és a radius egymáshoz viszonyított állásában a pronált vagy supinált helyzetben, a szerint a mint a körmozgás az egyik vagy a másik csont körül történt. Ez a különbség akkor válik igazán nyilvánvalóvá, ha pl. a mutatóujjon át vezetett tengely körül való pronálás után, visszafelé a supinálást a kisujj irányában gondolt tengely körül akarnók eszközölni: ekkor ép oly élenken beáll a felkarsont fordulása, mint a mily tisztán mozdulatlanul marad különben. Hogy még biztosabban végezzem a kísérletet, nem vertem ugyan szöveget a csontokba, hanem egy soványabb egyén könyökizületének hátulsó felü-

<sup>1</sup> J. W. Hultkrantz: Das Ellbogengelenk und seine Mechanik, 1897.

<sup>2</sup> Braune und Flügel: Archiv für Anatomie u. Physiologie, anat. Abth. 1882.

<sup>3</sup> Lecomte: Archives générales de médecine, 1874. 1877.

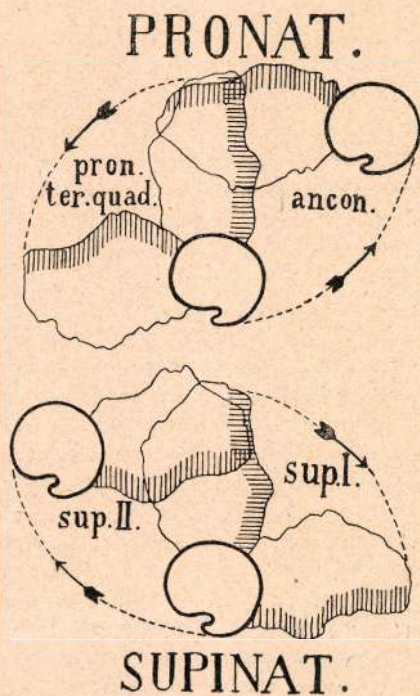
<sup>4</sup> J. Heiberg: Ueber die Drehungen der Hand. Wien, 1884.

<sup>5</sup> Cathcart: Journal of Anat. and Physiology, XIX. (1885.)

<sup>6</sup> Dwight: u. o.

<sup>7</sup> Fleisch: Archiv für Anat. und Physiologie, anat. Abth. 1885.

letéről 90°-ban hajlított tartásban gipszlenyomatot készítettem, ezen lenyomatba a felkarsont irányában a könyökizület alatt néhány cm. magas lábat helyeztem, úgy hogy ha ezen pontosan illő készüléket ugyanazon egyén karjára rögzítettem, a felkarsont forgómozdulatai a készülék lábába szúrt tü segítségével pontosan leolvashatók és kimérhetőek voltak. Ezen készülékkel végzett kísérleteim azt tanúsították, hogy a középállásból akár pronálásba, akár supinálásba megyünk át: a felkarsont mindig kissé fordul, főleg ha a mozdatot még erőltetjük is. A fordulás iránya azonban különböző a szerint, a hogyan a supinálás-pronálás tengelyét választottuk: a felkarsont kifelé fordul, ha a mutatóujj körül pronálunk, ezzel ellentétben befelé, ha a pronálás tengelye a kisujjnak felel meg. A supinálás az ellenkező eredményt adta. Ha gondosan megfigyelve a középső ujjon át vezetett tengelylyel



5. ábra. Az alkarsontok distális végeinek mozgása; fent: pronálás, jobbra a mutatóujjon, balra a kisujjon át képzelt tengely körül, lent: supinálás, jobbra a kisujjon, balra a mutatóujjon át haladó tengely körül. A két kép közepén a kiindulási elsődleges állás. Bal kéz.

végeztük a pronálást és supinálást, semmi forgómozgás nem támadt. Ezek a fordulások azonban csak 1—2° szögletben történnek, míg a felkarsontnak az a fordulása, a mely a supinálásból a pronálásba a mutatóujjon át képzelt tengely körül a *Hultkrantz*-féle gondolatmenet alapján végeztetnék, a kísérlet és a vele egybevágó számítás adatai szerint 12—18 fokot tenne ki. A fordulás ezen esetben kifelé irányított.

Ezen kísérlet bizonyítja, hogy a felkarsont fordulása a leírt kísérletekben oly csekély, hogy a pronálási tengely eltolódását teljességgel nem magyarázhatja meg, de azt is bizonyítja, hogy valamelyes különbségnek csakugyan kell lenni a két pronálás-supinálás mód között. A különbség csakis a középállásban egyenlítőzhető ki, ennek alapján szerkesztettem az 5. ábrát, a mely az ulna és radius kéztői végének különféle mozgásait tünteti fel. A csontok dorsális felületei árnyékolva vannak.

Ezen mozgásoknak pontosabb mechanikáját még tovább kell tanulmányozni, az izületi végek pontatlan összefekvése nem elégséges arra, hogy e tüneteket megmagyarázzuk, már azért sem, mert lehetetlen az egyik pronálási állásból új kezdés, tehát a középállásba való visszatérés nélkül, a másik pronálási állásba átmenni.

Ha az ember alkarját függőlegesen tartja s könyökét az asztalra helyezi: akkor világosan megfigyelhetjük mindkét csontnak külön-külön lehető mozgásait (s ugyanakkor az epicondylusok tapintásával ellenőrizhetjük a felkarsont esetleges forgását). Ezen kísérlet alkalmával látjuk, hogy a könyökizületben lehetséges akár az ulnával, akár a radiussal ingó mozgást végezni (persze csak

körülbelül 8° szögletben), ha a fentemlített két tengely körül felváltva végezzük a mozgásokat.

A felkarsontnak jelzett kis forgómozgásait, a melyek a szélső tengelyekkel vezetett supinálást és pronálást, mint fentebb kifejtettük, kísérik, másodlagos, az izmok hatása alatt mellékesen vagy az izület eltolódásából keletkezett fordulásnak kell tekintenünk, nem pedig a felkarsontot forgató izmok (*infraspinatus*, *subscapularis*) aktív működéséből eredetnek vélnünk. Még kevésbé lehet ezen csontok magassági eltéréseit (a hajlítás-feszítés irányában), a körforgás alatt hajlítási és feszítési izomműködésből (az alkar hajlító és feszítő izmainak közreműködéséből) származtatni. Ezek egyszerűen mechanikai következmények, a midőn e csontpár egymással helyet akar cserélni, okvetlenül köralakban kell egymást megkerülniök, ez a mozgás is a supináló és pronáló izomzat működésének eredménye.

A két csontnak szalagokkal rögzített s egymáshoz esatolt volta a lötyögést ezen csontok között teljesen kizárja s ez is egyike ezen tag berendezési szépségeinek.

A pronálás és supinálás céljaira szolgáló izmok a következők: *pronator teres*, *pron. quadratus*, az *anconaeus* és a *supinator*. Az ábrán a megfelelő mozgató izom fel van tüntetve, csak néhány megjegyzésre szorítkozom. Az *anconaeus* az ulnát közelebb vonja az epicondylus lat.-hoz, tehát kifelé vonja, ezzel lehetővé teszi a pronálást a mutatóujjon át gondolt tengely körül. (*Duchenne* úgy vélte, hogy az *anconaeus* az alkar feszítő izma, ezt saját vizsgálataim alapján nem ismerhetem el s azt hiszem, hogy *Duchenne* ezen amúgy is nem nagyon könnyen ingerelhető izmot oly erős áramokkal izgatta, hogy az összehúzódás a tricepsre is áterjedt.)

A *pronator quadratus* és *teres* mindketten ugyanazon értelemben működnek, a pronálást a kisujj körül eszközölve. Nem tudom okát adni annak, hogy miért van e célból két izom jelen? az egyik talán az izület biztosítására szolgál?

A supinálást látszólag csak egy izom, a *supinator* végzi, de ezt két részletre kell osztanunk, a mint azt a n. *radialis* is teszi. Az egyik rész az epicondylus lateralisról a radiushoz húzódik, ez végzi a supinálást az ulna mentén haladó tengely körül, a másik ellenben, a mely a radius és ulna között van kifeszítve, s a melynek rostjai a radiust erősen körül fogják, éppen a radiusnak ezen csavarása segítségével kényyszeríti az ulnát (az ábrán leolvasható) arra, hogy a radius körül haladjon s így a supinálást a mutatóujj irányában levő tengely körül eszközölje.

Ezen izmok megfelelő arányú együttműködése más tengelyek érvényesülését is megengedi.

A bicepsnek részvétele a supinálásban (csak a pronált helyzetből kiindulólóg van ilyen befolyása) másodlagos, nem igazán a supináláshoz tartozó befolyás, hanem a mozgás parallaxisus menetének biztosítója.

Mindezek szerint tehát az I. ujjperczek szabadon mozgó golyóizülettel bírnak, a II. (és III.) percz ellenben saját izületében a hajlítás és feszítés irányában, átvitt módon pedig a supinálás és pronálás útján az előbbire körülbelül merőleges irányú oldalmozgással rendelkeznek. Az utóbbi mozgás megfelelő alkalmazkodása az intendált ujjhoz az ulna és radius pontosan szabályozható aránylagos részvétele segítségével történik.

A hüvelykujj középállását kell még felemlítenem. Ez a tag az emberen áthelyeződött s az opponálásba ment át; hogy a kellő irányokat felismerhessük, a hüvelykujj mozgásainak vizsgálata céljából az alkart supinált helyzetbe kell hoznunk, úgy hogy a hajlítás, a többi ujjéhoz, azoknak középállásában hasonlóan, a befelé való iránynak feleljen meg.

Az ábrából kivehető, hogy az ujjak izomberendezése nem egészen teljes, de ha az egyes tagokat összegezzük, a teljes berendezés itt is feltalálható.

A legtöbb ujjizomnak ina szalagokba megy át, a melyek tapadási pontjaikat szaporítják, vagy legalább szaporítani látszanak. Ezen berendezés félreértésekre adott alkalmat; azt gondolják még ma is, hogy ilyen módon egyazon izom két tagra (percz) és hozzá még ellenkező irányban is hathatna. A distálosokban fekvő perczre csak akkor lehetne az ilyen izomnak behatása, ha még az első tapadás előtt az in, sőt az izom is megoszlanék, vagy ha az első tapadás csak kaesszerű áthúzódnás volna. Ez utóbbi meg-

felel a II.—III. perczen a lumbricalis izmok berendezésének — a midőn ezek feszítési mozgást hoznak létre —, de helytelen, ha, a mint *Duchenne* s utána talán valamennyi anatómiai és fiziologiai szakférfi tanítja, ugyanezen izmoknak az I. perczre hajlító hatást is tulajdonítunk. Ha valóságban így volna ez, akkor lehetetlen volna, főleg azzal a könnyűséggel, a melylyel ezt megtehetjük, a II.—III. ujjperczet kifeszítenünk az I. percz feszítése nélkül, pedig az I. percz bármilyen helyzetében, még az alappercz teljes behajlítása mellett is könnyen feszíthetjük a végperczeket. Azt hiszem ezen körülmény kétségtelenné teszi, hogy a *lumbricalisok* a végperczek feszítői, az I. perczeket ellenben csak az *interosseusok* hajlítják. Ezen viszonyokat lehetne még alkalmas esetben, ulnaris bénulásban, a mutató- és középujjon tanulmányozni.

Az *interosseusok* hatásmódja, az *inteross. dorsal.* és *volar.* elosztódása az ábrából kivehető, a kisujjon hiányzó második *interossten* a *flexor brevis digit. quinti* pótolja, ez kissé erősebben fejlődött.

Az ujjak úgynevezett közös hosszú hajlító és feszítői egyáltalában nem működnek oly közösen, a mint azt nevek sejtetné; tulajdonképen négy-négy izomból állanak ezek, a melyek izomállományukban kissé szorosabban függenek össze, s így némileg akadályozzák egymást szabad mozgásukban, de egyenként idegezhethetők be, s a villamos árammal is, kellően óvatos kísérletben, külön-külön ingerelhetők. Mozgatási irányuk nem egészen egyezés: a két középső ujjat (3. és 4.) a hosszú feszítők, egyszerűen az I. perczben tisztán kifelé viszik (feszítik), a mutatóujjat és kisujjat a feszítés mellett még távolítják is. Általában inkább csak a középujra mondják, hogy azt a közös feszítő izom tisztán feszítené, de saját kísérleteimben úgy találom, hogy a 3. és 4. ujj feszítés közben párvonalas marad. Egyéni különbségek is állhatnak fenn.

A tiszta kifelé vezetés így előálló hiányait pótolják az *ext. ind. propr.* és az *ext. digit. qu. propr.* Ha az ember csak a 2. és 5. ujját feszíti ki, míg a 3., 4-et enyhén behajlítva tartja,<sup>1</sup> akkor a két előbbeni párvonalas állásban marad, ha ekkor a két középső ujjunkat is kifeszítjük, tehát a „közös“ feszítőt idegezzük be, akkor a 2., 5. ujj abdukal, az utóbbi jelentékenyen nagyobb fokban, az alkar felé meghosszabbítva gondolt tengelyeik a lig. carpi dorsale tájékán találkoznak.

A kisujjon még két izom van, az *abduct.* és az *opponens digit. qu.*, az előbbi a kisujj distális perczén működik, azt kifelé s (a jelzett tartásban) lefelé mozdítja, az *opponens* ellenben a metacarpális csonton, a melynek némi külön mozgékonyasága van, felfelé-befelé irányított mozgást okoz.

A két hosszú hajlító izom is az egyes ujjakra külön külön izomnak veendő, az egyik a II., a másik a III. perczet viszi egyenesen befelé.

A pronálás és supinálás, a mint azt fentebb kifejtettük, a II. (illetve III.) perczre kifelé-felfelé (supinálás az ulna körül), pronálás a radius körül: m. supinator I., m. anconaeus) és kifelé-lefelé (supinálás a radius, pronálás az ulna körül: m. supinator I., mm. pronatores) mozgást támaszt.

Hátra van még a hüvelykujj izomzatának megbeszélése. Az ábrán fel van tüntetve a hüvelyk metacarpális csontjának, a melyet egyesek, talán nem alaptalanul, az I. percznek tekintenek, és a végperczeknek izomberendezése. Az elsőnek voltaképen csak két saját izma van (*abd. poll. I.*, *oppon. poll.*); de valamennyi percz-izom, az *ext. poll. brev.* és *flexor poll. long.* kivételével, ezen tagrészt is hat. Nem könnyű az egyes izmokról teljesen szabatos tájékozást nyerni, még a villamos ingerlés is csak kevés izmon ad a működést illetőleg teljesen hű képet, az izmok egy részét az áram izoláltan nem éri el, mások a villamos ingerlésre szomszédjaikkal együtt jönnek működésbe.

*Duchenne* az anatómusokkal ellentétben az *abduct. poll. I.*-t mint a metacarpális csontot kifelé-előre (*Duchenne* értelmében) mozdítót fogta fel s úgy vélte, hogy ezen izom a hüvelykujjat a II. metacarpális csonttal hozza opponálásba, ezért ezen izom elnevezését is helytelennek állította; ezen felfogást nem látom

<sup>1</sup> Ezen kísérlet igen óvatosan végzendő, mert könnyen közbejátszhat a bőrnek húzódása, a mi kissé szét is húzza a két szélső ujjat.

helyesnek s úgy találtam, hogy ez az izom a hüvelykujjnak olyan állást ad, mint a midőn a zongorán oktávát akarunk fogni.

Vizsgálataim szerint s a jelzett középállásból kiindulól a következő beosztást tartom a leghelyesebbnek: Flex poll. I. tisztán *befelé*, flexor poll. brev. *befelé-felfelé*, add. p. *befelé-felfelé*, extens. poll. br. tisztán *kifelé*, ext. poll. long. *kifelé-lefelé*, abduct. poll. br. *kifelé-felfelé*; a metacarpális csonton a két hiányzó irányt (mivel az *ext. poll. brev.* és a *flexor poll. long.* ezen tagra nem hatnak) az *opponens* — befelé — és az *abduct. poll. long.* — kifelé — pótolják.

#### Az alsó végtag izomzata.

Az alsó végtagon a viszonyokat nem lehet egykönnyen a felsőkkel összehasonlítani, jóllehet phylogenetikailag ezen végtagnak homológiája a felsőével kétségtelen. A fiziologiai birálat eredményesebbnek látszik ezen kérdésben a leíró boncolástanai megítélésnél.

A vállöv három izülete helyett a medenceövében csak kettőt találunk, *működésileg* a sterno-clavic. izületnek megfelelő izületképen az ágyéki csigolyák és a keresztcsont között levő izületi összeköttetést kellene tekintenünk; a másik két izületnek: az acromio-klavikularos izületnek és a felkarsont izületének, a melyekben a lapoczká és a felkarsont külön-külön forognak, az együttes csípőizület felel meg.

Az ágyéki csigolya-keresztcsont izülettel nem foglalkozunk tovább, mivel egyelőre azon izmokat, a melyek ezen izületben végzik a mozgást, jelen fejtegetésünk körébe felvenni nem szándékozunk. A csípőizületet, ha izomberendezését megérteni akarjuk, fel kell osztanunk megfelelőleg kettős működési feladatának s az előbb jelzett homológiának: a medence-csípőizületre és a czombesont-csípőizületre. Ezen felosztás fontosságát könnyen meg lehet érteni, mert az ember ezen izületben nemcsak czombesontját mozgatja, hanem — s legfeltűnőbbben, ha féllábra állunk — medencecsontját (törzsökét) is szabadon forgathatja. Ezen mozgásnál azonban még fontosabb a törzsök rögzítése ezen izületben; ha nem volnának egészen különleges izmok azon célra, hogy a törzsököt rögzítsék, akkor felső testünk két lábón való állás közben vagy előre vagy hátra dölne, egy lábón állásuk pedig még oldalt is eldőlhetne. Igaz, hogy egyes emberek képesek arra is, hogy kezükre álljanak, a midőn a karokat megfelelő tartásban erősen rögzítik, sőt ilyenkor a vállat a törzsökhöz erősítő izomzat is erős működésbe jön: de dacára ezen lehetőleg erős izomműködésnek, csak akkor sikerül a törzsöknek ezen helyzetben való megtartása, ha a felfelé álló testrészt pontosan egyensúlyozva van, a súlyvonalnak legkisebb eltérése meutén eldönti a kezén járót. A csípőizületben ellenben a törzsök rögzítése sokkal biztosabb, sőt ezen izületben igen nagy kitérések is szabadon lehetségesek. Ezen célra külön hosszú izmokkal rendelkezünk, a melyek tag határok között teljes biztossággal engedik meg a mozgást, és rövidebb, de erős izmokkal, a melyek ugyanazon hatást más emelő-arányokkal létesítik. Az előbbiek tapadási (helyesebben eredési) helye az alszáron van, közel a térdizülethez, az utóbbiak ellenben a trochanterek tájékán tapadnak, tehát oly helyein a csontoknak, a melyek még nagy végtagmozgás mellett is helyüket csak alig hagyják el.

A két öv (vállöv, medenceövé) között a különbség tehát főképen abban nyilvánul, hogy a vállövön a lapoczkát (a teres maj. kivételével) az izmok a törzsökhöz rögzítik, a medenceövében ellenben a rögzítés helye az alsó végtag. Ezen különbséget alig kell tovább magyaráznunk, az elülső és hátulsó végtag működésbeli eltérése, a mely, ha nem is olyan mértékben mint az emberen, az állatokon is megvan, okozza a két végtag izomberendezésének ezen különbözőségét; a felső végtagnak a törzsökhöz kell rögzítve lennie, a törzsöknek ellenben az alsón. Hasonlóan ahhoz, a hogyan a gözköcsi elülső kerekei csak a gép terhet hordják, s a tovamozdulást a hátulsó kerekek közvetítik: azonosképen a négylábú állatokon is az elülső lábak csak a test súlyának vivőjeként szerepelnek, az igazi haladó mozgás eszközei ellenben a hátulsók; főképen kitűnik ezen szerepük az ugrás, nehéz teher húzása alkalmával. Még egy körülményt is hozhatok fel, hogy ezen felfogásomat támogassam. A mint ismeretes, a medencét (illetőleg a czombesontot) különben máshol hasonlóan alig előforduló módon korlátozza mozgásában a nyújtott térd. A

medenceze teljes mozgásképessége csakis az alszár középtartásában van meg.

Az egyes izmokat azonban nem nagyon könnyű hovátartozóságuk szerint elosztani, ennek végleges kereszttilvitele még sok munkába fog kerülni. A vizsgálatot még rendkívül megnehezíti az a körülmény, hogy a medenczét rögzítő izmok már a czombnak csak kevésbé erősebb működése alatt is a megfelelő czombizmok összehúzódásához csatlakoznak, még ha a medenceze rögzítése nem is szükséges. Ez a mellékhatás — a mely munkakímélésből és sokszor összevágó erőhatásból származik — eddigelé a főhatásnak látszott és *Duchenne* is, a ki pedig egyéb izmokon nagyon is tekintetbe vette a működés alakulását distálisan rögzített tag mellett, épen ezen a téren a legkevésbé kutatta ezen hatást s így ő és követői sok esetben az igazi hatás tükörképét vették a valódinak.

(Folytatása következik.)

**Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról.**  
(Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

**Adatok a fehér vérsejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.**

Irta: *Elfer Aladár* dr.

(Folytatás.)

*IV. Pneumonia crouposa-esetek.*

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
1	20 éves, férfi	Jobb alsó lebeny infilt. Betegségének 5. napja Ther. inf. ipecac. 1903. V/7.	estve 6 óra. 40-0	16600
		Állapot változatlan. V/8. Jelentékenyen könnyebben van.	2 nap multán d. u. 5 óra. 39-8.	13500
		Elesettség V/9. Elesettség V/12. Beteg könnyebben van V/14.	1 nap multán d. u. 4 óra. 37-2	11000
			1 nap multán d. e. 12 óra. 38-4	14000
			d. e. 11 óra. 39-0	16000
			d. e. 10 óra. 37-0	11000
2	30 éves, nő	Bal alsó lebeny infilt. Állítólag 1 nap óta beteg. VI/13. Camphor subcutan. VI/14.	d. u. 6 óra. 40-2	19000
		Camphor subcutan. VI/15.	d. u. 6 óra. 40-0	18000
		VI/16.-án este a folyamat átterjed a jobb felső lebenyre. VI/19.	d. e. 11 óra. 38-6	15000
		VI/20. tompulat még fennáll, de a közérzet jelentékenyen javult	d. e. 1/410 óra. 38-4	11500
3	30 éves, férfi	10 nap óta ágyban fekvő beteg. Bágyadság. Előrement hasmenések. Nagyobb lép. Tüdők felett kiskokú hurut. Ther. Acidum Halleri 2:0:150-0	d. e. 1/29 óra. 35-9	13500
		VI/20. tompulat még fennáll, de a közérzet jelentékenyen javult	d. e. 10 óra. 36-5	10000
		10 nap óta ágyban fekvő beteg. Bágyadság. Előrement hasmenések. Nagyobb lép. Tüdők felett kiskokú hurut. Ther. Acidum Halleri 2:0:150-0	V/14. d. e. 11 óra. 39-6	18500
		VI/15.-én este hátul a jobb scapula alatt tompult dob. kop. h. mellett határozatlan kilégzés és gyéren crepitat. Ther. Ipecac.	VI/15. d. e. 12 óra. 39-4	23000
		VI/16. kifejezett tompulat a jobb alsó lebeny felett, hörghi légzéssel	VI/17. d. e. 10 óra. 38-4	30500
			VI/18. d. u. 7 óra. 37-0	24500
			VI/20. d. e. 9 óra.	20000
			VI/21. d. e. 1/29 óra. 35-9	8500
	19.-én és 20.-án már láztalan	VI/21. d. e. 1/27 óra. 36-4	9000	
	VI/21. A fenti physikalisan kimutatható elváltozások csak homályosan, de még kimutathatók	VI/27. d. e. 12 óra. 36-4	8000	

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
4	30 éves, nő	Meg nem határozható kezdet. A jobb felső lebeny felett hurutos zörejek.	VI/16. d. e. 9 óra. 38-1	16500
		VI/17. fenti terület felett kifejezett tompulat hörghi légzéssel	d. e. 1/210 óra. 39-4	20500
			VI/19. d. e. 36-5 este 39-5	11000
		VI/21. d. e. 35-9	5000	
5	16 éves, férfi	4 nap óta beteg, jobb alsó lebeny beszüremkedett. Ther. Ipecac.	VI/18. d. e. 10 óra. 39-4	36000
		VI/19. éjjel defervescál.	VI/21. d. e. 1/29 óra. 36-5	8800
		VI/21. hurutos zörejek [fennállanak.	VI/21. d. u. 1/27 óra. 37-1	13500
			VI/24. d. e. 12 óra.	13000
6	28 éves, férfi	Egy hét óta beteg; 1 nap előtt rázóhideg, majd jobb melltáji szűrő fájdalmak. Az alsó tüdőterület felett érdes légzés, gyéren crepitiatio.	VI/23. d. e. 1/211 ó. 39-8	33000
		VI/27. a jobb felső lebeny is infiltrált.	24. d. u. 6 óra. 40-2	25000
		VI/30. defervescál.	d. e. 10 óra. 39-4	13000
			VI/28. d. e. 9 óra. 38-2	17000
			VI/29. d. e. 9 óra. 39-1	24000
7	50 éves, nő	Elgyengült állapotban hozták be. Jobb alsó lebeny infiltrált.	ante exitum.	30000
8	23 éves, férfi	Állítólag egy hét óta beteg. Bal alsó lebeny infiltrált.	VI/16. d. u. 4 óra. 39-1	15500
			VI/18. d. u. 2 óra. 36-4	16000
			VI/20. d. e. 10 óra. 37-1	10000
9	19 éves, férfi	Állítólag 2 nap óta vannak bal mellkasában szűrő fájdalmak. Ugyanitt az alsó lebeny infiltrált.	VII/22. d. u. 6 óra. 39-2	18000
			VII/23. d. e. 1/29 ó. 39-5	12500
			VII/24. d. e. 9 óra. 37-6	22500
			VII/28. d. e. 1/210 ó. 36-4	6500
10	4 éves, leány	Mindkét tüdő alsó lebenye beszüremkedett; állítólag 4 napja beteg.	VII/30. d. e. 9 óra. 39-5	34500
		6 napja láztalan, hurutos zörejek jelenleg is fennállanak.	VIII 24. 36-0	14000
11	18 éves, férfi	5 nap óta beteg, jobb alsó lebeny infiltrált, másnap defervescál.	d. e. 9 óra. 39-5	26500
12	10 éves, fiú	Jobb felső lebeny infiltrált.	d. u. 4 óra. 40-2	35000
13	24 éves, férfi	4 nap óta beteg, jobb tüdő alsó lebenye infiltrált.	estve 8 óra. 40-2	28000
14	52 éves, férfi	14 nap óta beteg, nagy fokban elgyengült, a bal felső lebeny infilt.	d. u. 6 óra. 36-8	35000

A fertőző betegségek közül jelentékeny leukocytosissal járó megbetegedés a *scarlatina* és a *diphtheria* is. Az előbbire vonatkozólag 11, míg a diphtheriára nézve 14 esetben végeztünk számlálást; ezen utóbbiaknál, valamint az előbbieknél is a tiszta leukocytosis képét zavarja a subcutan bejuttatott diphtheriaellenes serum hatása, s tekintve azt, hogy fenti esetek nem közvetlen észlelésem alatt állottak, a beteg állapota, hőmérséki viszonyai s ezzel kapcsolatban a leukocytosissal való viszonyuk nem teljesen pontos bejegyzésüek, miért is ezen adataim általánosságban nem igen használhatók fel, s jelentékeny kiegészítésre szorulnak. Mindenestre a scarlatinánál észlelhető leukocytosis élénk ellentétet képez a complicatio nélküli morbillinél található leukopeniával szemben, a mit az elkülönítő kórisme szempontjából *Limbeck*, *Pick*, *Riedel* és *Türk*-kel egyértelműleg mi is hangoztatunk. A scarlatinánál nyert átlagos értékeink 15—20,000 közt ingadozók, s bár adatai-

mat általánosságban felhasználni nem óhajtom, mégis felemlítésre méltónak tartom azon scarlatinás esetünket, mely egy 21 éves nőbetegre vonatkozik, a kinél a kütetek a sajátossága, elrendeződése, valamint a közel normális értéket mutató fehérvérsejtszám is első estve kétségben hagytak a vörheny-kórisme helyességére nézve; másnap azonban a kütetek a jellegző bőrelváltozást mutatják, a miért is az elkülönítő osztályra tételük át. Ezen betegnél az észlelt legmagasabb fehérvérsejtszám betegségének körülbelül 11-dik napján 9000 volt. Az arcon és felkaron mutatkozó hámlás sajátossága is igazolni látszik a felvett kórisme helyességét. Ilyen kivételes esetek mindenesetre elő fognak fordulni, miért is ezen bántalomnál a fehérvérsejtszámlálás értéke azonos a hyperleucocytosisal járó egyéb fertőzések bántalmakkal, a melyeknél kivételek mindenkor fognak előfordulni.

#### V. Scarlatina-esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	9 éves, fiú	Jellemző elváltozások. Kütég egy nap óta.	d. u. 3 óra. 39·8 d. u. 1/28 óra. másnap d. e. 1/212 ó. 37·8	7500 15000
2	11 éves, fiú	Jellemző kütég.	38·5	9000
3	4 éves gyermek. †	Jellemző kütég. 2 nap alatt fokozódó mirigyduzzanat. Másnap meghal.	d. e. 9 óra. 37·6	14000
4	21 éves, nő	4 nap óta beteg, erős kütég, melyet kezdetben nem scarlatinának véltünk.  Arcon hámlás.	d. u. 6 óra. 38·4 másnap d. e. 9 ó. 37·8 3 nap multán d. e. 10 óra. 36·8 5 nap multán d. e. 9 óra	6000 4000 7500 9000
5	9 éves, leány †	Erős kütég; mirigyduzzanat a nyakon stb.	d. e. 39·4 az nap exitus	15000
6	13 éves, leány	Kütég (3 nap óta beteg) stb.	—	13000
7	3 éves, gy.	2 nap óta fennálló kütég (erős toroknekrosis). Nyakon fejlődő mirigyduzzanat.	d. e. 9 óra. 38·4 8 nap mulva d. e. 10 óra. 37·2 8 nap mulva az elgegyedett mirigyreszek eltávolítása után. 39·5	22000 21000 35000
8	21 éves, férfi	5 nap óta beteg.	d. e. 9 óra. 36·8	17500
9	18 éves, férfi	Difus kütég. Glottitis.	d. e. 10 óra. 3 nap mulva d. e. 9 óra. 37·2	31000 21000
10	20 éves, férfi	Kütég, nagyfokú elesettség.	d. e. 10 óra. 39·6	19000
11	22 éves, férfi	Egy nap óta fennálló kütég.	d. u. 6 óra. 38·0	12500

A gyermekkori fertőző bántalmak csoportjában a fehérvérsejtszámlálás okvetlenül kiegészítendő a festett készítmények vizsgálatával is, hogy így a qualitativ elváltozásokról pontos felvilágosítást nyerhessünk. Sajnos, eseteinkben a fehér vérsejtek quantitativ vizsgálata mellett a megfelelő qualitativ elváltozásokat nem követhettük kellő figyelemmel. Ugyanitt kell megemlítenünk egy vegyes fertőzésben szenvedő 4 éves fiú vérvizsgálatát is, a kinél kezdetben torokdiphtheria mellett a test bőrén scarlatszerű kütég volt látható és a közvetlenül ekkor megejtett vizsgálat 4800 fehérvérsejtszámot mutatott a déli órákban. Mindjárt feltűnt a gyermeknél ily általános tünetek mellett ezen leukopeniának mondható vérelet. Harmadnapra erős kötő- és nyálkahártyahurut, majd Koplik-foltok jelentkeznek, s végül a rákövetkező napon tipikus kanyarókütég borítja a testet. Az ezen nap délelőtt 10 órakor 38·2<sup>o</sup> C. mellett megejtett vérvizsgálat 4600-at eredményezett. Ezen esetben, melynek bővebb részletezése Máthé Gábor dr. tanársegéd társam tollából kerülend ki, élénken láthatjuk a leukocytosisal és leucopeniával járó betegségek egymással való találkozását, a midőn is ebben az esetben a morbillire jellegzetes véreletet kaptunk. Mindenesetre ezen esetet érdemesnek tartottuk külön

felemlíteni, azon szempontból, hogy azoknak figyelmét felhívjuk az ilyen vegyes fertőzéseknél előforduló fehérvérsejtszám-viselkedésre, kiknek bővebben van alkalmuk ily eseteket megfigyelni.

\* \* \*

A diphtheriás vérelváltozásoknál külön felemlítendőnek tartom egy hét éves gyermeknél a diphtheriaellenes serum befeeskendezésénél mutatkozó fehérvérsejtszám-ingadozást, a melynyiben a befeeskendezés előtt 13,500, majd a serum befeeskendezése után 20 percczel vett vér 8500 számot mutatott, és 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óra multán 19,500-at kaptunk mm<sup>3</sup>-enként.

Az állatkísérleteknél látható ily befeeskendezéseket követő hypo-, majd hyperleucocytosis embernél élénken látható.

(Folytatása következik.)

#### Közegészségügy.

A pécsi állami gyermekmenhely működésének megkezdése. 40,679 V—c./1904. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak)

Pécsen 1904. évi július 1-jén az állami gyermekmenhely megkezdte működését.

Felhívom ennélfogva, hogy a törvényhatósága területén levő összes közigazgatási hatóságokat és hatósági közegeket erről megfelelő módon értesítse.

Budapest, 1904. évi április hó 27-dikén.

Tisza s. k.

Temetők és halotti kamrák felállítása és felügyelete kérdésében elsőfokban a községi (városi) képviselőtestület intézkedik. (A belügyminiszternek 37,307/1904. sz. a. Sz. vármegye alispánjához intézett rendelete.)

Értesitem, hogy N. város polgármestere által első fok, alispán úr által másodfokon hozott két egybehangzó határozat ellen S. A. és társa, valamint N. A. részéről előterjesztett felülvizsgálati kérelemnek helyt adok, az idézett határozatokat megsemmisítem s elrendelem, hogy az ügy illetékes elintézés végett a városi képviselőtestület elé terjesszessék.

Mert az 1876: XIV. t.-cz. 140. §-ának c) pontja alatt ki van mondva, hogy a temetők és halottas kamarák felállítása és felügyelete iránt a község — tehát annak képviselőtestülete — intézkedik. Mert továbbá ezen intézkedési jog nincs törvényileg korlátozva azzal, hogy községi vagy felekezeti temető felállításáról van-e szó s így ez utóbbi esetben is megilleti a várost, annál is inkább, mert a temető-felállítás oly városrendezési és fejlesztési érdekekkel is kapcsolatos, a melyeknek védelme ugyancsak a községi önkormányzati jog gyakorlója, a képviselőtestületre van bízva; mert a rendelkező hatóságok ehhez képest illetéktelenül jártak el és így a hozott határozatok olyanok voltak tekintendők, a melyekkel szemben az 1901: XX. t.-cz. 3 §-ában biztosított felülvizsgálati jog alkalmazásának van helye.

#### Tárca.

#### A XXXIII. berlini sebészcongressus.

(1904. április 6—9-dikéig.)

A „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ 33. congressusán, a melyen Braun göttingeni tanár elnökölt, 652 tag vett részt. A jeles, szerény tudós oly meglepő energiával és tapintattal vezette az üléseket, hogy 144 bejelentett előadás és bemutatás közül 121-et elvégeztek. Az egyes hasonló szakba vágó előadások között élénk discussio fejlődött. Az elnöki bejelentés szerint a mult év folyamán ismét egy pár kiváló tagot veszített az egyesület, a kik közül Gussenbauer-nek, a mult nyáron elhunyt bécsi sebésznek a legmeghatóbb és legmelegebb részvétet szentelte az elnök. Gyászszalagos pálmacsokkal láttuk díszítve a congressus volt elnökének olajfestményű arcképét. Az elnöki megüytön tudtuk meg, hogy a gráci sebész tanár, Nikoladoni nővére, testvére tudományos hagyatékát, praeparatumokat, könyvtárt a Langenbeck-háznak adományozta. Az osztrák sebész hagyatéka nem Bécsbe, hanem Berlinbe vándorolt. Nagyon nélkülöztük Königet, ki gyengélkedése miatt Baden-Badenben üdült s egy sürgönyben küldte meg üdvözlését, továbbá Kochert, ki utolsó perczben mondott le gyengélkedése miatt, ép úgy maradt el Hohenegg az új bécsi tanár, Gussenbauer utóda. Mindkét utóbbi előadást is jelentett volt be a rákműtétek fejezetéből.

Az edényrendszer-sérülések köréből Körte előadását említjük fel, ki a térd aneurysma arteriovenosumának edényvarrattal való gyógyítását mutatta be. Franz nagyon kimerítő experimentalis adatokat szolgáltat az aneurysma art. venosumról, Riese traumás aneurysmát mutat be, mely esetben esontszilánknak az edénybe ékelődése hozta létre az aneurysmát, Lexer újabb vizsgálatokat eszközölt a esont véredényeinek fejlődése, elrendeződése s ezen elrendeződés jelentőségéről kóros állapotoknál, melyet Hofmann gráci sebész a scoliotikus gerincoszlop ereinek elrendeződését illető praeparatumok bemutatásával egészít ki. Stubenrauch, ki régebben a phosphornekrosisok tanát fejlesztette, a fluoratrium

hatását tanulmányozta, különösen az állasontra, de a csontokra vonatkozólag általában is. Ezen szerrel való etetés fiatal kutyáknál a fogak cariesét okozza s a végtag csontjain porositást hoz létre. Fiatal nyulaknál a növekvés visszamaradása és a fogak cariesse mellett még az állcsont nekrosisa is fejlődik, mindez elmarad és regenerálódik, ha a fluoronatrium-etetést megszüntetjük.

*Kehr* halberstadti sebész, a ki a máj- és eperendszer sebészetére vonatkozó óriási anyag felett rendelkezik, öt újabb idevonatkozó műtéti eljárásról számol be. 1. Cystikus köre való diagnosisa egy esetében az art. hepatica propria aneurysmájával találkozott s azt egészen kiirtotta s miután a beteg teljesen meggyógyult, a nélkül, hogy a máj táplálkozásában szenvedett volna, állítja, hogy az art. hepatica propria sebészileg kezelhető. 2. Más esetben tumor miatt a ductus choledochus és hepat. resectioja után hepato-duodenostomiát csinált. 3. Hepato-cholango-enterostomiát végzett, mely eset azonban néhány héttel később halállal végződött. 4. Egy 4-dik esetében epekő műtétül létrejött duodenalis defectus miatt a duodenum teljes átmetésze után a két bél lumenét elzárta s egyúttal gastroenterostomiát végzett. Végre 5. a pankreas egy retentiós tömlőjének sipolyát kénytelen volt az epehólyagba implantálni, kinélutólag gastroenterostomiát végzett, s hogy a gyomor a pankreas nedvét jól tűrte, azt a bemutatott gyógyult beteggel bizonyította. *Haberer* állatkísérletek nyomán figyelmeztet, hogy az epehólyag kiirtása után a ductus cysticus visszamaradt esonkjá kitágulva új reservoirt képez, azért az egész ductus cysticus kiirtását ajánlja. *Kraske* a choledochus végén ülő kövek eltávolításánál található nehézségekre utal, melyre vonatkozólag *Riedel* az találja, hogy minden komplikáltabb beavatkozás feleslegessé válik, ha a choledochus köveinek eltávolításánál a májat teljesen kifordítjuk, erre azonban a mellcsont alsó végén kezdődő s jóval a köldök alá nyúló metszésre van szükség. *Heidenhain* choledochus kövek eltávolítására szolgáló karcusú és hajlítható műszerét alkalmasnak látjuk.

Megszívlelendő *Rehn*-nek figyelmeztetése, hogy az epehólyag haemorrhagikus lobja az art. hepatica aneurysmájával összetéveszthető, és *Enderlen*-nek tapasztalata, mely szerint állatokon tett kísérletei alapján a hepato-cholango-enterostomiát veszélyesnek tartja, a mint *Kehr* esete is halálosan végződött. A boroszlói klinikán pedig, mint *Kausch* említette, a hepaticus- és choledochus-köveknél lehetőleg a hepaticus lesz megnyitva s nem a duodenum. A duodenum varrat sikertelenségénél a beteg rendszeren elpusztul, ha a hepaticus-varrat nem tart, legfeljebb epe-sipolyt kapunk. Mindezekre vonatkozólag *Kehr* ismételtén a transduodenalis utat ajánlja, és nem a retroduodenalis laza, phlegmonére hajlamos szövetben végzendő műtétet. *Graser* traumatikus májruptura esetét látta egy egyénél, a ki 5 évvel ezelőtt 5 meter magasból lezuhant s eszméletét veszítette. Most 5 év múlva roppant heves gyomor-fájdalmakkal jelentkezett, s erre 8 héttel később a baloldali spina anteriorig terjedő fluctuáló daganattal vétetett fel. Lágy sarcomára diagnostizált, műtétül kiderült, hogy a bõralatti tályog a peritoneum szûk nyílásán nagy üregbe vezet, melyben nagy, teljesen különvált májdarabok feküdtek, tehát 5 évvel ezelőtt májruptura jött létre, a mikor az edények lassan obliterálódtak. Az infectiót a májvenák által haematogen úton létrejöttnek képzeli. A pankreasra és májra vonatkozó egyéb casuistikus közleményeket is hallottunk.

A csontok és ízületek sebésze elég érdekes és hosszú előadási sorában újabb, elvi jelentőségű, vagy kiválóbb technikai módszereket bemutató előadás nem volt.

*Krause* az agy central regiojára vonatkozó sebészi és élettani tapasztalatait közli, s érdekes projectiós képekkel demonstrálja. *Madelung* a hypophysis sérülésének egy esetében óriási anyagcsere-zavarok és abnormis adipositas fejlődését tapasztalta. Ezzel kapcsolatban *Stolper* egy bonczolásnál az általános adipositas mellett kifejezett akromegaliát is talált, a melynél a hypophysist normálisának 3-szorosára megnagyobbodva találta, góresövileg oedematosus hypophysis structurával, sőt egy hasonló szövettű metastasissal a jobb occipitalis lebenyben; *Bender* pedig úgy hiszi, hogy az akromegaliás tüneteknél az újabb tapasztalatok szerint a hypophysisnek nem annyira degeneratiós, mint hyperplasiás tünetei szerepelnek hyperfunctionioval. Utal azonban arra is, hogy az adipositas összefüggése a hypophysissal nem áll ellentétben a kórbonczatani leletekkel, miután az akromegaliánál is nagy szerepet játszanak a látgyrészek elváltozásai. *Borchard* a homloklebeny sérülése után főleg a sexualis sphaerára vonatkozó psychikus zavarokat tapasztalt.

*Eiselsberg* egy amyloid golyva kiirtása közben tapasztalta, hogy a metszfelületen a betegnél vérzés egyáltalában nem volt. *Lanz* hosszú évek sorára terjedő, kutyák, macskák, tyúkók és kecskékre vonatkozó megfigyeléseit közli, melyek a pajzsmirigy eltávolítása után a nemző képességre terjednek. Férfinál pedig egy esetben a pajzsmirigy teljes kiirtása után a nemi functiók teljesen kimaradtak s pajzsmirigy-adagolásra azonnal visszatértek. Nőnél szintén egy esetben tett tapasztalata szerint a havi baj ismét visszatért.

*Haberern J. Pál* dr.

(Folytatása következik.)

### A magyar fürdőhelyek látogatottsága 1902-ben.

(Folytatás.)

Vasas hévívízü fürdőink közül *Szliács* nem változott, *Vihnye* és *Lucski* keveset veszítettek.

Ha minden hévívízü fürdőnk összes állandó vendégeinek számát tekintjük, úgy a különbözet 1901-hez képest 1060 fogyás 1902-ben (36,308—35,248). Ugyanezen fürdőinkben 1902-ben 10,498 volt a kül-

földiek száma, míg az előző évben 12,484 és ezt az elég nagy differenciát Herkules-fürdő külföldi vendégforgalmának csökkenése okozta, tulajdonképen a románok okos hazafisága, a mely otthon marasztja őket saját mindjobban fellendülő fürdőikben. Úgy látszik néhány év múlva fürdőink mind egy szálig el fogják veszíteni romániai vendégeiket.

*Földes savanyúvízü* fürdőhelyeink csoportjában csak egy jelentékenyebb fürdőhely van, a kedves *Borszék*, Erdélynek ez a legnépesebb fürdője; ez meg is tartotta rendes közönségét; az 1900-diki rossz évre úgy látszik 1901-től kezdve szebb évek következnek, a mit bőven meg is érdemel és a mit mindenki kíván neki, a ki egyszer ott volt.

Égvényes savanyúvízü fürdők közül *Hársfalva* áll legelől látogatottság tekintetében. 1902-ben 700-ra emelkedett állandó vendégeinek száma; 200-zal magasabbra mint az előző évben. *Bikszádon* is több volt 100-zal a vendégek száma mint az előző évben (536). A többi hasonló vízü fürdőkben általában mindig jelentéktelen a vendégforgalom.

*Földes vasas savanyúvízes* fürdőink közül *Buziás* a legnagyobb és itt is igen rossz év volt az 1902-diki, mert az előző évi 2515 állandó vendéghez képest csak 1617-en tartózkodtak ott; de az 1900-dik évnél mégis jobb valamivel, mert ekkor 100-zal még kevesebb volt a vendégek száma.

*Égvényes vasas vízü* fürdőink közt *Bártfa* minden előző évhez képest, az 1901-diki különösen jó évet kivéve, haladást mutat a frequentiában 3224 állandó vendéggel (1901-ben 600-zal még több volt).

*Előpatak*nak 1894. óta ez volt a legjobb éve, 734 állandó vendéggel, a mi épen 200-zal több mint 1901-ben volt. A kies *Tarcsa* hű vendégeit most is megtartotta. Az égvényes sós vasas vízü *Tusnád* 1902-ben érte el a legnagyobb vendégszámot 1137 állandó vendéggel; a szomszédos remek fekvésű és idyllien esendes *Báványos* is megkészteterte vendégei számát.

*Parád* 1902-ben érte el az utolsó 10 évi lustrumban a legnagyobb látogatottságot, a mennyiben 560 volt vendégeinek száma, míg előbb rendszerint 500 alatt maradt, sőt a millennium évében 309 volt.

*Korötnyice*, a melynek 633 állandó vendége volt, az utolsó 10 év tekintetbe vételével 1902-ben volt legkevésbé látogatott, a mennyiben 10 éven át rendszerint 800-on felül, 1895-ben meg épen 955 vendége volt. A keserűvízü budai *Erzsébet-sósfürdő* lakóinak száma is megszorodott 205-ről 260-ra.

Konyhasós fürdőink közül *Csíz*, mint minden évben, úgy 1902-ben is tetemesen, az előző évhez képest 30%-kal szaporította vendégei számát. 1893-ban még csak 387 állandó vendég tartózkodott Csizen és ez a szám évről évre következetesen emelkedett 1902-ig 1309-re. Buzgóság, szívós kitarás, okosság eredménye ez. Körülbelül így vagyunk *Vízaknával* is, a mely ha mindaz megtörténik, a mit az állam ott tervez, egyike lesz a leglátogatottabb magyar fürdőnek, dacára annak, hogy vegetatio és táji szépség tekintetében meglehetősen mostohán bánt vele a természet, és nem lesz könnyű feladata az emberi kéznek, hogy a sóval telített talajon nagyobb fásítási eredményeket hozzon létre. *Szováta* is majdnem megkészteterte vendégei számát (387—632) egy év alatt. Ezen fürdőre is szép jövő vár. *Marosújvár* bár nem hanyatlott, nem is fejlődött. Általában azt mondhatjuk, hogy sósfürdőink látogatottsága, az apróbbaktól eltekintve, állandóan emelkedőben van; jele az annak, hogy nagy szükségünk van rájuk és ezért fejlesztésük egyik legégetőbb feladatunk.

A kénes haloid vízü *Szobráncz* az 1901-es igazán rossz esztendő után 1902-ben 618 állandó vendéget jegyezhetett be.

A horvát-szlavon fürdők közül *Czirkvenicza* mint tengeri fürdő mindinkább tért foglal; állandó vendégeinek száma, a mely 1901-ben 1108 volt, 1902-ben 1612-re emelkedett. *Kraljevica* és *Novi*, valamint a többi kisebb horvát tengeri helyek azonban nem fejlődtek.

*Lipik* látogatottsága nem változott, *Topusko* keveset emelkedett.

\* \* \*

Mindezen előadottak az 1902-dik évre vonatkoznak. Érdekesnek találtam azonban áttekinteni és egymással összehasonlítani azon adatokat is, a melyeket egyesületünk alakulása óta gyűjtött, hogy kiolvassam belőlük, vajjon működésünk nem volt e meddő? Ha nem untatom önöket, engedélyezzenek még néhány szót ezen kérdésről. A használható, illetőleg megbízhatóknak látszó adatokat táblázatokba foglalva a balneologiai egyesület évkönyvében fogják megtalálni 10 évről, azaz az 1893-dik évtől kezdve.

A legörvendetesebb adatokat ezen összehasonlítás alkalmával is a balatoni fürdő- és üdülőhelyekre vonatkozólag találtam.

Balaton-Berényben	pl. 10 év alatt 18)-ról	900-ra
Földváron	1896-tól 1902-ig	152-ről 830-ra
Fonyódon	1895-től 1902-ig	166-ről 416-ra
Bogláron	1893-tól 1902-ig	73-ről 470-re
Lellén	1894-től 1902-ig	71-ről 397-re
Almáiban	1893-tól 1902-ig	39-ről 784-re
Siófokon	1893-tól 1902-ig	1403-ról 3456-ra
Püreden	1893-tól 1902-ig	2052-ről 2656-ra

emelkedett az állandó vendégek száma. Tíz év alatt szinte felfedeztük a Balatont, melynek előbb csak Balatonfüredje volt, mert Siófok mint jelentéktelen falucska számba sem jöhetett. Olyan idegenforgalom keletkezett a Balaton körül, a melyről 10 év előtt nem is álmodtunk.

A sziksós tavak közül *Palics* 10 éven át stagnált, míg a szerény *ruszandai* tófürdő bő iszapjával és majdnem tömény sziksós vizével 10 év alatt fokozatosan mintegy 100%-al 986-ra emelte vendégei számát és ma az alvidék szerbjeinek egyik legnépesebb fürdője.

A tátrai magaslati gyógyhelyek közül a három Tátrafüred 10 év alatt általában véve alig nyert állandó fürdővendégekben, sőt Ó- és Alsó-Tátrafüred állandó vendégei mintha esőkönben lennének, csak Új-Tátrafüred tartotta magát és különösen 1901 és 1902-ben volt erősen látogatott. Úgy látszik, a két másik fürdőtől az újonnan keletkezett vagy az utóbbi 10 évben megerősödött és megkedvelt kisebb tátrai helyek vonták el a közönség egy részét. Általában azonban nagyot nőtt 10 év alatt az egész Tátra idegenforgalma, csak hogy a közönség nagyon eloszlott a turistaút mentén és fent a hegyekben épült új telepeken, melyek biztatón fejlődnek. Felsőhági pl., a mely pár év előtt még csak egy vadászlakocska volt, a hol Tátrafüredről Csorbára menet megálltunk hamisítatlan hegyaljai bort inni, 1902-ben már 176 állandó vendéget tudott ellátni; Tátraszéplak vendégei 10 év alatt 191-ről 411-re emelkedtek. Csak Tátra-Lomniezon, a hol az állam mindent elkövetett, hogy vonzó helyet varázsoljon elő, uralkodik esend; a tömredék befektetés, a szép vendéglő, a pompás vízgógyintézet, az olesó telkek és olesó építkezés, a vasút, a löversenyek csak 300 körüli állandó vendéget tudtak évente oda vonzani, kivéve az 1898-diki évet, a midőn, ha nem hibás az adat, 605 volt a vendégek száma. *Barlangliget*, melytől oly sokat vártak némelyek és a hol 1893 és 1895 közt 1000 körül ingadozott a vendégek száma, 1896 óta consequensen hanyatlak, úgy hogy 1902-ben már csak 388 vendége volt. A csorbai tórol ez alkalommal nem óhajtok szólni, mert annak most van forduló ponton fejlődése; az eddigi patriarchalis kornak vége szakadt ott és a nagyobb stylusú üzem már kezdetét vette. Reméljük, hogy bár e remek hely kedélyességben veszíteni is fog, de vendégszámban nyerni fog az új regíme alatt. A tátrai fürdőhelyek között Luesivna hanyatlott óriásit. Ez a szép és régen oly népszerű hely 1895-től kezdve, midőn még 407 állandó vendége volt, a következő években már állandóan csak 100 alatti vendégszámot jegyezhet fel.

A többi szépségi subalpin klimás gyógyhely és hidegvízgyógyintézet 10 év alatt mind megerősödött a Huszparkot kivéve, mely régi nimbusát úgy látszik egészen elveszítette. Virágvölgy, Iglófürdő, a régi Feketehegy, Tátraháza, Thurzófürdő, a nemrég keletkezett Löese-fürdő s a szomszéd gömöri Stoós, ha extensive nem is fejlődtek nagyot, de állandó és hí barátokra tettek szert, sőt látogatottságuk 10 év alatt inkább progressívnek mondható.

Hévízeink, ezek az igazi betegfürdők, hova nem mutatni, hanem gyógyulni mennek az emberek, 10 év alatt általában jelentékeny haladást látogatottság dolgában. A kis Szklenó, Stubnya megkészengette, Hévíz 528-ról 1435-re emelte, a Szt. Lukácsfürdő 40%-kal javította, Harkány 1625-ről 2356-ra, Herkulesfürdő 3045-ről 6767-re, Pöstyén 3637-ről 6828-ra, Trencsén-Teplicz 4888-ról 5276-ra emelték állandó vendégeik számát és pedig fokozatosan, a mi azt jelenti, hogy nem a véletlen játékaival van dolgunk, hanem a céltudatos, kitartó munka eredményei vannak előttünk. Mindezen helyeken nagy új befektetések, építkezések, javítások történtek a számba vett 10 év alatt s azok eredménye a feltüntetett jelentékeny siker.

Sajnos, hogy sem a földes, sem az égvényes savanyúvizes fürdőhelyeinkről ugyanezt nem mondhatjuk. Sem Borszék, sem Bikszád, sem Hársfalva, sem a többi apróbb hely nem fejlődött jelentékenyebbet látogatottságban 10 év alatt. Egyes rosszabb évekre jöttek ugyan jobbak, de a számok ismét visszaestek.

Vasas fürdőinkről ugyanezt mondhatom. Kivétel csak Bártfa, mely 10 év alatt 1884-ről 3224-re emelte vendégei számát, 1901-ben 3885-re. Itt is nagy áldozatokat hoztak a tulajdonosok. A régi kis viskók nagy része eltűnt, fényes új épületek nőttek a földből s a patriarchalismust modernebb szellem váltotta fel. Maradt ugyan még elég tenni való, de remélhető, hogy a tulajdonosok, látva eddigi munkájuk és áldozataik sikerét, a félúton nem fognak megállani. Tuszád, Tarcsa és Parád látogatottsága is emelkedett 10 év alatt valamelyest, csekélyebb ingadozásokkal, de nem tetemesen.

Konyhasós fürdőink közül, melyekre oly nagy szükségünk van, Csiz, Vizakna és Szováta emelkedtek 10 év alatt nagyot. Az elsőről előbb már mondtam, hogy 10 alatt 300 perccenttel növelte vendégei számát, Vizakna 384-ről 1018-ig, Szováta 370-ről 632-ig javította látogatottságát; Marosújvár azonban megmaradt 500—600 közt ingadozó közönsége mellett.

Ezek a nevezetesebb adatok, t. congressus. Elég örvendetesek, ha hidegvérrel melegezzük azokat s talán nem szerénytelenség, ha azt mondom, hogy ezen eredmények körül egyesületünk figyelmeztető, a balneologiai kérdéseket folyton napirenden tartó, az intellectnalis erőket koncentráló s eddig még soha el nem lankadt tevékenységének is van némi része.

\* \* \*

Végül t. congressus még egy a mi működési körünkbe tartozó s az imént előterjesztett adatokat kiegészítő tárgyra akarok néhány szóval rátérni: 1902. évi *ásványvízforgalmunkra*. Azt ugyan nem sikerül megtudnunk, hogy az egyes hazai vizek forgalma általában mily mértékű, s hogy mennyi a forgalom hazánkban, mert ez üzleti titka az egyes tulajdonosoknak, kereskedőknek; de a vámforgalmi adatok megadják nekünk a lehetőségét, hogy az ásványvizek behozatali és kiviteli mérlegét felállíthassuk s az egyes évek mérlegeit összehasonlíthassuk. Azt hiszem nem lesz tanulság híján, ha évenként ezen kérdést is megtárgyaljuk.

Hazánk ásványvízbehozatala 1902-ben 56,200 mm. volt, 1.46 millió kor. értékben, kivitele pedig 197,449 mm., 4.74 millió kor. értékben. Kivitelünk tehát körülbelül 3 $\frac{1}{2}$ -szer felülmulta a behozatalt métermázsákban. Mind a behozatal, mind a kivitel több volt 1902-ben, mint

az előző évben; az előbbi 2778 mm., az utóbbi, tehát a kivitel, 10,542 mm. többletet mutat. De nevezetes, hogy míg a behozatal az utolsó 13 évben csak csekély ingadozásokat mutat (60,748 mm. 1892-ben a legmagasabb szám és 49,269 mm. 1900-ban a legalacsonyabb szám), addig kivitelünk csekély kivétellel évről évre consequensen növekszik (131,912 mm. volt a legkisebb szám 1891-ben s 197,449 mm. a legnagyobb szám 1902-ben).

Mindenesetre örvendetes jelenség ez, de az nem örvendetes, hogy a kivitel főleg csak a keserűvizekre, Salvator-vízre, s Románia felé a borszéki és kevés előpataki vízre, újabban pedig a Kristály-vízre vonatkozik. A többi ásványvíz, a mennyire utána járhattam, alig szerepel a kivitelben. Az sem örvendetes, hogy míg behozatalunk majd egészen csak Ausztriából történik, addig kivitelünk oda csak egy kicsiny töredéke összkivitelünknek s kevesebb mint fele az onnan való behozatalnak. 1902-ben Ausztriából 46,724 mm.-t hoztunk be, tehát 9,476 mm. híján mindent onnan kaptunk. Kivittünk Ausztriába 21,450 mm.-t szemben 197,449 mm. összkivittel. Mi tehát ebben a cikkben is adózunk Ausztriának és pedig szokott rövidlátással nagyrészt oly luxus-vizekért, melyek itthon bőven és olesón állanak rendelkezésre, míg Ausztria okosan csak a neki okvetlen szükséges keserűvizeket veszi meg tőlünk, mert otthon elegendő ily vízzel nem rendelkezik. Az osztrák luxus-vizeket méltán állíthatjuk oda szegénykirakatunkba a bécsi virsli, a prágai sonka, a znaimi ugorka, a pilzeni sör és a botzeni cukros gyümölcs mellé.

Hogy azonban összkivitelünk állandó javulása dacára ásványvíz-forgalomban való aktivitásunk hazánk külkereskedelmi mérlegében még nem valami nagy dolog, az bizonyos. Magyarország 1902. évi külkereskedelmi mérlegfeleslege 165.4 millió k. volt s ebben az összegben a 3.2 millió k. mellett, mely az ásványvizekre esik, a bab pl. a rossz kivitel év dacára is fészta 6 millió koronával, az ágytoll 7.5 millió koronával, a tojás 34 millió koronával szerepel.

Legtöbb ásványvizet vittünk ki 1902-ben Németországba, 36,819 mm.-t, azután jó Franciaország 32,488 mm.-val, Északamerika 28,940 mm.-val, Olaszország 21,806 mm.-val. Mindezen országokba emelkedett kivitelünk, míg Angliába csökkent, Romániába évek óta csökken. Utóbbi országba 1898-ban még 19,278 mm. szállítottunk, míg 1902-ben már csak 9,569 mm-t. Oroszországba, Svájcba kezd kissé emelkedni kivitelünk.

\* \* \*

Befejeztem t. congressus talán kissé hosszúra is nyúlt mondani valóimat. Az eredmények, a melyeket előterjeszteni szerencsés voltam, ha el nem is ragadnak bennünket, de elég kecsesítő arra, hogy ne lankadjon munkásságunk. Csak ne merítsük ki és ne fecséreljük el erőnket a magyarok ősi szokása szerint panaszkodásban, kesergésben és csak ne várjunk mindent mástól, különösen a kormánytól, hanem markoljuk meg erős kézzel az eke szarvát s szántsunk az eddiginél mélyebben.

Bókay Árpád egyetemi tanár.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet 1901—1902-ben.

Közlő: Ostermayer Miklós dr.

(Vége.)

A *hernia coecalis sinistra*-ról monographiaszerű közlemény jelent meg *Foerster*-től (Statistical study of 53 cases of left coecal hernia with report of an additional case. Univ. of Pennsylv. med. Bulletin, 1901. december), melyről e helyt meg kell emlékeznünk. Szerző egy esete kapcsán az irodalomból összegyűjtött 53 *baloldali vakbélsebészetet*, melyeknek kivonatos körtörténeteit közli. E megbetegedés főleg felnőtteknél észleltetett, 46 férfira 4 nő jutott. 14-szer kizáródás tünetei voltak jelen, igen gyakran kis gyermekeknél; 15 esetben nem volt visszahelyezhető a sérv. Majdnem mindig tökéletesen kifejlesztett sérvtömlő volt jelen. Az esetek egy harmadában a főergnyúlvány kóros elváltozást mutatott. Rendes körülmények közt a vakbél nem képezheti egy baloldali sérvtömlő bennéket. Aetiologie különféle okok szerepelnek; szomszédos bélrészek vongálása következtében hosszabb mesocoeum, vagy mesocolon ascendensnek rendellenes kifejlődése (enteroptosis), a colon ascendensnek kitágulása által mint aggsági elváltozás létrejött meghosszabbodása a vakbélnek, minek folytán a utóbbi a kis medencébe kerül, továbbá a vakbélnek bal oldalra való áthelyeződése veleszületett fejlődési zavar következtében, végül kyphosis és scoliosis. Mindezen tényezők elsődleges baloldali vakbélsebészethez vezethetnek. Másrészt elsődleges vékonybélsebésznél, különösen öreg ember-k terjedelmes serotalis sérveinél másodlagos baloldali vakbélsebészt is keletkeztetik.

Az *ágyéktáji sérv*ről (*hernia lumbalis*), nemkülönb az *oldalsó hássérvekről* érdekes munkát bocsátott közre *Baracz* a *Langenbeck*-féle Arch. f. Chir. LXVIII. kötetében. Szerinte a lumbalis sérvek ritkák, keletkezésük és kiindulási pontjuk még nincs kellőleg megmagyarázva, a mennyiben eddig csak három esetben történt meg az autopsiánál a sérvkapu ellenőrzése. Ezen boncolási leletek azt bizonyítják, hogy a sérvkapu gyakrabban fordul elő a *Lesshaft*-féle rhombusban, melynek elülső, illetőleg oldalsó határát a musc. abd. obliq. ext. hátsó széle képezi, felül a musc. serratus post. inf. alsó széle és a 12-dik borda vége, hátul illetőleg medialis a musc. erector trunci hüvelyének külső széle, alul a musc. abd. obliq. int. határolja. Keletkezési okai különfélék. Az

esetek egy bizonyos része veleszületett és egy izomsoportnak teljes vagy részleges hiányán alapszik. Nagy szerep jut a traumának és tályogoknak az ágyéktájon a lumbalis sérv keletkezésénél, másrészt azonban közelebbről meg nem határozható okból is fejlődhetik spontán lumbalis sérv. Szerző tapasztalata szerint a sérvkapu gyakrabban felel meg a *Lesshaft*-féle rhombusnak mint a *Petit*-féle háromszögnek.

A szabad agyék sérvnek kórismézése rendszeren könnyű, ha csak az ily sérv lehetőségére gondolunk; a mennyiben a sérvnek tipikus ismertető jelei, mint a reponibilitás és a daganatnak tympanikus kopogtatási hangja megvannak. Nehezebb azonban egy odanőtt vissza nem helyezhető sérvnek a diagnózis. A traumás sérvnek terapiája több heti nyugalomban áll, mely rendszeren gyógyulásra vezet. A felső lumbalis sérv gyógyítására izomplastikát végzünk, a mennyiben nyelés izomleányeket veszünk a sacrolumbalisból a hiány fedezésére. Kizáródási tüneteknél radicalmütéttel kapcsolatos sérvmetszést végzünk.

Szerző függelékképpen *Borchardt* (Berliner klin. Wochenschrift 1901. 49. és 50. sz.) és *de Quervain* (Langenbeck-féle Arch. f. Chir. LXV.) munkáiról tárgyal, melyek szintén a lumbalis sérvről szólnak s hozzájuk fűzi egy esetét, a melyben, mint a két említett szerző esetében, nem valódi, hanem úgynevezett pseudobernia volt jelen, melyet a hasfal gyengeségére vagy sorvadására vagy pedig körülírt hűdésére vagyunk kénytelenek visszavezetni, melyeknek aetiologiája különben megfejtve még nincsen.

Befejezésül előhozom *Görz*-nek egy közleményét (Kommen traumatische Leistenbrüche in Wirklichkeit vor und von welchen Erscheinungen sind sie begleitet. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1902. Nr. 5), melyben egy esetét közöl, hol nézete szerint a legnagyobb valószínűség szerint a trauma következtében sérv jött létre. A sérültet lórúgás érte a lágyéktájon, melynek következtében a ruha teljesen széjjel tépetett; a bőrön a patkó nyomai, horzsolások és véraláfutások voltak láthatók, nemkülönbön azonnal tetemesen megdagadt a lágyéktáj. A sérült elvesztette futólágoosan eszméletét, lakására vitetett és három héti súlyos beteg volt. A hozzáhívott első orvos a végső ujjperc számára átjárható sérvkaput állapított meg és diónagyságú sérvdaganatot, mely nyomásra és magától is érzékeny és nehezen visszahelyezhető volt. *Görz* ez esetet mint baleset által létrejött sérvet állította fel és kártérítésre ajánlotta. Hogy ezen esetben a trauma jellege elég magyarázatot szolgáltat nekünk a sérv keletkezésére nézve, az tény, de mivel nincs feltüntetve, hogy a sérültnek a sérülés előtt volt e sérve vagy nem, abszolút biztossággal meg nem állapítható a sérvnek a fenti sérülés általi létrejött.

### Könyvismertetés.

**Th. Rumpf: Vorträge aus dem Gebiete der allgemeinen Therapie, Erstes Heft. Herz- und Kreislaufstörungen.** Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1904.

Rumpf, azelőtt az eppendorfi (Hamburg) kórház igazgatója, jelenleg rendkívül tanár Bonnban, fenti címmel becsátja ki gyakorlati orvosok számára tartott előadásait. Az új vállalat első füzeté reményben jelent meg. A félszáz lapra terjedő füzetben először is megismertet a beteg szív kezelésével, sorra véve az ágyban fekvés, a szellemi nyugalom, a táplálási kérdését, a mozgásterápiát, a fürdőkezelést, a gyógyhelyeket és a gyógyszerek használatát. Azután kifejti a szív koszorúterei sclerosisánál és szűkületénél tekintetbe jövő gyógybeavatkozásokat. Végül a functionális keringési zavarok terapiáját írja le. A gyógyászati részt mindenütt a pathogenesis és a diagnostika rövid ismertetése vezet be, a minek folytán a különben is nagyon könnyen érthetően megírt munka terapiái része még világosabbá vált. Sok újat az ilyen munkák természetesen nem igen tartalmazhat -- noha vannak benne új dolgok is, például a rekeszgymnastika ajánlott módja --: a tárgy felfogása, a tárgyalás módja és világossága, a fontos részek hangsúlyozása stb. mégis annyira kiválóvá teszik a munkát, hogy azt az orvosirodalom határozott nyereségének mondhatjuk s jogos érdeklődéssel tekinthetünk a vállalat folytatása elé.

**Új könyvek.** *Steffen*: Die Behandlung der freien Hernien mit Alkoholinjektionen. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Kolb*: Der Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses. München, J. F. Lehmann. — *Kehr*: Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien aus dem letzten Jahre unter gleichzeitiger Berücksichtigung der nicht operierten Fälle. München, J. F. Lehmann. — *Pietrzikowski*: Die Begutachtung der Unfall-Verletzungen. Allgemeiner Theil. Berlin, Fischer. — *Schottmüller*: Parotitis epidemica. Wien, A. Hölder. — *Camus et Pagniez*: Isolement et psychothérapie. Paris, F. Alcan. — *Delacour*: Le syndrome adénoïdien: ozzène, végétations adénoïdes, appendicite chronique. Paris, A. Maloine. — *Yvert*: Hygiène des rues. Paris, J. B. Bailliére. — *Luis*: La séparation de l'urine des deux reins. Paris, Masson et comp. — *A. T. Shafeld*: Unconscious therapeutics, or the personality of the physician. London, J. and A. Churchill. — *T. Clifford Allbutt*: Notes on the composition of scientific papers. London, Macmillan and Co.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

**Struma a gégeben és a légcsőben.** *Bruns* 5 olyan strumát észlelt, melyek a larynxba, illetőleg a tracheába benőttek. Az irodalomban

még hat ilyen eset van észlelve. Műtve csak 3 eset lett. A kik ilyen eseteket észleltek, a következők voltak: *Ziemssen*, *Bruns*, *Roth*, *Paltauf*, *Baurovitz*, *Freer*, *Theiser*. Az esetek közül 3 férfi és 8 nő volt s ezek 15—40 évesek voltak. *Bruns* szerint a diagnózis intralaryngealis, illetőleg intratrachealis strumára nagy valószínűséggel felállítható, ha egy különben egészen egészséges fiatal egyénnél fokozódó diszpuó áll be, a melynek oka egy subglottikus, sima, henger alakú, lapos felszíni tumor, mely a hátsó vagy oldalsó falon látható. A mi ezen intralaryngealis és intratrachealis strumák keletkezését illeti, erre nézve *Bruns* 1878-ban még az volt a véleménye, hogy ezt eltévedt embryonális pajzsmirigy-irok növekedése okozná; de ma ő is *Paltauf* falon egy véleményen, hogy még normális pajzsmirigyszövet is képes behatolni a gégebe, illetőleg a tracheába a membrana interstitialison át, teljes épségben tartása mellett a porcgyűrűknek.

*Paltauf* még azt is állítja, hogy ezen pajzsmirigyszövetnek benövése a gégebe, illetőleg a tracheába az extraterin életben történhetik csakis és kezdődik a pubertás ideje alatt. Veszély fenyegeti az ilyen intralaryngealis, illetőleg intratrachealis strumát, hogy hamar lesz belőle malignus struma. *Bruns* szerint a terapia a struma kiirtása laryngofissióval történt előzetes tracheotomia után. A tumorok kiválasztása élesen vagy galvanocauter útján történhetik csakis és semmi áron intralaryngealis úton, mivel ez utóbbi eljárás hamar vezethet exitushoz. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 41. kötet, 1. füzet.)

*Navratil Dezső* dr.

### Húgyszervi betegségek.

**Az aseptikus catheterismus egy egyszerű módosítását közli** *I. Swiatecki*, varsói kórházi orvos, mely alkalmas arra, hogy puha catheterek bevezetésénél a kéz egyébként elkerülhetetlen igénybevételét kiküszöbölje. A tapasztalat t. i. mutatja, hogy sem az orvos, sem a beteg rendszerint egy catheterismus miatt nem mosakszik, sőt gyakran nem is mosakodhatik teljesen „sterilre”. A puha eszközt azonban, hogy be lehessen vezetni, gyakran oly közel kell megfogni az elejéhez, hogy a nem megbízhatóan tisztított kézzől esírok tapadhatnak az eszköz azon részére, mely a hátsó húgyesőbe és a hólyagba jut. Teljesen elkerülhető az infectionnak ezen lehetősége egy hosszúszerű steril gynaekologiai csipesz igénybe vétele által, melylyel a catheter olyformán fogatik meg, hogy a csipesz körül egy ívet ír le (a csipesz a catheterrel együtt egy D betűt ábrázol), a csipesz felső vége a cathetert mintegy 3—4 cm.-nyire a szemétől tartja fogva. Most a bal kéz a húgyesőszájadékot szétnyitja, s a jobb kéz a csipesz segítségével a cathetert betolja, s a szükség szerint rajta mindinkább feljebb csúsztatva és ismét újabb helyen megszorítva az egész bevezetést elvégzi. Ezen műveletet a beteg maga is könnyen megtanulja. (Centralblatt für Chir. 1904. 7. szám.) *Picker Rezső* dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Hetolinjectiókkal meggyógyított heregümökör** esetét mutatta be *Lassar* tanár a berlini belgyógyászati társulat november 16-diki ülésén. Az erőteljes, de gümökörösen terhelt egyén baja trauma után keletkezett 2½ évvel előbb. Mindkét here meg volt támadva; a sipolyok váladékában gümöbacillusok találtak. Minthogy különböző körülmények miatt az ajánlatba hozott castratio nem volt végezhető, hetolinjectiókkal tettek kísérletet; eleinte 1 milligramm fecskendőtett be, majd fokozták az adagot, úgy hogy összesen 6 gramm hetol használtatott el. E mellett kefir és sósfürdőt használt a beteg. Ezen orvoslásmód mellett a testsúly tetemesen gyarapodott, a sipolyok záródtak, a herék megkisebbedtek, a fájdalmak és egyéb kellemetlenségek megszűntek.

**Aspirin használata szembajokban.** *Neustätter* müncheni szemorvos kipróbált használta az aspirint olyan szembajokban, a melyekben azelőtt natrium salicylicumhoz nyúlt, akár ennek specifikus hatása miatt (rheumás vagy gonorrhoeás eredésű szembajok), akár pedig a kivánatos izzasztó hatás miatt. Tapasztalatai szerint az aspirin határozottan előnyben részesítendő, mert a salicylsavéval egyező gyógyítóhatás mellett fájdalomcsillapító és hypnotikus hatása sokkal erősebb, azonkívül kellemetlen melléküneteket sem okoz. Kiemeli, hogy fájdalomcsillapító hatása az aspirinnek annyira kifejezett, hogy azokban az esetekben, a melyekben a fájdalmak csökkentésére előbb phenacetint használt, most aspirint rendel. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1903. 42. szám.)

**Collargol intravenosus befeccskendésével septikus megbetegedésekben** nagyon jó eredményeket ért el *Harison* new-yorki gynaekologus. Különösen kiemeli az idegrendszerre és az általános állapotra gyakorolt kedvező hatást, mint a mely már 4—6 órával az alkalmazás után kimutatható, még mielőtt a hőmérsékre és szivműködésre való hatás jelentkezett volna. Töményebb, 5%-os oldatokat használ, a mivel azt éri el, hogy nem kell nagyobb folyadék mennyiséget a visszerekbe juttatni. (Medical record, 1903. október 31.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat, 1904. 18. szám.** *Felletár Emil*: Migraenin okozta mérgezés. *Eröss Gyula*: A scarlatináról.

**Orvosok lapja, 1904. 17. szám.** *Adler Oszkár*: A magas fogóról. *Kemény Ignác*: Fertőző és ragályos betegség-e az angina catarrhalis és az angina lacunaris?



**Budapesti orvosi újság**, 1904. 17. szám. *Szabóky János*: Adatok a tüdőgümőkór hőménetéhez és ezek értékesíthetősége a prognózis szempontjából. *Székely Ádám*: A védhímlőoltásról. *Huber Alfréd*: Lupus vulgarisban szenvedő és Finsen-féle eljárással kezelt nyolcz beteg. *Csillag Jakab*: A thyreoideának heveny megduzzadása jodkali vétele után.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 17. szám. *Hirschl*: Agy és syphilis. *Büdinge*: Az idült arthritis kezelése vaselininjekciókkal. *Friedländer*: A coxitis diagnostikája. *Pendl*: A gyomor volvulusa. *Schüller*: Vérzések a látszólag ép vesékből.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 18. szám. *Klein*: A szemizomelőrevarrás technikájához. *Stolper*: Dysmenorrhoea. *Ehrlich*: Mastitis lactantium. *Schmeichler*: Szembajok simulojia. *Presslich*: Adat a kérérdzés ismeretéhez. *Dominicis*: Latens syphilis.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 18. szám. *Hueppe*: Fertőző betegségek megelőzése az iskolában. *Babes*: Arczanomaliák következtében előálló elváltozások a végtagokon. *Joachim*: A bélsárban véryomok kimutatásának jelentősége. *Scholtz*: A hősugarak jelentősége a Finsen-kezelésben. *Doebert*: A szívburok lobja és punctioja. *Koch*: Kámfor percutan alkalmazása, főleg tüdőgümőkórban. *Einhorn*: Radium-tartó a gyomor, bárzsing és végbél számára.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 18. szám. *Bettmann*: A börgümőkór aeneszerű alakja. *Neufeld*: A gümőkór elleni immunizálás felfedezésének története. *Sattler*: A rövidlátóság kezelésének alapelvei. *Klien*: A nyelőizomzat folytonos rhythmusos görcsei. *Soltmann*: A gyermekkori fertőző betegségek kezelésének alapelvei. *Perthes*: A Röntgen- és radium-sugarak befolyása a sejtoszlásra.

**Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie**, 7. kötet, 12. füzet. *Sellheim*: A fizikális gyógy módok adagolása a szülészetben és a nőgyógyászatban. *Friedlaender*: Mozgásterápia paralysis agitansban. *Hübner*: Van-e a zsirnak befolyása a cukorkiválasztásra diabetes mellitusban? *Zabludowski*: Túleröltetés irásnál és zenélésnél. *Gilardoni*: Vízalkalmazások hatása a gyomorelválasztásra.

**Zeitschrift für Heilkunde**, 1904. 3. füzet. *Telék*: Lúg okozta étetek a bárzsingban. *Holzknicht* és *Dömény*: Lövegek eltávolítása az agyból Röntgen-fénnyel átvilágítás mellett. *Bayer*: 1. Veszélyesített csombsérvtől két esete. 2. Lokalis vakbélgyulladás vastagbéllezáródásnál.

**Le progrès médical**, 1904. 17. szám. *Rothschild* és *Brunier*: Marmorek-féle serummal kezelt gümőkór négy esete. *Bruch*: A mediastinum rosszindulatú daganata.

**Annales de dermatologie et de syphiligraphie**, 1904. 3. füzet. *Brocq*: A dermatosisokról általában. *Hallopeau* és *Viellard*: Pilocarpin okozta papulo-exsudatív dermatosis.

**La semaine médicale**, 1904. 17. szám. *Bérard*: Bégümőkór okozta invaginatio.

**Bulletin général de thérapeutique**, 147. kötet 12. füzet. *Robin* és *Bardet*: A colloidalis fémek és a mesterséges oxydasok hatása fertőző betegségekben. *Chevalier*: Cryogenin.

**Archives générales de médecine**, 1904. 13. szám. *Gayet* és *Patel*: Teljes gyomorkiirtás esete. *Blum*: Rypophobia esete. *Nattan-Lavrier*: Gonococcus okozta arthritis purulenta. *Poncet* és *Bérard*: Az actinomyosis klinikai diagnosisa. *Lagarde*: Javitások a paraffin-injectio terén. 14. füzet. *Devic* és *Charvet*: Rendellenes diastolikus zörejek aorta-insufficiencia eseteiben. *Cottard*: Thoraco-abdominalis áthatoló sebzés a pleura sérülése nélkül. *Gaucher*: A dermatologiai diagnostika haladása.

**The lancet**, 1904. I. 17. szám. *L. Bathe Rawling*: Koponyatörések. *J. Herbert Parsons*: A látás neurológiája. *Reinke*: A typhus és cholera epidemiológiája Hamburgban. *D. Neuman*: Reno-renal reflex fájdalom három esete. *Bottentuit*: Pseudoappendicitis némely alakja. *Lawrie H. Mc Gair*: Mély varrat új alakja. *H. Wolseley-Lewis*: Az elmebeli állapot myxoedemában. *H. Betham Robinson*: Colitis ulcerosa műtét esete. *F. J. Smith*: Az a. pulmonalisba áttört aorta-aneurysma. *J. Gordon Sharp*: Hypertrophias pharyngitis és laryngitis kezelése thoriumnitrat emanatiókkal. *Leslie Paton*: Symbplepharon kezelése. *P. Paterson*: Anthrax-fertőzés többszörös esontörésnél. *G. A. Wright* és *J. E. Platt*: Heges pylorus-szűkület műtét esete. *E. A. R. Laing*: Törvényszéki orvostani szempontból érdekes lépépedés.

**Edinburgh medical journal**, 1904. április. *A. Miles* és *J. W. Struthers*: Bennett-féle fractura. *Rutherford Morison*: Hernia. *J. Batty Tuke* és *Ch. Howden*: Elmebajok büntetőjogi felelőssége. *J. Macpherson*: A variatio viszonja az elmebajok és neurosisok keletkezésével. *F. Parkes Weber*: Börteleangiectasiák. *A. Duncan*: A dysenterias ürületek prognostikai szempontból.

**British medical journal**, 1904. április 9. *A. S. Grünbaum*: Kísérletet vörhenyvel és kanyaróval majmokon. *J. Walker Hall*: Vese-decapsulatio után fejlődő nephritis. *Th. L. Bancroft*: Filaria immitis. *W. D. Halliburton*: A haemoglobin digestioja és absorptioja. *A. V. Johnson* és *E. Goodall*: Heveny elmezavarban szenvedők serumának hatása a b. colira. *W. Sheen*: Lateralsinus-pyaemia esetei. *Leslie T. Thorne*: A londoni iskolásgyermekek testi fejlődése. *R. French*: Tehe-nek tőgyenyedése útján fejlődött toroklob-járvány. *H. Betham Robinson*: Verejtékmirigyből kiindult cysta papillifera. *R. L. Knaggs*: Trauma okozta bélrepedés. *A. Horton*: Perinealis litholapaxia. *Wm. Billington*: Otitises agytályog műtét után gyógyult esete. *S. Palmer*: A mellürbe áttört májtályog. *Th. F. Hoppood*: 1. Scapula-sarcoma műtéttel meggyógyított esete. 2. Gyomorfelekély-átfűródés műtét után gyógyult esete.

## Hetiszemle és vegyeselek.

Budapest, 1904. május 6.

† **Jókai Mór**. A legnagyobb termékenységi és legmagyarabb szépirodalmi írónak, genialis költőnek esütörtökös történet elhunytát mélyen megilletődve veszik tudomásul a magyar orvosok és természetvizsgálók is. Az ő munkái tele vannak természettudományi vonatkozásokkal, melyek ha nem is exacte szakszerűek, de az előadás világossága és bája megragadja, és a gondolatok szabatos, magyaros kifejezésére buzdítja a szakembert is. Hogy a hazai orvosi és természettudományi irodalom nyelvezete ma a félszázad előttihez képest sokkalta magyarosabb és zengzetesebb, abban nagy része van a Jókai, és az ő irányát követő többi magyar író művei olvasásának. Hálásan emlékezünk meg ezért Jókainak az orvosi és természettudományi irodalom nyelvöknek fejlődésére gyakorolt hatásáról.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 16. hetében (1904. április 17-dikétől április 23-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom**. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszületett 399 gyermek, elhalt 303 egyén, a születések tehát 96-al múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.2, az egy éven felüli lakosságnál: 19.9, az öt éven felüli lakosságnál: 16.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykéreg 4, gümös agykéreg 8, agygyuta 10, ránggöres 9, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvasadás 1, szivbaj 19, hörgölob 0, tüdőlob 8, hurutos tüdőlob 36, mellhártyalob 4, tüdővész 76, tüdőleégdag 7, bélhurut 7, májbajok 0, hashártyalob 2, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 20, gyermekaszály 1, aggaszály 13, rák 5, méhrák 3, egyéb alképlet 6, gümös bajok 4, kanyaró 1, vörheny 7, álh. gége 3, ronesoló toroklob 8, hökhurut 2, gyermekági láz 4, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 1, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 1, baleset 9, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés**. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3463 beteg, szaporodás 854, esökkenés 813, maradt e hét végén 3431 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi április 17-dikétől április 23-dikéig terjedő 16. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 117 (137), vörheny 78 (56), álh. gége- és ronesoló toroklob 30 (43), hökhurut 27 (18), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 1 (5), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 18 (23), vérhas 0 (0), orbáncz 20 (25), járv. agy-gerinceagykérlob 0 (0), járv. fültömírgylob 4 (16), trachoma 5 (3), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **A budapesti kir. orvosegyesület 1904. május 31-diki lejárá pályázatai**. I. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven írott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1904. május 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1904. október hó 14-diki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját két éven belül elkészítse s az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1905. vagy 1906. év október hó 14-diki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

II. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven írott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1904. május hó 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1904. év október hó 14-diki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészítse és az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka maga érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1906. év október hó 14-diki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

III. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló Orvosi Hetilap-díjalapból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki jutalmul a kór- és gyógybuvárlat körébe vágó legjobb eredeti cikkre, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az Orvosi Hetilap hasábjain 1898. év június hó 1-jétől 1904. május hó 31-dikéig terjedő hat év alatt megjelent vagy meg fog jelenni.

A jutalomdíj az egyesület 1904. október hó 14-dikén tartandó nagygyűlésen fog kiadatni.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1903. október hó 14-dikén tartott 66-dik nagygyűlésén.

Taufer Vilmos elnök, Grósz Emil titkár.

— **A budapesti orvosi kör országos segélyegylete** pénztárába befizettek. Alapítványt. Novotny Lajos dr. kir. tanácsos, főorvos 300, Stiller Bertalan dr. egyetemi m. tanár 200, Imrédy Béla dr. egyetemi m. tanár 104, Bogdán Aladár dr., Balassa-Gyarmat 20, Lipótvárosi orvostársaság 80, Vajda Károly dr., Budapest 800, Munk Adolf dr., Újverbász 80, özv. Kurcz Gusztávné dr. 100 koronát. 4—4 korona tagdíjat fizettek: Büchler Antal dr., Reisz Aladár, Zsigárdy Aladár, Munk Jakab, Dobrovics Mátyas, Koczián Géza, Schwarcz Sándor, Friedrichowszky László, Szemerey Bertalan, Perényi István, Márton Ödön, Zachariás Simon, Stern Ignác, Rónay Gusztáv, Büchler Lipót, Fülöp Jakab, Gerber Károly, Mangold Henrik, Lechner Jakab, Lint Nándor,

Himber József, Kajdy József, Polereczky András, Rózsa László, Timár Miksa, Löwy Zsigmond, Moskovics Ignác, Zsiga Mór, Irics Ignác, Brunner Lajos, Molnár Elek, Engel Gábor, Braun Gyula, Rudas Gerő, Turócziarmegyei orvos-szövetség, Haas Simon, Szabó Ödön, Anisfeld Endre, Löwinger Zsigmond, Schiga János, Lechner Antal, Kaczvinszky János, Lányi Benedek, Diamant László, Fehér Samu, Widder Adolf, Földi Adolf, Szana Sándor, Karakaszevitz Miklós, László Károly, Fejér Gyula, Daitz Ede, Lechner Károly, Raisz Miksa, Sternberg Géza, Holländer Adolf, Mikolay István, Kirchner József, Braun Jakab, Tenner Vilmos, Katler Sándor, Zahender Gusztáv, Borgen Bertalan, Décsi Mór, Huber József, Fay Mátya, Pozsgay Lajos, Huszár Adolf, Gerő Adolf, László Samu, Burger Simon, Frommer Ignác, Féja Ferencz, Dörner Béla, Kocsis Elemér, Papp Gábor, Kovács József, Spatz Adolf, Romes-hofer Sándor, Hecht Adolf, Engel Bódog, Császár Miklós, Flesch Salamon, Stuehlik Tivadar, Frank János, Czigler Henrik, Gottlieb Ede, Albecker Károly, Jánosi József, Horváth József, Gál Adolf, Fodor Ignác, Kovács Lajos, Zsedi Mór, Steinfeld József, Szabó Mihály, Láng József, Zólyomi Adolf, Ungár Adolf, Bakonyi Domokos, Daday Vilmos, Mikó Géza, Kohn Ármán, Balogh János, Tostol János, Zemplény Dávid, Budai Kálmán, Húvös Henrik, Keller Miklós, Boneth Ignác, Berkovics Jakab, Belló József, Unger Mátya, Székely Károly, Grün Simon, Feles Adolf, Markovits Sándor, Somosi Lajos, Wachsmann Oszkár, Fuchs Vilmos, Szántó Ármán, Szentkirályi István, Herverth Vilmos, Schön, S.-A.-Ujhely, Bolgár Lőrincz, Steiner János, Porutín Romulus, Molnár István, Szőke Gyula, Fischer Miksa, Elek Károly, Csillag Ignác, Deutsch Manó, Gyömöreý Oszkár, Berkovits Miklós, Hafti Dezső, Kreesmáry Cyril, Ponyiczky Elek, Brunner József, Sáska Elemér, Schwarz Márk, Gonda Péter, Kristóffy Pál, Holländer Dávid, Hintz Henrik, Varjas Gábor, Glück Samu, Szirmay Vilmos, Nádas Lipót, Jini Ferencz, Kieska Emil, Nettel Ottó, Stauber Hugó, Czilezer Benedek, Friedmann Adolf, Trajtlér István, Rosenberg Jenő, Kiss Gyula, Molnár József, Gusbeth Ede, Kaczander József, Kreiner János, Klein Arthur, Kronstein Vilmos, Engel Ignác, Mladin Péter, Keményffy Gyula, Graner Adolf, Kovács Géza, Litzek Ákos, Bajnóczy Gyula, Papp Károly, Hering Vilmos, Heller József, Bojthár Ambrus, Grasser József, Surányi Miklós, Hoff Mór, Gazsó Aladár, Schwab Ármán, Havas Ede, Celler Nándor, Ötvös Gerő, Deutsch Ignác, Karsay Zoltán, Brauner Sándor, Stankovits Géza, Filkor Lajos, Polgár Károly, Brunauer Ambró, Kostyálík Ferencz, Planer József, Brach Samu, Kiss István, Kohn Márk, Kremer György, Bodor Fülöp, Papp Károly, Heumann Miksa, Gergő Samu, Engel Sándor, Tóth Lajos, Görgényi Károly, Stern Mór, Schmidy Zsigmond, Somogyi Zsigmond, Diósi Adolf, Grosz Menyhért, Vincze Jenő, Vizi Henrik, Se-ön-feld Mór, Kratochvilla János, Vida Lajos, Szilárd Lipót, Mandl Miksa, Halle Henrik, Varga István, Baumerth Gyula, Székely Béla, Borok Samu, Eckstein Márk, Lichtmann Antal, Miedermann Gyula, Káldor Bertalan, Szántó Jakab, Fekete József, Székely Dezső, Hasenberg Márk, Borsodi Miksa, Bignio Béla, Lichtmann Samu, Singer József, Heinrich Adolf, Mires József, Cserkúti Mór, Wachsmann Ede, Bakó Péter, Halász A. Andor, Klein Jakab, Kurezweil Hugó, Lantner Ferencz, Grünwald Adolf. 20—20 koronát: Nádor Henrik, Jungmann Mór. 8—8 koronát: Khor Dezső, Weisz Teodor, Breuer Mór, Kakas Márton, Krizer Arnold, Biedermann Adolf, Sági Samu, Klein Jakab, Krámer Béla, Halász Henrik, Magyar József, Haas Jakab, Lukonich Gábor, Steger Kálmán, Hajnal István, Faller Gusztáv, Hausner József. 12—12 koronát: Kronberger Vilmos, Kenyeres Balázs. 10—10 koronát: Károlyi Gyula, Székely Ágoston. Budapest, 1904. április 7. *Katona József* dr. pénztáros.

— Az országos közegészségi tanács mult hó 28-dikán *Babarezy Schwartzer Ottó* dr. elnökléte alatt tartott ülésén tárgyalta a budapesti orvosi kör memorandumát a kórházi al- és segédorvosok ügyében; szabadalmi ügyben — egy konkrét esetből kifolyólag — elvi határozatot hozott az orvosi műszerek és gyógyászati eszközök szoros megkülönböztetésére; véleményt adott a chiennoltmaláta és ólomtartalmú pálinka tárgyában; végül 15 folyamodó gyógyszerész több rendbeli gyógyszerkülönlegességének forgalomba hozhatására mondott véleményt.

— Adományozás. *Sailler Antal* temesvári lakos, ki 50,000 koronával a gyermekmenhely és 10,000 koronával egy polgári menhely alapításához már régebben hozzájárult, újabban 100,000 koronát a városi kórházalaps ugyanannyit egy építendő vakok intézete számára adományozott.

— Fürdőorvosok. *Áldor Lajos* dr. a m. kir. államvasutak orvosi tanácsadója fürdőorvosi működését Karlsbadban újra megkezdte. *Fornet Elemér* dr. volt egyetemi belklinikai első tanársegéd fürdőorvosi működését Marienbadban megkezdte. *Szabóky János* dr. volt egyetemi klinikai tanársegéd megkezdte fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben. *Veres Pál* dr. műtőorvos Pöstyénben fürdőorvosi gyakorlatát megkezdte.

— *Taufer* professor intézetének szülészeti poliklinikuma április hónapban 96 esetben nyújtott segélyt, 69 műtéttel.

○ A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület segítségét 1904. április havában 191 esetben vették igénybe. Az eddigi működések főösszege 1892. február 28-dika óta 21,417.

— A szt.-Lukács-fürdőben április folyamán 310 fürdővendég tartózkodott.

— A budapesti poliklinikán 1904. április havában 3405 új beteg fordult meg és 12,277 rendelés eszközöltetett.

— Hibaigazítás. Lapunk 18-dik számának betiszemle és vegyesek rovatába két hiba esúszott bele. A II. számú anatómiai intézethez

II. tanársegédde ugyanis nem *Láng Kornél*, hanem *Láng Adolf* és díjas gyakornokká nem *Lükő Géza*, hanem *Lükő Béla* lettek megválasztva.

— *Megjelent. Balló Mátya*: Budapest székes főváros vegyészeti és élelmiszer-vizsgáló intézetének évkönyve. 1901—1903. — *Sarbo Artur*: Az epilepsia kór- és gyógytanának mai állása. Budapest. Dobrowsky és Franke. 1904. — *Temesváry Rezső* dr.: Magyar gynaekologiai bibliographia. Budapest, 1904. — *Pártos Sándor* dr.: Herkulesfürdő és gyógyforrásai. Budapest. Pallas. 1904. — *Kelen István* dr.: A rekto-romanoskopia gyakorlati értékéről. Budapesti orvosi újság. 1904. — *Donáth Gyula*: Pupillavizsgálat és pupillareactiók. Klinikai füzetek. 1904. — *Weisz Emil*: A fertőző nemi betegségek leküzdése. Ugyanott.

† *Elhunytak Barta Márton* dr., Apostag község orvosa 61 éves korában. *Linsbauer Rezső* dr., a Stefánia-gyermekkorház első segédorvosa 32 éves korában.

Mai számunkhoz a *Friedr. Bayer & Co. Elberfeld* cég „Mesotan” című prospectusa van mellékelve, melyet t. olvasóink figyelmébe ajánlunk.

A mesotannal Dr. Buch és Dr. Wolff drezdai orvosok az ottani „Diaconissen-Anstalt” kórházában kitűnő eredményeket értek el oly heveny izületi lobok eseteiben, melyeknél a lázas állapot után fájdalom izületi duzzadások időnként még fellétek vagy pedig a közérzet határozott javulása mellett is makacsul hosszabb ideig fennmaradtak és a gyomor kimélese miatt belső kezeléstől eltekintettek. Nem oly jó volt az eredmény idegzásbák, lumbago, pleuritis stb. eseteiben.

A Berlinben ez év elején rendezett turfa- és lép kiállításán az osztrák földművelésügyi ministerium is képviselve volt, és gyűjteményes kiállításáért a porosz földművelésügyi ministerium ezüst érmével valamint egy ezüst plaquettel lett kitüntetve. Az osztrák földművelésügyi ministerium most mindazoknak, kik hozzájárultak ahhoz, hogy az osztrák gyűjteményes kiállítás az említett kitüntetésben részesült, közöttük különösen a Mattoni cégnek Franzensbadban, köszönetét és elismerését fejezte ki.

Daruvár-fürdőben az újonnan épült „János-fürdő” impozáns épülete, melynek földszintjét a fürdők és olvasóterem, az emeletét pedig tekintélyes számú új, előkelő díszszel berendezett lakhelyiségek foglalják el, ez idényben fog rendeltetésének átadatni; ezen palotaszertű épület fűthető folyosói a téli gyógykezelés létesítését is lehetővé teszik. Az „Anna-izsappfürdő” meleg teljes izsappfürdővel, langyos és hideg zuhanyokkal szintén az idén nyitattik meg.

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

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vizgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.



**Szt. Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszappfürdők, iszapporogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz. kőszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz. stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: **Réh Béla dr.**

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet**  
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)  
teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamosítás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20.  
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézet,** Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVI. rendes tudományos ülés 1904. évi április hó 30-dikán.) 293. l. — Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (109. ülés 1904. január 19-dikén.) 293. l. — (110. ülés 1904. február 16-dikén.) 294. l. — XIV. Magyar Balneológiai congressus. (I. ülés 1904. április 17-dikén.) 294. l. — Erdélyi Muzeum Egyeslet orvos természettudományi szakosztálya. (VIII. szakülés 1903. december 4-dikén.) 295. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1904. április 30-dikán.)

Elnök: Grósz Emil, később Tauffer Vilmos. Jegyző: Benedict Henrik.

Adatok a gyermekkori mellüri echinococcus-tömlők ismeretéhez.

**Loránd Leó:** Az intrathoracális echinococcus kórisméjének felállítása igen nehéz, s innen van, hogy ezen esetek igen gyakran diagnosztikai tévedésre adtak alkalmat. A tüdőechinococcut leggyakrabban tüdővérszel, tüdőtályoggal vagy tüdőgangraenával tévesztették össze, míg ha a pleurába áttört, úgy pneumothoraxnak tartották. Pleurabeli fekvésű tömlőt a tünetek hasonlósága alapján mellhártyaizmadmáynak vagy hydrothoraxnak szoktak tévesen kórismézni. Gyakran a mellüri tömlő jelenlétét csak a hullában, boncolásnál állapítják meg. A primaer pleuratömlő fejlődése és növekedése igen lassú. Tünetei egy körülírt mellhártyaizmadmáynak körképét utánozzák. Ennek megfelelőleg mellkastáji fájdalmak, körülírt tompulat felett a mellkas kitágulása, légzésnél való visszamaradása, gyengült légzéssel lesznek jellegzetesek. Cystára jellemzők a gyakran visszatérő mellstáji fájdalmakon és fokozódó dyspnoén kívül a tompulat ivalakú határai, s esetleg a mellkas külső falán körülírt elődomborodás. A tüdőben fejlődő echinococcus kezdetben, különösen ha a gócz a tüdőszövet mélyében fekszik beagyazva, távol a pleurális felszíntől, sokáig tünet nélkül állhat fenn, esetleg a beteg haláláig is rejtve maradhat. Az echinococcus a tüdő szövetében idegen test szerepét játszza. A lassan növekedő cysta lobokozó hatást fejt ki a tüdő szövetére s innen van, hogy a kórkép a legtöbbször hasonlít egy tuberculosos alapú chronikus infiltratiohoz, ritkábban egy chronikus pleuritishez. A tüdőtümlő tünetei kínzó, rohamokban jelentkező köhögés, mellkastáji fájdalmakkal. Később áll be a nehézlégzés, gyakran esti hidegrázással, midőn már a cavernatünetek kifejezettek. Bő geny őrítése után fokozódó dyspnoé mellett következnek be a tüdőtümlő áttörése a hörgőbe, hólyagburokrészletek, scolaxek s horgok, esetleg kisebb hólyagok expectoratiojával, s ezen tömlőrészek göreső alatt megállapítható jelenléte a diagnosist is biztosítja.

A hallgatódzást tünetek jellegzetesek a tüdőben fekvő tömlőre s ezek abban állanak, hogy rendes légzési zörejek közvetlen szomszédságában kóros zörejek hallhatók. Ha a cysta alsó tüdőlebenyben székel, úgy chronikus pleuritis kórisméjének kizárására döntő értékkel csak a próbapunctio bír.

A prognost illetőleg a pleuratömlők rosszabbak mint a tüdőcysták, mert utóbbiaknál mégis megvan a lehetőség, hogy műttét nélkül is a cystának a hörgőbe való spontan áttörése útján gyógyulás álljon be, míg ily áttörés a pleurális cystáknál nagy ritkaság. Az intracostális echinococcusok kezelése csak műttéti lehet. Tiszta, el nem genyedt bennéki pleurális vagy pulmonális tömlőknél megkísérlendő a *Böckay* által ajánlott *Bacelli*-féle eljárás, mely módszer már elgenyeyt cystáknál célhoz nem vezetvén, a radikális műttéttel helyettesítendő. A Stefánia-gyermekkorházban eddigél észlelt intrathoracális echinococcus-tömlők közül egy *Bacelli*-eljárással s egy radikális műttéttel gyógyult pleura-echinococcus szerepel, az utóbbi eset gyógyulása után 1 évvel a másik oldalon a tüdőben fejlődött tömlővel került újból kórházi kezelésbe. Műttét közben véraspiratioja folytán halál. A sectio igazolta, hogy a régebben észlelt tömlő csakugyan pleurális fekvésű volt.

Ritkább idegbénulással járó koponyahegyi repedés esete.

**Bálint Rezső:** 53 éves férfi, a ki magasból feje tetőjére esett. Ugyanekkor véres savó ömlött orrán, száján, s rögtön hűdéses tünetek állottak elő, melyek a IX., X. és XI. agyidegek teljes bénulására mutatnak. Ez idegek bénulása ily előzmények után eddigél leírva nincs. A bénulási tünetek alapján a következő következtetéseket vonja:

1. A nyelv hátsó felét a glossopharyngeuson látja el izló rostokkal. Az elülső félt ellátó rostok nem a glossopharyngeuson át jutnak az agyba.

2. A géget mindegyik oldalán az illető oldali vagus látja el érző rostokkal, tehát a gégeének kettős beidegzése nincs. Egyoldali idegbénulás a szívben és tüdőben nem hoz létre állandó elváltozást. A gyomor és béltractus részéről atoniás és motorikus insufficienciás tünetek jöhetnek létre. A vese működése biztosan nem ítéhető meg.

3. A n. accessorius önállóan csak a cucullaris középső és alsó harmadát idegzi be. A sterno-cl-mastoideust a cervicális idegekkel együtt idegzi be, míg a cucullaris nucho-claviculáris részét egyáltalán nem.

**Donáth Gyula:** Tavaly Goldzieher bemutatott egy beteget, a kit ő is megvizsgált. A betegnek keskeny penge hatolt be a szemüregébe, a n. opticus, a szemizmokat átmetszette és az illető arczfélén és nyelvfélén anaesthesia lépett fel és az izlés is mindenféle iránt teljesen megszűnt. Szólv ebből azt következteti, hogy a ggl. Gasserinek megfelelően a trigeminus metszetett át. Epen most olvassa *Gowers* közlését, a ki 5 ggl. Gasserit resekált és azon eredményre jutott, hogy az összes

izelő rostok a trigeminuson mennek át, mert az izlés az illető nyelvfélén teljesen megszűnt. Kétségbe nem vonja előadó észleletét, mely szerint az izlés a nyelv hátsó egy harmadában hiányzott. A kérdés nincs tisztázva. Valószínű, hogy az izlés legyen az egyetlen érzés, melynek szolgálatában két ideg álljon, tehát az izlés számára is egy ideg szolgál; kérdés, hogy ez az ideg tisztán a trigeminus-e vagy tisztán a glossopharyngeus? Lehetséges, hogy rostkiecserelődések történnék különböző mértékben a két idegpár között.

A kérdés még nincs eldöntve. És ez magyarázza a különböző egyéni elosztódást.

**Némái József:** Felkéri előadót, hogy még tüzetesen vizsgálná a gége és különösen a légeső nyálkahártyáját az érzékenységre és pedig a légeső hátulsó részében, a hol a nyálkahártya physiologias viszonyok közt is sokkal érzékenyebb, mint az elülső. Onodi vizsgálatainak az érző idegek kieszteléséről az eset egyenesen ellenmond, ha csak nem akarjuk készakarva mondani, hogy épéleti anomáliával van dolgunk, vagy Onodi vizsgálatában van praeparálási hiba.

**Pollatschek Elemér:** A gége vizsgálatát ő végezte, ezért hivatalva érzi magát Némái kérdéseire válaszolni. A gége többször lett vizsgálva, az eredmény mindig ugyanaz volt, a gége hátsó fala is teljesen érzéketlen. Erre súlyt fektetett, mert tudvalevő Störk, Exner, Onodi stb. vizsgálataiban, hogy ott van a legtöbb érző ideg. Az eset Onodinak kereszteléséről eredményei ellen szól. Szólv úgy fogja fel a dolgot, hogy Onodi a vizsgálatnál összeszövődött rostokat talált, a melyekről nem lehet kimutatni, hogy mely oldalról valók. Ez ugyanazon viszony, a melyet Babes a laryngeus superior és inferior összefonódására rajzol. Ugyanaz anatomicailag, de nem physiologiailag. Végre megjegyzi, hogy a vizsgálat a lehető legexactabb volt, vonatkozott az érzékenységre, az epiglottisra a harmadik tracheális gyűrűig.

**Bálint Rezső:** Teljesen igazat ad abban Donáthnak, hogy valószínű, hogy mint a többi érzékszervnek, úgy az izlésnek is csak egyféle eredésű rostjai vannak. Ezt különben az újabb vizsgálatok ki is mutatták, melyek szerint a nyúltvelőben egy hosszú közös magcsoport van (nucleus terminalis vagy tractus solitarius) s ebbe térnek be az érzést közvetítő idegek részint a glossopharyngeuson, részint más idegeken keresztül. Erre vonatkozólag esetének bizonyító erőt nem tulajdonított. Ellenben bizonyítja esete azt, hogy a nyelv hátsó részét ellátó rostok a glossopharyngeuson át jutnak az agyba, a nyelv elülső részét ellátó rostok pedig nem a glossopharyngeuson át jutnak az agyba.

Némái megjegyzésére Pollatschek már megadta a választ, a kinek szólv különben a gégevizsgálat adatait köszönheti, csak még két megjegyzést akar tenni. Az egyik az, hogy talán az ő esete anomália. Azon véleményen van, ha valami hullákon kimutatunk és azután jön egy eset, mely az első, a mely a kimutatott tény igazságát bizonyíthatná és az épen az ellenkezőt bizonyítja, úgy ő nem szívesen tartaná épen ezt az egyetlen számbavehető esetet anomáliának. A mi pedig azt illeti, hogy a rostok nem állanak meg a középvonalban, hanem kissé átmennek a másik oldalra is, azt ő elfogadja. De kettős beidegzésűnek akkor nevezünk egy szervet, ha az egyik oldali ideg bénulásakor a megfelelő oldali szerv a másik oldali ideg által idegiztetik be, tehát functiojában eltérést nem szenved. Az ő esetében ennek épen az ellenkezőjét látja.

## Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya.

(109-dik ülés 1904. január 19-dikén.)

(Vége.)

Bevezetésül még állati eredetű fermentumokról kíván egyet-mást elmondani. A növényi enzymboldatok után (maláta-, burgonya-, dohánykivonat) állati szövetekből készült kivonatokkal végzett hasonló kísérleteket.

E célra üvegtestet, lencsét, porcot, agyvelőt, különböző fajta zsirszövetet használt. Mindnyájan tartalmaznak H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-t katalyzáló fermentumot különböző mennyiségben. Üvegtestben, lencsében kevés van, porcokban több (ezeket azonban nehéz extrahálni); meglehetősen sokat találni agyvelőben és feltűnő nagy mennyiséget zsirszövetben. Például szalonnakivonathoz H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-oldatot téve, hatalmas pezsgés indul meg. (Vajból vagy kiolvasztott zsirból készült kivonattal a kísérlet nem sikerül.)

Előadó épen úgy vizsgálta és mérte az állati enzimek aktivitását, mint a növényiekét. A mi a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-re való hatás módját illeti, teljesen úgy viselkednek, mint a növényiek, tehát eltérnek az anorganikus enzimektől, a milyen a colloidalatina.

Érdekes, hogy a hydrogen-hyperoxydot bontó fermentumok megőlési temperaturája különböző. Az állati fermentumok nagyon ellenálló; például a szalonna vagy agyvelő emzimeje 60–70<sup>o</sup>-on pusztul el; hatásosökkenés is csak 40<sup>o</sup>-on felül mutatkozik. Az előadótól vizsgált növényi enzimek sokkal érzékenyebbek. 32<sup>o</sup>-nál hatásuk már

30%-ra száll le, megölési hőmérsékletük körülbelül 40–50°. Egy másik ide tartozó észlelet az, hogy az állati enzimek alkali és sav iránt igen érzékenyek, míg a növényiek kevésbé, sőt ezeknek hatását bizonyos mennyiségű sav még erősíti is.

E két jelenségnek teleologice könnyen adhatjuk magyarázatát. Azon állatok testhőmérséke, melyeknek enzimeit vizsgálták, rendes körülmények közt 40°-tól nem esik távol; ezen állatok szervezetének tehát oly enzimekre van szüksége, melyek ilyen hőmérsékeken még erősen hatásképesek. Az enzimekre vizsgált növények hőmérséke ezt a fokot rendszeresen nem éri el.

A mi az alkali és sav iránt való érzékenységet illeti, az állati fermentumoknak nem kell ezen chemiai agensekkel szemben ellenállónak lenniük, minthogy a legtöbb állati nedv, például a nyirok- és vérplasma, neutrális vagy csak alig alkalikus, míg a növényi nedvek nagy része savanyún reagál.

**Tellyesniczky Kálmán:** „Adatok a szövettani módszerekhez“ című előadásában 1. metszetek egy gyors készíthetési módjáról szól, a mi abból áll, hogy az egy-két percnyi forralás által fixált anyagot fagyasztás útján rögzítve, mindjárt mikrotommal metszszük. Ezután 2. a fixálás és festés technikájában a zsírok jelentőségéről emlékezik meg; kitér, hogy a sejtek zsírnemű anyagainak konserválása a jó fixálásban lényeges szereppel bír; azok a fixálók, melyek a zsírnemű anyagokat nem teszik oldhatatlanná, a plasmát és magot egyaránt hiányosan konserválják, ellenben a zsírokat is konserváló osmium-avas és kaliumbichromatofos folyadékok a legjobb fixálók. A zsírok konserválásával a festődés bizonyos megnehezítése jár és a festődés módjára a zsírok jelenléte nemcsak az élő sejtekben, hanem a fixáltakban is jól kimutatható befolyást gyakorol. Végre 3. colloides metszetek egy felragasztási módját ismerteti az előadó, mely abból áll, hogy tojásfehérje-oldattal (1:10 r. vízhez) bekent alapra rakjuk simán elterítve a metszeteket. Megjegyzendő, hogy az elkent tojásfehérje-réteget előbb hevítéssel megvalasztjuk, illetőleg beszárítjuk. A kiterített metszeteket ezután többrétegű itatós papirossal jól lepréseljük és utána rögtön vizes edénybe helyezzük.

(110-dik ülés 1904. február 16-dikán)

**Jendrassik Ernő** elnök, miután bemutatja a trienniumi forduló alkalmából készült kimutatását az élettani szakosztály eddigi 12 évi működéséről, elrendeli az új — ötödik — trienniumra a tisztviselők választását. A megejtett választás alapján elnök **Liebermann Ló,** al-elnök **Korányi Sándor,** jegyző **Tellyesniczky Kálmán,** segédjegyző **Pekár Mihály** lett. **Szily Kálmán** indítványára a lelépő tisztakar bizgó működéséért a szakosztály köszönetét fejezi ki.

Ezután:

**Vámosy Zoltán:** „A máj méregvisszatartó képességéről“ végzett vizsgálatait adja elő. Elsősorban is kimutatja, hogy Lautenbach „coma hepatica“-ja nem létezik, s bebizonyítja, hogy a belekből a máj felé haladó vivőeres vér nem tartalmaz az állatra halálos toxinokat. A májsejtek chemiáját illetőleg azt találta, hogy csak igen kevés nativfehérjét tartalmaznak; főrészek globulinokból, nuclealbuminokból és nucleinek-ből áll. Ezek alapján a mérgezett állatok májából mindig négy fractiót állított elő és ezután vizsgálta az egyes fehérjeanyagok méregtartalmát. Több kísérlet után azt találta, hogy a réz és ólom a máj oldható és oldhatatlan nuclealbuminjai által, a higany a globulinok által, az arsen a nucleinek és a nuclealbuminok által, a zink a globulinok és az oldható nuclealbuminok által köttetik meg. Ezután vizsgálta a fémvisszatartó képességet a máj különböző állapotaiban és azt találta, hogy a mily mértékben fogynak a májsejtek fehérjeanyagai, oly mértékben csökken a máj retentio-képessége a fémekkel szemben; zsírosan degenerált máj kevesebbet, éhezettett nyulak májai legkevesebbet tartanak vissza. A glycogennek a fémek visszatartásában szerepe nincs. Az alkaloid mérgekre vonatkozólag (strychnin, atropin, chinin) is vizsgálta a máj visszatartó képességét. Glycogen-mentes májak ezt a funkciót is csaknem oly jól végzik, mint a glycogendús májak. Csökkent retentio-képességet csak az éhezettett nyúl mája mutatott. Disznómájával végzett analitikai vizsgálataiból kitér, hogy az alkaloidákat sem az izolált globulinok, sem a nuclealbuminok nem tudják visszatartani, ellenben a nucleinek erősen lekötik azokat, a nucleinokkal szoros vegyületet alkotnak.

#### XIV. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1904. április 17.)

Elnök: **Tauffer Vilmos,** később **Papp Samu.** Jegyző: **Lőw Sámuel.**

##### Hydrotherapiai tapasztalatok 100 gümőkóros betegen.

**Kuthy Dezső:** Szerző az Erzsébet-sanatoriumban gyűjtött tapasztalatai alapján igazolja azon már 4 évvel ezelőtt a nápolyi tuberculosis-congressuson, s ugyanakkor a magyar balneologiai congressuson is kifejtett véleményét, hogy a vízgyógyászat eszközei igen előkelő helyet érdemelnek a tüdőgyógyítás fegyvertárában. Sorra tárgyalja az egyes hydriaticus műveletek alkalmazási módját, hasznát, pontosan körvonalazza azok javalatait tüdőbetegknél. Végül azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy az a körülmény, miszerint az Erzsébet királyné-sanatorium gyógyeredményei jobbak, mint egyik leghíresebb külföldi mintaintézetéi,

a mit számokkal mutat ki, tisztán annak köszönhető, hogy a mi tüdőgyógyintézetünkben a kezelés a lege artis alkalmazott hydriatica révén egy hatalmas gyógyszerközzel gazdagabb.

**Papp Sámuel:** Azon műveleteket, melyeket az igen tapasztalt előadó említett, ki akarja egészíteni egy igen egyszerű eljárással, mely otthon is jól elvégezhető. Szóló t. i. tüdőhurut kezelésénél úgy jár el, hogy a beteg este és reggel a mosdótól fölé hajlik és egy más egyén (szobaleány vagy szolga) kancsából hideg vízzel leönti a tüdőcsúcsokat. A beteg utána lefekszik. Ez igen egyszerű és hatásos eljárás a tüdőbetegségek kezelésében.

**Fái Máttyás Miklós:** Kérdi, nem tapasztalt-e előadó douche után vagy alatt vérzést? Szóló a maga részéről csak kezdeti stadiumban és robustus egyénél alkalmazná a douchet; különben szívesebben alkalmazza a levegő temperaturájának hőcsökkenő hatását.

**Kuthy Dezső:** Köszöni Papp Samu hozzászólását. Fáinak az a megjegyzése, hogy eddig douche után vérzés nem fordult elő. A vérzés nem is függ a betegség stadiumától. Sokkal nagyobb súlyt helyez a hőmérsék amplitudejére, melyek még normális hőmérséknel is rossz jelentőségűek. Ha nincs nagy amplitude, úgy kezdeni lehet a douchet.

##### Mit tehetünk fürdőink emelése érdekében?

**Weisz Ede:** Mindazon hibákat felsorolja, melyekben fürdőügyünk leledzik, kijelöli egyszersmind azon eszközöket és utakat, a melyek segítségével fürdőügyünket a törvényhozás hosszadalmas előkészületei nélkül is lényegesen fel lehetne lendíteni addig is, míg az új fürdőtörvényjavaslat jogerőre emelkedik. Előadó jó tanácsok helyett, melyek különböző id. ben számos helyről, sajnos hiába, elhangzottak vala, kötelező intézkedéseket kér; megjegyzi, hogy nem pro domo beszél, a menyiben épen Pöstyén fürdő példája mutatja, hogy a hivatott tényezők (megye, község, tulajdonos, bérlő, stb.) céltudatos együttműködése által a fürdőhely niveauját rövid időn belül is lényegesen emelni lehet.

1. A kormány ma az egyes fürdőhelyek kisebb-nagyobb helyi bajait nem ismeri és nem is ismerheti. Tegye tehát kötelezővé, hogy *egy megye, valamint a fürdőigazgatóságok évenként jelentést és megfelelő javaslatot tegyenek,* hogy ezek alapján a hiányokon segíteni lehessen. 2. Kóriratban kérje fel a Balneologiai Egyesület a megyéket, hogy a gyógyalap bizonyos %-ának fedezete ellenében szavatolást vállaljanak olyan törlesztési tőkék felvételére, melyek a fürdőhely érdekeit szolgálják. 3. Orvosaink nagy része fürdőink kellő ismeretének hiányában és sokszor félreismerése folytán maga sem hisz abban, hogy ma már a hazai fürdők jelentékeny része a külföldi fürdőkkel felveheti a versenyt. Szervezzünk nagyszabású orvosi kirándulásokat a fürdőhelyekre és kérjünk a kormánytól e célra külön vonatokat.

Előadó adatokkal igazolja, hogy ha sikerülne ezen népvándorlásunkat legalább felerészben az ország határainál megállítani, 50 millió koronányi tőkével, azaz jövedelem szaporodással volna egyenértékű. Gyors állami közbelépés nélkül azonban fürdőügyünk megakadt gépezete továbbra is holt ponton fog vesztegelni.

##### Védekezés a magyar fürdőket ért támadások ellen.

**Rhorer Aladár:** A Pávai Vajna Gábor által a múlt évi congressus alkalmával hangoztatott és nyomtatásban is megjelent vádakkal foglalkozik, és igaztalannak mondja a támadásokat, mert a 2 hónapos saisonnal rendelkező magyar fürdők viszonyait a *nyári* Abbazia viszonyaival veti egybe. Azután pontonként cáfolja Pávai támadásait.

Főként a pensio-rendszert tartja behozhatatlannak, melyet a magyar ember itthon nem fogad be.

A társadalmi különbségek elenyésztesítésére a fürdőtulajdonosok nem tehetnek semmit, az társadalmi feladat.

A befektetéseket ő maga is szeretné, ha a fürdőtulajdonosoknak kölcsönt eszközöltetnének ki, hálások volnának az olcsó kölcsönért.

Rend a legtöbb fürdőben van és ha itt-ott rendezettség előfordul, ez csak kivétel.

A reklámot szükségesnek tartja behozhatatlannak, melyet a magyar ember itthon nem fogad be.

A fürdők iránti szeretetet fel kell ébreszteni a közönségben. Ezt a célt maguk az érdekelték szeretnék legjobban elérni.

Főzél volna, hogy magyar orvos magyar fürdőbe küldje magyar betegét.

Végül visszautasítja azt a vádat, hogy a magyar fürdők mind kapzsik, zsarolók és rendetlenek volnának.

**Palotai Rezső:** A pensio-rendszert sikerült meghonosítania a szt. Lukács-fürdőben az által, hogy sem lakást, sem kosztot külön nem adott, hanem csak együtt és akkor a beteg kénytelen volt pensioiba menni és aláveti magát a rendnek. Mindjárt az első jelentkezőt pensioiba kell fogadni és akkor a többi is utána megy.

A hirdetések szükségesnek tartja már csak azért is, hogy a fürdő nevét még jóakarói se felejtsek el. De másrészt mindig csak kis területeken kell intensive hirdetni és az orvosokat meglátogatni és ha onnan sikerült néhány beteget kapni, az küldi majd a többit, ha jó bánásmódban részesült. Az idegenforgalom kemény dió, előbb a magyarokat kell itthon tartani, akkor lehet idegenekre gondolni.

**Sümegi József:** A balneologiai kirándulásokban, melyeket a budapesti orvosi kör rendezett, aránylag kevés orvos vett részt, mert bár a vasút nagy kedvezményeket adott, de azért mégis belekerült egy orvosnak 150 koronájába, a mi a mai viszonyok közt az orvosokra nézve nagy kiadás.

Más mód volna a tudományos ismertetések terjesztése, melyekhez a fürdőorvosok nagyban hozzájárulhatnának. Az egyes fürdőkben található rendellenességek mindenesetre eliminálandók volnának. Pávainak két állítását, hogy a reklám kevés és a pensio-rendszer szükséges, előadó nem czáfolta meg. Pedig a pensio a jó táplálás szempontjából fontos, mikor a betegek ép a kozson szeretnek takarékoskodni. Rá lehetne a pensiora szoktatni a vendégeket, ha az étlap szerinti étkezés sokkal drágább volna.

*Ormai József*: Nehéz a küzdelem, csekély az eredmény. Ennek okait tárgyalni nem szükséges, mindenki ismeri. Rhorernek a fürdőtulajdonosok nevében köszönetet mond, hogy Pávai támadásai ellen megvédte őket, a ki nemesak szóval, de írásban is támadta őket. Palotainak a Lukácsfürdőben könnyű volt a pensiót behozni, mert az sanatorium, de Koryntniczán pl. nehézséggel járt, bár a forciozásnak kis eredménye volt, mert vagy 150 vendég részt vett benne. Előnyös a pensio ott, a hol nagy tömeget kell ellátni.

*Bókay Árpád*: Pávai is, a többiek is összezavartak az összehasonlítási alapokat. Külföldön az összes hotelekben pensio van, de pl. Tátrafüreden 15 épületben laknak a vendégek és egy vendéglő látja el, itt nem lehet a pensiót keresztülvinni. A fejlődésben van a természetes oka annak, hogy nálunk a pensio-rendszer nem fejlődhetett ki. Monopolium van a legtöbb helyen, míg a concurrentia kedvezne a pensionak is. Azután a pensio nálunk keveset nyújt finnyásabb gyomornak. Továbbá nálunk nincs üzleti szellem, mert ha egy kicsit jobban megy a dolog, akkor rögtön kevesebbet adnak és a vendég elégedetlenkedik.

*Heinrich A.*: Trencsén-Tepliczen a teljes pensio nem, de a félpensio, lakás és fürdő jól bevált. Ezért a helyi viszonyokhoz kell alkalmazkodni.

*Szmialowszky Valér*: Ha monopolium van, a pensio nem vihető keresztül, mert sanatorium jellege van. Tisztán a szabad rendszer lehetséges, a hol mindegyik megtalálja a magáét. Főként a ticket rendszer miatt gondoskodni kell arról, hogy a finnyásabb igényű úr is megkapja a magáét.

*Rhorer Aladár*: Palotai keresztülvihette a pensiót kis számú vendégénél, de a hoteljében lakók száma elenyésző csekély a fürdőzők számához képest. Külföldi vendégeket addig ne szerezzünk, míg a hazaiakat meg nem hódítottuk.

## Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VIII. szakülés 1903. december 4-dikén.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. **Borbély Samu spina bifida** esetét mutat be. Annak illusztrálására, hogy a spina bifida a felnőtt korban igen ritka, Beaulieu statistikáját említi fel, a ki 1894-ben úgy találta, hogy spina bifidával született 96 gyermekből 74 a születés után egy héten belül, 22 két éven belül halt el s csak egy érte el az ötödik évet. Bemutatott betege érdekességét növeli az, hogy a fiú a tizenhatodik évet betöltötte. A kereszt-csont felett látható dag születése után három-négy hétre vevődött észre, s azóta folyton nőtt, a míg gyermekfejnyi nagyságot ért el. Az utóbbi időben ez a dag sokszor megkeményedett s ilyenkor a fiúnál clonikus göresök állottak elő. A szellemi működés kielégítő volt, testileg jól fejlett; ha a daganatot megszorította, a fiú megingott, majd erőlenül rogyott össze.

A spina bifida műtétek az aseptikus aera előtt igen veszélyesek voltak, a beteg a sepsis áldozata lett; ezért pelotákkal akarták gyógyítani, eredménytelenül. *Bell* a képlet lekötését ajánlja, azonban ezt az eljárást tonico-clonikus göresök kísérték s a beteg elpusztult.

Az aseptikus aerában *Dollinger*, *König*, *Bobrof* a gerincz anatomikus állapotát óhajtották visszaadni s míg *Dollinger* erre a célra a gerinczív maradékát használja fel, addig az utóbbiak periost lapocskákkal óhajtják a csontos fedőt előállítani. A heteroplastica is feltűnt *Fraenkel* ajánlatával, a ki a gerincz defectusát beillő celluloid-lappal fedi. Bemutatott esetében a liquor cerebrosinalis óvatos kibocsátása után a tömlőt alapján csomkolta, matrác-, majd szűcsvarratokkal zárta, e fölé a esigolyáról vett periost lapocskákat tett s a fedőképleteket két, illetve három etageban egyesítette. A gyógyulás teljesen sima volt, a fiú görcsei teljesen elmúltak s mint munkaképes egyén távozott a kórházból.

2. **Borbély Samu gastroenterostomia retrocolico-transmesocolica** esetét mutatja be. A betegnél *pylorus-szűkület* s consecutiv gyomortágulat miatt folyó évi október 6-dikán chloroform-narcosisban Murphy-gombbal *gastroenterostomia retrocolico-transmesocolica*-t végzett. A bemutatott nő 26 éves és tizenhárom évre vezet vissza bajját, a mely vérhányással kezdődött. Rövid időre nagy gyomorfájások, majd hányások léptek fel. A gyomor alsó határa a köldök s a symphysis között. A pylorusnak megfelelő helyen ma is érezhető gyermekkölnyi immobilis dag. Motorius insufficiencia. Tejsav negatívus, HCl pozitívus, de ingadozást mutat, a mennyiben egy alkalommal 1.99%<sup>oo</sup> összaciditás sósavra, máskor ennél több, illetve kevesebb volt. A testsúly 40.5 kgm.

A has megnyitása után kitűnt, hogy az a kiérzhető dag a pylorus helyét foglaló, inszerű fényleő, körkörös kemény heg, mely a pylorust immobilissá tette. Műtét után pneumonia, a mely kilenczedik

napon enged, ettől kezdve a beteg napról napra javul, úgy hogy a bemutatás alkalmával a testsúly 68 kgm, élénk bizonyosságul annak, hogy a műtét mily jó irányban befolyásolta a gyomor és emésztő szervek működését.

3. **Szabó Dénes 3400 gm. súlyú daganatot** mutat be, melyet folyó hó 1-jén hasmetszés útján távolított el. A daganat kemény fibromának bizonyult s keletkezésének körülményei teszik különösen érdekessé.

L. Györgyné, 60 éves nő, havi baját tizennégy évvel kapta meg, az négyhetenként három-hat napi tartammal jelentkezett, körülbelül 43 éves korában megszünt, ez idő alatt ötször szült rendszeren; 53 éves korában, 1896. június 29-dikén azzal jelentkezett a klinikán, hogy körülbelül hét hó óta fehérfolyása, néhány hó óta kisfokú állandó vérzése, majd pár hét óta hasfájdalma van. A vizsgálat a méh hátsó ajkára és a hüvelyboltozatra korlátolt rákot derít ki, nagy méhvel, mely a medenceze vájulatában kinyújtva fekszik, a végbélen át a szalagok beszűródés nélkül találatnak. Hüvelyen keresztül a méh teljes kiirtása végeztetett (1896. július hó 7-dikén), a méh egész hátsó felülete rögzítve volt, a mi úgy a Douglas megnyitását, mint a méh kihozatalát tetemesen megnehezítette. A méhet ki kellett hámozni fehér, velős rákhoz hasonló tömegből, mely a Douglas hátsó falán baloldalt közel öklönyi tömeget alkotott, ez utóbbinak teljes leválasztása, kocsányképzése nem sikerült, úgy, hogy egyes részek visszamaradtak, a Douglasba jodoformgaze-esik vezetett, a lig. latum csomjai a hüvelysebnak széléhez varrattak. A műtétet után tizenharmadik napon az alakítási fonalak kiváltak és a hüvelyboltozat nyílásán át a puha képletnek nagyobb tömege távolítható el, tizennolczadik napon újra nagyobb diónyi tömeg, azután a rés összeesik és elzáródik.

A kórboneztani intézetbe vizsgálatra elküldetett a törmelékes anyag azzal a kérdéssel: elfajult petefészek vagy retroperitoneális mirigyből származik-e? Az egyik darabban nagy rákfészkek köbös sejtekkel, sejtűs formában (carc. gland. retroperit.), a másik darabban teljesen elhalt főképp kötőszöveti rostok, itt-ott elmeszesedéssel, néhol jegezes és alaktalan haematoidin (lefűződött subserosus fibroma? corpus liberum?) találtattak.

A hüvelysebn elzáródott vonalas heggel, a beteg egy hónappal a műtétet után elbocsátott, de a gyökeres műtétet teljessége iránt jogos kételyvel, s nem nagy reményt fűzhetek a gyógyulás tartosságához.

Mult év november hó 19-dikén ugyanez a nő a belgyógyászati klinikáról vétetett át azzal, hogy 8 hónap óta hasában csomót érez. A köldökig érő, nagy karélyokból és kisebb göbökkel összetett kökemény daganat a medencéből nőtt ki, két oldala szabad s ez irányokban kissé mozgatható, a hüvelyboltozatban kemény lapos mozdíthatlan részlet, a méhkiirtás vonalas hege puha, változatlan. A rákos méh eltávolítása után 7 évvel mutatkozott kemény göbös daganat, 8 hónapos növekedésével, tudva az első műtétet körülményeit, kiújult rákos daganatnak a gondolatát keltette, bár ellene szolt a szabad hasvíz hiánya és a nő egészsége, mely távol áll a cachexiától. A daganat fájdalomokat okoz s alkalmatlan, mozgatható, azért kiirtása megkísérleendő.

Folyó hó 1-én mély chloroformnarcosisban, a köldök fölé vitt nagy hasseben át a daganat a hasfalak elé gördítették, jobboldalt omentum-odanövés lekötve átmetszetik, baloldalt 15 cm. hosszúságban választatik le erősebb vérzéssel a bérről, úgy hogy a leválasztott hosszú alhártás részletet csipőbe kell fogni, ezután a bal ligamentum latum csomójának megfelelő részlet van még a daganattal összefüggésben, ez csipőbe fogva lemesztetik s a daganat eltávolítható. A csomkon nem látható nagyobb edény, a csipő levétele után a végbél falában hosszanti rés mutatkozik, melynek nyálkahártyáját catgut-szűcsvarrattal zárják, majd felette selyem-szűcsvarrattal a lig. latum peritoneális sebtét. A leválasztott bélen sero-serosus varrat zárja el a vérző felületet, a bél egyéb helyein is véres aláfutások a serosa alatt. A jobboldali lig. latum csomójának hátsó felületéből diónyi hasonló daganat hámozható ki, a felületet selyem-szűcsvarrattal zárják. A Douglas fenekén lépalakú s nagyságú daganatrészlet köröskörül alhártászerű rögzítéssel a Douglas hashártyáján, kihámozás után az ép peritoneum-szélek egyesítése selyem-szűcsvarrattal. A sértett s varrott bélrészlet a Douglasban elhelyeztetvén, a hasfalak zárása az egész hasfalat átfogó silkwormgut-fonalakkal (egy rétegben, mert vékony hasfalak).

A betegnél jó érlökés (108) mellett kissé emelkedő hőmérsék (a 4-dik nap elején 37.8°) mutatkozik ugyan, de az egész benyomás kedvező.

A nagy daganat tehát a lig. latummal s az odavont végbéllel nagyobb terjedelemben össze volt növe, de kiindulása nem állapítható meg, kocsánya nincs. A két kisebb különálló göb a hashártya egy-egy részén alhártákkal volt megtapadva s a méh teljes kiirtásánál visszamaradt daganatrészek megtapadásából és tovább növekedéséből elég könnyen levezethető. Így nincs okunk, hogy ezt a lehetőséget a nagy daganat-tömegnél kétségbe vonjuk. A kórszövettani lelet ugyan elhalt kötőszöveti rostokról szolt, azonban ép, növekedésre képes részletek még lehettek jelen.

Vajjon az eredeti anyag a Douglas hátsó falával összenőtt s lefűződött fibroma, a mely a méh kihámozásánál épen azért a méhről az első műtétellel leválasztott s részben visszahagyatott, avagy a petefészkek ritkán előforduló fibromája volt-e, ma már alig dönthető el. Az is mindenesetre feltűnő, hogy a daganat növekedését a beteg csak 7 évvel az első műtétet után veszi észre, s az 8 hónap alatt nő ily tetemes tömeggé (3400 gm.).

Nem akarja említés nélkül hagyni, hogy a méh kiirtása után rákos részek visszamaradását kell feltételeznünk s a rák kiújulása még 7 év után is kizárható, tehát az esettel örvendetes csalódás érte a megállapítható jóslat tekintetében.

4. Veress Elemér előadásai:

a) „Megjegyzések a látással kapcsolatos szétsugárzás természetére vonatkozólag.”

b) „A látóterek vetelkedésének egy példájáról.”

## PÁLYÁZATOK.

2545/1904 kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett pátyi községi orvosi állásra pályázatot nyitok.

Az állás javadalmazása:

Kézpénzfizetés évi 1200 korona, mely összeg előleges havi részletekben fizetetik a községi pénztárból. Látogatási díj nappal 40, éjjel 80 fillér.

Halottkémlésért esetenként 40 fillér. Köteles az orvos beigazolt szegényeket ingyen gyógykezeltetni, a vágóbiztosi teendőket a megállapított díjazás mellett mindaddig ellátni, míg a községben helyben lakó állatorvos nem lesz, végül köteles kézi gyógytárat tartani.

A megválasztandó orvosnak kilátása lehet arra, hogy a kerületi betegsegélyző pénztár, úgy mint elődjét, pénztári orrossá kinevezi.

A választás Páty községében folyó évi május hó 15-dikén d. u. 3 órakor fog megejtetni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi május hó 14-dikének déli 12 órájáig adják be.

Bia, 1904. évi május hó 2-dikán.

*Girardi, szolgabíró.*

1508/1904. sz.

Kocsér nagyközség megüresedett orvosi állásának betöltésére választási határidőül 1904. évi május hó 16-dik napjának délelőtti 10 óráját tűzöm ki s felhívom a pályázni kívánó magyar honos orvostudorokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket addig nálam nyujtsák be.

Javadalmazás:

1. Évi fizetés a 300 korona lakbérrel 1600 korona.  
2. Orvosi díj, vénnyírással, az orvos lakásán 60 fillér, a betegén 1 korona, foghúzásért 1 korona, a beteg lakásán 2 korona, éjjel minden díj kétszeres.  
3. Halottkémlési díj 80 fillér.

Egyéb járandóság a községi szabályrendelet szerint. Az állás 8 nap alatt elfoglalandó. Az előjárásigazolt vagyontalanok s a trachomások ingyen gyógykezeltendők.

A község 3551 lakossal bír, Nagykeresztől 11 kilométerre fekszik, posta, gyógytár, állatorvos helyben van. A lakosság magyar s nagyrészt a 11,620 holdnyi területű határban tanyákon lakik.

A bony, 1904. évi április hó 20-dikán.

*Teszary, főszolgabíró.*

173/1904. eh. sz.

A nagykeresztői ev-ref. főgymnasium fenntartó testülete pályázatot hirdet iskolaorvosi állásra:

A megválasztandó iskolaorvos kötelessége lesz:

1. Az egészségügyet a VIII-dik, a jövő 1904/5 tanévben azonban kivételesen a VIII-dik osztály önként jelentkező növendékeinek heti egy (1) órán tanítani.

2. A tanév kezdetén s az igazgató felhívására a tanév folyamán is bármikor a tanulók lakását egészségügyi szempontból megvizsgálni és erről az igazgatóknak jelentést tenni.

3. Az iskolai tantermeket évenként megvizsgálni.

4. A szokásos havi szemvizsgálatot — a városi főorvossal leendő megállapodás szerint — megtartani.

5. A torna és ének alól felmentésüket kérő tanulókat megvizsgálni s erről bizonyítványt adni.

6. Általában a ministeri utasításnak az iskolaorvosra vonatkozó rendeletei szerint eljárni.

7. Ezenkívül az igazgató által szegényeknek minősített tanulókat díjtalanul gyógykezeltetni. Az általa kezelt többi növendékektől méltányos díjat szedhet, de tőlük a városi orvosok részére megszabott díjnál többet nem követelhet.

8. Végül köteles az igazgató felhívására gyanús esetekben a más orvosok által kezelt tanulókat külön díjazás nélkül lakásaikon meglátogatni.

Ezen állásra csak ev-ref. vallású és iskolaorvosi képesítéssel bíró orvostudorok pályázhatnak.

Evi díjazás 400 korona évnegyedes, előleges részletekben kiszolgáltva a főgymnasium pénztárból.

A kérvények folyó évi július hó 1-jéig adandók be Filó Lajos lelkész-nél, mint az egyháztanács elnökénél.

Kelt Nagykeresztőn az ev-ref. egyháztanács 1904. évi április hó 12-dikén tartott gyűlésében.

741/1904. eln. sz.

Szabadka sz. kir. város Mária Valéria-kórházában lemondás folytán egy 1200 kor. évi fizetéssel, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állás jövön üresedésbe, arra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket Schmausz Endre főispán úrnál Szabadkán legkésőbb folyó évi május hó 16-dikéig annál is inkább nyujtsák be, mert ezen időn túl érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Pályázóktól megkivántatik az egyetemes orvostudori oklevél, hosszabb kórházi, vagy klinikai gyakorlat és nötlenség, műtői oklevél a pályázónak előnyt biztosít. Az alorvos, ki a kórházban köteles lakni, az első segélynyújtást kivéve, orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

S z a b a d k a, 1904. évi április hó 25-dikén.

*A polgármester.*

Kerestetik egy fiatal okleveles kollega, a ki hajlandó volna engem 3 héten át május 28-dikától június 19-dikéig helyettesíteni. Feltételek: úti költség fejében 50 korona oda és vissza, hetenként 30 korona, tehát 3 hétre 90 korona, teljes ellátás és a privát-praxisból folyó csekély jövedelem. Cím: Jankura Ivan dr., bányorvos, Szomolnok (Szepesm.).

584/1904.

A Gyulavarsánd és Nagy-Pél községekből szervezett körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A javadalmazás a 2 község részéről 1600 kor., és 120 kor. fuvarátalány; a látogatási díjak nappal 40, éjjel 80 fillér. A körorvos folyamodhat kézi gyógytár tartásáért.

Megjegyezni kívánom, hogy folyamatban van a székhelynek gyulavarsánd-ról Nagy-Pélre való áthelyezése, mely esetben Nagy-Pél község megfelelő lakásról fog gondoskodni évi 200 korona bér fejében s a fuvarátalány 200 koronára fog felemeltetni.

Pályázók felhívtnak, hogy az 1876: XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám május 14-dikéig terjesszék be.

A választást május 16-dikán fogom Gyulavarsánd községében megejtetni.

E l e k, 1904. évi április hó 29-dikén.

*Mladin Miklós, főszolgabíró.*

67/1904. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr 36.339/IV. a./904. sz. rendelete alapján a vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkivántatik az egyetemi orvostudori oklevél.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés.

2. Lakás, fűtés, világítás, első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesíteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év múlva meghosszabbítható.

A pályázati kérvények a belügyminiszteriumhoz címzendők és alulirothoz adandók be, honnan hármas jelöléssel a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszteriumhoz lesznek felterjesztve. Pályázat lejárathatáridejéül f. évi május hó 20-dik napját tűzöm ki.

M a r o s v á s á r h e l y, 1904. évi április hó 25-dikén.

3-2

*Dr. Kozma, igazgató.*

10,025/1904. szám.

A nagybecskerek József-kórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakással, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állást elnyerni óhajtok szabályszerűen kiállított kérvényeiket, képesítésüket igazoló okmányokkal együtt hozzám folyó évi június hó 15-dikéig beküldeni sziveskedjenek.

N a g y b e c s k e r e k, 1904. évi április hó 22-dikén.

3-2

*Jankó, alispán.*

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye kórházánál lemondás folytán megüresedő egyik segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalom: 1100 (ezerszáz) korona évi fizetés, butorozott lakás, fűtés, villamos világítás, tisztí élelmezés, kiszolgálás. A segédorvos mindegyik osztályon gyakorolhatja magát. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható.

Pályázatok a képesítést, eddigi működést igazoló okmányokkal, méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám folyó évi május hó 20-dikéig adandók be.

S z o l n o k, 1904. évi április 24-dikén.

2-2

*Dr. Papp Gábor, igazgató-főorvos.*

1719/904.

A szatmári járásban a 25-dik egészségügyi körben a körorvosi állás elhallozás folytán megüresedett; ezen körhöz Lippó, Kis- és Nagyköles, Szamoskóród, Dobrácsapáti, Pettyén, Amacz, Ombod, Palfalva és Krassó ez utóbbi körorvosi székhelyvel tartozik; helyben személyi jogú gyógytár.

Ezen állás betöltésére ezennel pályázatot nyitok és a választást a körorvosi székhelyen Krassón 1904. évi június hó 17-én délelőtt 10 órára tűzöm ki.

Ezen körorvosi állás javadalmazása a következőkből áll:

1. Évi 1000 korona fizetés utólagos évnegyedi részletekben a szatmárnémeti kir. adóhivatalnál folyósítva.

2. Évi 200 korona utazási átalány, szintén a kir. adóhivatalnál folyósítva, mely összegből tartozik a megválasztott körorvos havonként egyszer előre megállapított időben a közelfekvő kör községeit beutazni.

3. A hullaszemlélt Krassón a körorvos tartozik teljesíteni, melyért esetenként a vagyonosok 1 koronát fizetnek.

4. Krassón a vágatási biztosi állást szintén a körorvos látja el meghatározott díjért.

5. A beteglátogatási díjak az egész körre városi szabályrendeletileg igen méltányosan vannak megállapítva.

Kötelessége a megválasztott körorvosnak a községileg igazolt szegényeket ingyen kezelni, a székhelyen kívül eső községekben természetben előállított fuvar szolgáltatásával.

Felkéretnek mindazon orvos urak, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy abbeli az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. és 143. §§-ai értelmében felszerelt kérvényeiket 1904. évi június hó 12-dikéig nálam nyujtsák be, mert később beérkezett kérvényeket tekintetbe venni nem fogok.

S z a t m á r n é m e t i, 1904. évi április hó 10-dikén.

4-4

*Csaba, főszolgabíró.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kéty Károly, Klug Nandor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Detre László és Sellei József:** Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából. Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyéneknél. 297. lap.  
**Jendrassik Ernő:** Közlemény az egyetemi idegklinikáról. A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. 300. lap.  
**Elfer Aladár:** Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérszámítás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél. 302. lap.

**Tárca. Stricker Mór:** Jókai Mór utolsó napjai. 304. lap.  
 Irodalomszemle. *Összefoglaló szemle. Erdős Adolf:* A rák múlt évi irodalmának összefoglalása. 305. lap. — *Könyveismertetés. M. Jastrowitz:* Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen. (Ráskai.) — *Victor Cuyrim:* Ethische Forderungen im

Geschlechtsleben. (Ráskai.) 306. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Metschnikow és Roux:* A syphilitikus kísérletes előidézése. (Mihálkovic Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bastin:* Epilepsie thyroïdienne. — *Wild:* Dormiol. — *Folyóiratok átnézete.* 307. lap.

**Hetiszemle és vegyesek** A főváros egészsége. — Egyetemi hírek. — Az egyetem újjáalakításának évfordulóján rendezett ünnep. — A Budapesti Orvosi Kör. — A budapesti orvosok szövetsége. — A bécsi új élettani intézet. — Földorvosok. Az országos közegészségi tanács. — A nemzetközi tuberculosis-congressus. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. — Elhunytak. 308. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** Budapesti kir. orvosegyesület. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. — Magyar balneológiai congressus.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratóriumából.  
**Vér-agglutinációs vizsgálatok syphilitikus és egészséges egyéneknél.**

Irták: **Detre László** dr. egyetemi magántanár és **Sellei József** dr. v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

(Vége.)

#### Agglutinációs végtiter-tabellák.

Az eseteket a következőkben végtiterrek szerint csoportosítjuk.

#### 1. Recens syphilitikus esetek.

De. serum:		Konr. serum:	
a 2. esetben 60		1. esetben 50	8. esetben 0
3. " 70		3. " 60	9. " 10
4. " 50		5. " 0	10. " 20
7. " 80		6. " 40	11. " 0
érték szerint rendezve: 50, 60, 70, 80.		érték szerint rendezve: 0, 0, 0, 10, 20, 40, 50, 60.	

#### 2. Secundaer syphilitikus esetek.

a 14. esetben 20	19. esetben 70	12. esetben 20	23. esetben 60
15. " 20	" 60	13. " 0	24. " 80
16. " 0	26. " 0	21. " 60	25. " 80
17. " 0	27. " 0	22. " 70	27. " 60
18. " 0	28. " 80		
érték szerint: 0, 0, 0, 0, 20, 20, 60, 70, 80.		érték szerint: 0, 20, 60, 60, 60, 70, 80, 80.	

#### 3. Tertiaer syphilitikus esetek.

30. eset 0	32. eset 80	29. eset 0
31. " 0		31. " 0
azaz: 0, 0, 80.		azaz: 0, 0.

4. *Syphilitikus maligna.* 3 eset autoagglutinációt mutatott.

#### 5. Normális egyének.

a 33. esetben 0	44. esetben 0	36. esetben 0	45. esetben 80
37. " 0	45. " 60	37. " 20	44. " 0
38. " 0	46. " 0	38. " 0	45. " 60
39. " 0	47. " 0	39. " 80	46. " 0
40. " 60	48. " 0	40. " 40	47. " 0
41. " 0	49. " 0	41. " 60	48. " 0
42. " 80	50. " 60	42. " 60	
43. " 40			
érték szerint: 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 20, 40, 60, 60, 60, 60, 80.		azaz: 0, 0, 0, 0, 0, 0, 20, 40, 60, 60, 60, 80, 80.	

Ha már most az értékek szerint az eseteket csoportokba rendezzük: az I. csoportba vehetjük azokat az eseteket, a hol az agglut. értéke 0, a II. „közepes aggl.“ csoportjába vesszük a 10--20 értékű eseteket; III. 30-tól kezdve „erősnek“ jelöljük az aggl.-t.

Ezek szerint tabellába állítottuk össze azon esetek számát, a melyeknek vérszámát a reagens savó (De. és Konr.) I, II. és III. fokban agglutinálta, egymás mellé állítva minden egyes kolumnában De. és Konr. megfelelő értékeit.

Agglutinatio foka	I.		II.		III.	
	De.	Konr.	De.	Konr.	De.	Konr.
Recens syphilitikus	—	3	—	2	4	3
Sec. syphilitikus	5	1	2	1	3	6
Tertiaer syphilitikus	2	2	—	—	1	—
Összes syphilitikus	7	6	2	3	8	9
Egészségesek	10	6	—	1	5	6

Tehát: az egyik savóval (De.) vizsgált 17 syphilitikus közül: az I. csoportba tartozott 7 = 41%, a II. csoportba 2 = 12%, a III. csoportba 8 = 47%; 15 egészséges közül: az I. csoportba tartozott 10 = 67%, a II. csoportba —, a III. csoportba 5 = 33%.

A másik savóval (Konr.) vizsgált 18 syphilitikus közül: az I. csoportba tartozott 6 = 33%, a II. csoportba 3 = 17%, a III. csoportba 9 = 50%; 13 egészséges közül: az I. csoportba tar-

tozott 6 = 46%, a II. csoportba 1 = 8%, a III. csoportba 6 = 46%.

Az értékek közül legfontosabbak a III. oszlop számadatai, a melyek arra nézve adnak felvilágosítást, vajjon az esetek hány százalékában agglutinálta a reagens savó erősen (1:20 titer-nél nagy mértékben) a vérséjket.

Az első savóra nézve azonnal feltűnik, hogy lueses és ép vérséjtek között van némi különbség az agglutinálhatóságban; míg ugyanis az egészséges egyének közül 33% tartozik az erősen agglutinálhatók közé (III. csoport), addig a lueses egyének közül 47%, tehát majdnem az esetek fele; ennek megfelelően az egyáltalán nem agglutinálhatók arányszáma az ép egyénekénél 67%, a lueseseknél 41% volt.

Ha már most csakis ezzel a *De.* savóval végeztük volna vizsgálatainkat, hajlandók lehetünk volna e különbségnek némi diagnostikai fontosságot tulajdonítani, bár tudjuk, hogy az összesetek aránylag csekély száma (*De.* savóval 32 egyén) még erre fel nem jogosított volna. De megóvott ettől a tévedéstől az a körülmény, hogy másik reagens savóul véletlenül olyan erősségűt választottunk, hogy az még a normál vérséjteknek is egy nagy hányadára erős hatást tudott gyakorolni. Tényleg erre a savóra nézve a mondott különbségek elenyésztek, a mennyiben az az ép és lueses vérséjtek körülbelül egyazon arányban agglutinálta erősen (46% és 50%).

*Az esetleges agglutinálódási különbségeket lueses és ép egyének vére között mi nem tarthatjuk olyanoknak, a melyek a physiologiás különbségek keretén túllépnének: és ennek alapján a lueses vért agglutinációs viszonyaira nézve normálisnak tekintjük.*

E nézetünk alapján most már nem tartjuk szükségesnek a két agglutinációs csoport (ép és lueses) külön való tárgyalását, hanem egyivé foglaljuk azokat és átmegyünk általában az *isoagglutinatio* jelentőségének megbeszélésére. Előzőleg azonban azokról a combinációs kísérletekről akarunk beszámolni, a melyeket az *isoagglutinatio* teoriájának némely függő kérdésére vonatkozólag eszközöltünk.

a) *Agglutinálja-e syphilitis vérsavó a normális vörösvérséjket?* még pedig olyankor, a mikor az illető normális egyének vérsavója a) agglutinálja, b) nem agglutinálja a syphilitis vérséjket. (Reciprok vizsgálat.)

Savó	Eset	Savó
a) 1. <i>De.</i>	contra 4. vérséjtjei	Ag = 50; 4. <i>ca De.</i> vér Ag = 0
a) 2. <i>Sam.</i>	<i>ca</i> 1. vér	Ag = 30; 1. <i>ca Sam.</i> vér Ag = 0
b) 1. <i>De.</i>	<i>ca</i> 16. vér	Ag = 0; 16. <i>ca De.</i> vér Ag = 40
b) 2. <i>Konr.</i>	<i>ca</i> 5. vér	Ag = 0; 5. <i>ca Konr.</i> vér Ag = 0

Eredmény: ha a normális vérsavó a syphilitis vért agglutinálja, akkor ez utóbbi savója reciprok agglutinálásra nem képes; ha a normális savó azonban a syphilitis vért nem agglutinálja, akkor ez utóbbi savója reciprok irányban igenis hathat, meg nem is. Épen az a körülmény, hogy syphilitis vér normális vérséjtekre erős hatást fejthet ki, szól legjobban a mellett, hogy az agglutinálhatóság nem debilitás.

β) *Syphilitis savó viselkedése syphilitis vérrel szemben?*

1. Recens syph.	<i>ca</i> recens syph.:	6. savó <i>ca</i> 8. vér	Ag = 0
2. Recens "	<i>ca</i> latens syph.:	4. savó <i>ca</i> 3. vér	Ag = 0
3. Secund. "	<i>ca</i> latens syph.:	16. savó <i>ca</i> 19. vér	Ag = 0
4. Secund. "	<i>ca</i> latens syph.:	17. savó <i>ca</i> 18. vér	Ag = 0

Eredmény: A vizsgált esetek egymásra nem voltak hatással; ez azonban törvény annál kevésbé lehet, minthogy feljebb már egy „*syphilitis contra* normális v.” hatékony combinációt is találtunk volt (b 1).

γ) *Fokozza-e a higany az agglutinálhatóságot?*

Higanyval kezelt normális egyének (syphiliphobia)	1. <i>De.</i> savó <i>ca</i> 49. vér	Ag = 60
	2. <i>De.</i> savó <i>ca</i> 50. vér	Ag = 60
	3. 6. savó <i>ca</i> 49. vér	Ag = 0

Eredmény: Az agglutinálhatóság a higanyval nincsen összefüggésben.

δ) *Reciprok agglutinálási kísérletek (A *ca* B és B *ca* A).*

a) Normális egyének.

1. *Sam.* savó *ca* *Konr.* Ag = 0; *Konr.* savó *ca* *Sam.* vér Ag = 0
2. *Sam.* savó *ca* *De.* vér Ag = 30; *De.* savó *ca* *Sam.* vér Ag = 0
3. *Konr.* savó *ca* *De.* vér Ag = 20; *De.* savó *ca* *Konr.* vér Ag = 0
4. 49. savó *ca* *De.* vér Ag = 0; *De.* savó *ca* 49. vér Ag = 0

b) syphilitis egyének. L. az α sorozat a 1, a 2, b 1, b 2 tagjait.

Eredmény: Ha A savó agglutinálja B vérséjket, a B vérsavó hatástalan A vérséjtekre s ha A nem agglutinálja B vérséjket, B agglutinálhatja is, meg nem is A vérséjket.

Az a tény, hogy két különben egészséges egyén vére is állhat egymással oly viszonyban, hogy az egyiknek savója a másik vérére erősen agglutinálja, a nélkül azonban, hogy ezen egyének vérséjtjein a debilitásnak valamelyes tünetei észlelhetők volnának, arra enged következtetést, hogy a vérséjtek agglutinálhatósága nem jelenti egyszersmind azoknak valamelyes gyengeségi állapotát.

Ha analógiákat keresünk az immunitás tanában arra nézve, hogy mitől függ pl. egyes bakteriumoknak immun serum által való agglutinálhatósága, akkor fogunk oly adatokat találni, a melyek némi útbaigazítással szolgálnak. Ismeretes pl., hogy a choleraellenes immun savó annál erősebben agglutinálja a különböző cholera vibriótörzseket, minél kevésbé virulensek ezek.

A különbségek egyenesen meglepők lehetnek. Előfordul pl. hogy a serum az egészen virulens bacillusra 10-szer nagyobb hígításban hat, mint a kevésbé virulensre. Kérdés, debilisebb-e az első, mint a második? A felelet e kérdésre igenlő is, tagadó is. Tagadó a bakteriumsejt életét megtámadó általános ártalmak tekintetében. Igenlő, ha ama kártékony behatásról van szó, a melyet a bakteriumra az állati test gyakorol. Azaz az avirulens cholera vibrio hő, chemiai behatások, desinficiensek, fény ellenében épen oly ellentálló, mint a virulens. Ellenben az állati szervezetnek reá nézve káros folyamataival szemben összehasonlíthatanul kevésbé ellentálló annál; azaz nem betegsége tehát a bacillusnak az avirulentia és az ezzel együtt járó erős agglutinálhatóság, hanem csak bizonyos irányban megváltozott, de ép alkata.

Mindegy már most, hogy vajjon ezen megváltozott alkatot általában véve specialisabb érzékenységnek fogjuk-e fel, akár pedig az Ehrlich-féle terminologia értelmében a bakteriumok receptor apparatusának különbségére vezetjük vissza. Ha ezen analógiát a vörös vérséjtekre átvisszük, a melyek úgyis osmotikus viszonyaikban, továbbá az immun anyagokhoz való viselkedésükben a bakteriumokkal a legnagyobb analógiát mutatják, akkor könnyen elképzelhető, hogy két különben egészséges vérséjt protoplasmájának szerkezetében olyan különbségekkel bír, a melyek folytán az egyik affinitással azaz receptorokkal bír a vérsavó agglutináló anyaga iránt, a másik pedig nem. Annak a körülménynek magyarázatát ugyanis, hogy egyik vérséjt agglutinálható valamely serummal, minden esetben a vörös vérséjteknek affinitási viszonyai adják meg. Egyik abszortációs kísérletünkben, a melyet alább közlünk, egyenesen kimutattuk, hogy a nem agglutinálható vérséjt a serum agglutináló erejét teljes egészében érintetlenül hagyja, míg az agglutinálható vörös vérséjt magához ragadja az agglutint. Ezt olyképp mutattuk meg, hogy a vörös vérséjt + serum keverékből bizonyos ideig reactio idő elteltével elkülönítettük a serumot, a mikor is az első esetben (nem agglutinálható vérséjt + serum) a decantált folyadék változatlanul agglutinált más vörös vérséjket.

Ellenkezőleg, ha a serum agglutinálható vörös vérséjtekkel volt érintkezésben, akkor az ezekről decantált serum agglutináló erejétől legnagyobb részben megfosztottnak bizonyult.

Abszortációs kísérlet.

1903. IX/6-dikán este 10 órakor keverjük *De.* friss serumát aa mennyiségben:

Jegyzet

- I. *Konr.* vörösvérséjtjei emulsiójával.
- II. *Sam.* " " *De.* savó *ca* *Konr.* (I) = 0 aggl.
- III. *Syph.* (rec.) egyén vérséjtjeivel. *De.* " *Sam.* (II) = 0 aggl.
- IV. *De.* vörösvérséjtjeivel. *De.* " *Syph.* (III) = erős aggl.
- V. *Controll* (tisztá savó). *De.* " *De.* (IV) = 0



A csövecskék XI/8 dikán délelőttig vízszintesen asztalfiókban fekszenek, XI/8—XI/9-dikéig függőlegesen.

XI/9-dikén a vörös vérsejtek leülepsznek és felettük kétszeresére hígított serum foglal helyet. A lepített folyadék megvizsgáltatott az előbb erősen agglutinálhatóknak bizonyult vörös vérsejtekkel (syphilis) szemben.

*Serum és vörösvérsejtek aránya: 1:2*

	1 perc	5 perc	10 perc
I.	kezdődő	erős	teljes
II.	közepes	m. teljes	teljes
III.	kezdődő	kezdődő	esekély
IV.	erős	teljes	teljes
V.	erős	teljes	teljes

*Serum és vörösvérsejtek aránya: 1:5*

	3 perc	5 perc
I.	erős	teljes
II.	m. teljes	teljes
III.	kezdődő	alig közepes
IV.	m. teljes	teljes
V.	teljes	teljes

Eredmény: A vizsgált De. savó által nem agglutinálható (I., II., IV., V.) vérsejtek nem kötötték meg az agglutináló savó agglutinját, míg az erősen agglutinálható III. vérsejtek a serumot agglutináló hatásának legnagyobb részétől megfosztották.

Figyelemmel átgondolva azonban a vörösvérsejtek és a bakteriumok között supponált analogia tanát, észreveszszük, hogy a két esetben a hasonlatosságok mellett eltérések is vannak. Azon vörösvérsejt, a mely tud agglutint lekötni, a lekötés következtében agglutinálódni is fog, a melyik nem agglutinálódik, az nem is absorbeál agglutint, ellenkezőleg a virulens, nehezen agglutinálható bakteriumok, mint Pfeiffer és iskolája kimutatta, az immun anyagokat ellenkezőleg erősebben, azaz nagyobb mennyiségben tudják lekötni, mint az avirulens csirák. A míg a vérsejtek tehát azért nem csomósodnak össze, mert nincs vegyrokonságuk a hatóanyaghoz (agglutinhoz), addig a virulens bakteriumok nem agglutinálnak, noha lekötő képességük igen nagy, mivel agglutinálásukhoz igen sok agglutinra van szükségük. Az első eset könnyen érthető, mert természetes, hogy az idegen anyag a protoplasmára csak akkor tud hatást kifejteni, ha azzal vegyi egyesülésbe lép, azaz ha a vérsejtplasmának nincs az agglutinhez illő affinitása (vagy Ehrlich szerint receptora), akkor hatás sem fog beállni.

A virulens bakteriumok sok agglutin lekötésére képesek, azaz sok adaequat affinitással rendelkeznek, és ha mégis nehezen agglutinálhatók, úgy valószínű, hogy az affinitásoknak, receptoroknak legtöbbször nem közvetíti az egyesülést az agglutin és a protoplasma érzékeny csoportjai közt, hanem úgy szólván „védő“ receptor-rendszer gyanánt leköti az agglutin-molekulák legnagyobb részét és ezzel a bakterium agglutinálódását megakadályozza.

Két módját mutattuk tehát be az agglutinok hatástalanságának, a melyek mindegyike szerepelhet a sejtbioológiában: mi azonban a vörös vérsejtekre nézve csakis az elsőre találtunk példát.

Kísérleteink kezdetén még azon szerzők hatása alatt álltunk, kik az egyes, főképp lázas és sorvasztó betegségekben talált agglutinációt a vörös vérsejtek intoxiciációs jelenségével hozták kapcsolatba, azonban erre vonatkozó kísérleteink, a melyek az agglutinatio jelenségének és mechanizmusának kérdésével foglalkoztak, mindinkább arra az állápontra juttattak, a melyet fentebb kifejtettünk.

Azt hisszük, hogy kimutattuk, hogy *valamint az agglutinálhatóság hiánya még nem egészség, hanem véletlen állapot, úgy az erős agglutinálhatóság még nem betegség.* Hogy azonban nem zárkozunk el mereven annak lehetősége elől, miszerint némely esetben az erős agglutinálhatóság egyszersmind a vörös vérsejtek betegségével jár karöltve, annak oka azon észleletünk, a mely szerint azon vörös vérsejtek, a melyek emulsiójukban pl. 24 órán

át állottak szobahő mellett, és a melyek protoplasmájának bántalmazottságát már a nyomokban kioldott haemoglobinnak jelenléte is tanúsítja, egyazon savó által sokkal, körülbelül kétszer erősebben agglutinálhatók mint friss állapotban. Egy már beteg protoplasmának az agglutin iránt való affinitása úgy látszik erősebb, miként pl. az egyes anilinszíneket is (methylenkék vagy neutral-vörös) a sejtek csakis haláluk után, illetve protoplasmájuk elhalásának arányában veszik fel. Nem tulajdonítunk tehát túlságos nagy fontosságot annak, hogy a vizsgált 2 normális reagens savó közül az egyik a syphilitikus egyének vérének erősebben agglutinálta mint a normálisakét és hajlandók vagyunk e tüneményt a syphilitustól független és már normális egyénekénél is szereplő, eddig még fel nem derített viszonyok hatásának betudni. Nemesak az előbb kifejtett analogiák, hanem direct kísérleteink alapján is valljuk ezt, mivel erősebben agglutinálható syphilitikus vérsejtek nem debilisebbek a normálisoknál, pl. nem oldódnak gyorsabban fel, továbbá minthogy különbség a syphilitikus és normális vérnek belső agglutinációs tüneményei között egyáltalán nincsen. Nem található pl. semmiféle állandó törvény a recens és idült syphilitikus vér agglutinálhatóságában, nem agglutinálhatóbbak a recens esetek a latensnél, pedig kétségtelen, hogy friss syphilitikus eseteiben a méreg nagyobb mennyiségben kering a szervezetben, tehát a debilitációs theoria értelmében a vörös vérsejteknek erősebben kellene agglutinálódniuk. A higany-kezelés előhaladtával sem válnak a vörös vérsejtek agglutinálhatóbbakká, a mit pedig vártunk, a mikor még az agglutinálás tüneményére nézve nem jutottunk el mostani nézetünkhez; sőt ma azt az impressiót nyertük, hogy a higanykezelés alatt a vörös vérsejteknek ellentállása az agglutinálással szemben épen nagyobbodik, a minek oka talán az, hogy a szervezet a belé jutott higany hatása alatt elsőnek meggyengített vérsejtektől gyorsan megszabadul, úgy hogy a vizsgálat alatt csak az erősebb ellentállású vérsejtek maradnak vissza és kerülnek észlelés alá.

Szintén felfogásunk mellett szól az is, hogy, miként láttuk (combinációs kísérletek: a) b 1), recens syphilitikus egyén savója is agglutinálhatja ép egészséges ember vörös vérsejtjeit, a mi megdönthetetlenül elajét veszi minden olyan törekvésnek a jövőre nézve is, a mely a vérsejtek agglutinálhatóságából vagy annak hiányából akarna a betegség diagnosizására nézve támaszpontokat nyerni.

A syphilitikus egyének vérének agglutinációs viszonyai egyáltalában nem különböznek éptani viszonyoktól s ezért ezen igazság felderítése után rátértünk arra, hogy a normális emberi isoagglutininek tanát némileg tovább fejleszszük.

Fentebb már elősoroltuk az isoagglutinokra vonatkozó irodalmat; szembeötlő, hogy az eddigi autorok egyáltalán nem értékesítették a normál agglutinatio tanulmányozásában a modern immunitásos fogalmakat eléggé. Nevezetesen az összes autorok sem a reactio lefolyására, sem pedig a quantitativ értékekre kellő figyelemmel nem voltak, pedig világos, hogy — mint fentebb már említettük — teljesen jogosulatlan tisztán a positiv vagy negativ jelzőkkel illusztrálni oly tulajdonságot, a melynek positiv skálája 1-től körülbelül 100-ig terjedhet. Épen ezért igen nehéz összehasonlítani az egyes szerzők eredményeit, mert pl. az 1:1 agglutinációs határtiter nem vehető egy kalap alá az 1:50 vagy magasabb értékkel. Ennél fogva mi — a mit már a methodika tárgyalásánál kifejtettünk — nem igen tartottuk magunkat az eddig már megállapított tényekhez, hanem a saját, azt hisszük, helyes értékeket nyújtó módszerünkkel igyekeztünk a normál agglutinatio valójába behatolni.

Hogy különböző normális egyének vérsejtjei egyazon idegen emberi savó által különbözőképpen agglutinálhatók azt már fentebb említettük. Talált értékeink 0—80 között ingadoznak.

Közelebbi vizsgálatnál a következő viszonyok derültek ki. (Lásd a combinációk  $\alpha$  és  $\delta$  sorozatát.)

1. Ha A. egyén vérsavója B.-t tudja agglutinálni, akkor B. savója A. vérsejteknek agglutinálására nem képes (legfeljebb nyomokban).

2. Ha A. vérsavó B. vérsejteket nem tudja agglutinálni, akkor két eset lehetséges; az egyik, a mely gyakoribb, hogy B. savó agglutinálja A. vérsejteket. Ritkább azon eset, hogy B. is hatástalan A. vörösvérsejtekre. (Combinatio:  $\alpha$  b. 2,  $\delta$  a 1,  $\delta$  a 4.)

3. Ha mind A. mind B. vérsavó agglutinálja C. és D. vörsejteket, akkor a talált értékek között állandó viszonylat nem áll fenn. Nem áll pl. az, hogy ha A. vérsavó C. vörsejtekre kétszer oly erősen hat, mint B. savó, akkor D. vörsejtekre is kétszer erősebben hatna. Ellenkezőleg előfordulhat, hogy D. vörsejtekre éppen a B. savó hat erősebben még (l. 3., 40. és 42. esetet) akkor is, ha A. savó oly erős, hogy a másik reagens savóhoz tartozó B vörsejteket is tudja agglutinálni (Konr. ca. De vörsejtek; l. a köv. táblát.)

Eset	De. (B)	Konr. (A)	Eset	De. (B)	Konr. (A)	Eset	De. (B)	Konr. (A)
3.	70	60	38.	0	0	43.	40	80
27.	0	60	39.	0	80	44.	0	0
31.	0	0	40.	60	40	45.	60	60
36.	0	0	41.	0	60	47.	0	0
37.	0	20	42.	80	60	48.	0	0

Ez újra megerősíti azon nézetünket, hogy az agglutinálhatóság-nak nem lehet egyszerű debilitációs állapot az oka.

5. Egyazon családnak tagjai (testvérek) egymással szemben hatástalanok (savó Konr.: 3 nőtestvére 46, 47, 48. ellen), ép úgy miként a serum az egyazon egyéntől származó vörösvörsejteket sem tudja agglutinálni. E ténynek ismerete fontos lehet a gyakorlatban. Oly esetekben, a mikor vértransfusio van javulva, ha csak lehet, a transfusiora testvéri vért fogunk ajánlani, nemcsak azért, mert így a bevitt idegen vörsejteknek a kezelt egyén savója és a kezelt egyén vörsejteinak az idegen vér plasmája által való csomósodását fogjuk legbiztosabban elkerülni, hanem azt is meggátoljuk, hogy a vörsejtek a szervezetben lassan feloldassanak. A vörösvörsejteknek lysisét ugyanis rendszeren agglutinatio előzi meg, úgy hogy ceteris paribus az idegen savó annál kisebb oldóhatást fejt ki, mennél kisebb az agglutináló ereje.

6. A normális isoagglutin nem egynemű anyag: a savó agglutináló erejét nem egy, hanem vizsgált eseteinkben legalább is két különálló agglutin nek köszöni, a melyek egymástól a különböző eredésű vörösvörsejtekhez való affinitásukban különböznek. Egy direct absorptiós kísérlettel, a melyet más helyen fogunk egy idevágó részletes munkánkban közölni, mutattuk ki, hogy ha a B., C., D. és E. vörsejtekre különböző fokban ható A vérsavót B. vörsejtekkel való telítés által B-re ható agglutinjától megfosztjuk (aggl. absorptiós módszer), a B. vörsejtekre majdnem hatástalaná vált vérsavó még C. vagy D. vagy E. vörsejtekre vagy még másokra is teljes hatást fejthet ki.

7. A normális agglutinok fiziologiás szerepére vonatkozólag kísérleteink Ehrlich-nek a normál haemolysinek szerepéről vallott felfogása felé utaltak, a melynek értelmében a haemolysinek, mint a sejteknek az idegen assimilálható fehérjék iránt vegyrokonsággal bíró chemiai complexumai a sejtek táplálkozásában és protoplasmájának belső assimiláló életében játszanak fontos szerepet. A magunk részéről az agglutinoknak, a melyek hatásuk törvényeiben a tulajdonképeni haemolysinokkal analog viselkedést mutatnak, jelen tanulmányunk alapján a haemolysinekéhez hasonló fiziologiás jelentőséget tulajdonítunk.

Irodalom: Aschoff: Zeitschr. f. allg. Phys. I. k. 3. f. 1903. — Ascoli M.: Isoagglutinine u. Isolysine menschlicher Blutsera. Münch. m. W. 1901. — Deutsch (Detre) u. Feistmantel: Impfstoffe u. Sera. 1903. — Donath: Wiener klin. W. 1900. 22. sz. — Ehrlich u. Morgenroth: Berliner klin. W. 1900. — Eisenberg: Über Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. Wiener klin. W. 1901. 42. sz. — Eisenberg és Volk: Untersuchungen über die Agglutination. Wiener kl. W. 1901. 50. sz. és Zeitschrift f. Hyg. 34. k. 1902. — Ford: Beitrag zur Lehre von den Häm-agglutininen. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1902. 2. f. — Halban: Wiener klin. W. 1900 24. sz. — Klein: Beiträge zur Kenntniss der Agglutination roter Blutkörperchen. Wiener klin. W. 1902. 16. sz. — Landsteiner: Über Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes. Wiener klin. W. 1901. — Landsteiner: Über antitypische Sera. Oblatt f. Bakt. 1900. IX. k., 10. sz. Ugyanott. 1901. — Landsteiner u. Sturli: Über die Hämagglutinine normaler Sera. Wiener klin. W. 1902. 2. sz. — Liebermann Leo: Az agglutinációról. Élettani értekezéslet. 1904. — Malkoff: Beitrag zur Frage der Agglutination der roten Blutkörperchen. Deutsche med. W. 1900. — Maragliano: Beitrag zur Pathologie des Blutes. Berl. klin. W. 1892. — Sachs: Lubarsch-Ostertag. Jahresbericht 1902.

## Közlemény az egyetemi idegklinikáról.

### A szervezet mozgás-berendezésének alapelvei.

Adatok a mozgás szervei mechanizmusának általános megismeréséhez és az egyes izmok működésének tanához.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.

(Folytatás.)

Medence-tag. (Rögzített czomb mellett.)

Izmok: befelé: gracilis, befelé-felfelé: semimembranosus, befelé-lefelé: sartorius, kifelé: glut. med. I., kifelé-lefelé glut. med. II., kifelé-felfelé: glutaenus maximus.

A középállás ezen a tagon nem a függőleges testtartásnak felel meg, hanem a keresztcsont vízszintes állásában található meg. Ez az állás azonban, főleg a föld vonzásának egyenetlen megosztása miatt, igen nehezen használható a vizsgálat céljaira, de a nyert adatokat ezen állásra kell átvinnünk. A mozgások jelzését a medence úgynevezett függőleges tengelyének felső végéről vettem (tehát dorsal = felfelé stb).

A semimembranosust helyesen megítélni csak akkor lehet, ha egyúttal szomszédait is tekintetbe vesszük, már azon okból is, mert tárgyalásom kiinduló pontjául az izmoknak jelenleg szokásos csoportosítását kell vennem.

A biceps hosszú és rövid fejét, továbbá a semitendinosust és semimembranosust mint a czombcsontot hátrafesztő s az alszárat hajlító izmot írják le, ehhez még esatlakoznék a czombcsont forgatása, a melyet állítólag a két első befelé, az utóbbi kifelé végez. Richer a medencére való hatását is kiemeli, a miről még fogok szólani. Ha ez a két mozgás: a czombcsont feszítése, az alszár hajlítása, oly egyformán volna ezen izmokra felosztva, akkor legalább hajlított, vagy könnyedén lelógó czommbal aligha lehetne oly egyszerűen minden további segítség s a czombcsontnak megmozdulása nélkül az alszárat behajlítani. De az anatómiai viszonyok is ellene szólnak ezen felvételnek: a semimembranosus tapadási helye túl közel fekszik a térdizülethez, hogysem erőteljes mozgást provokálhatna, továbbá eredési és tapadási helye megközelítőleg párvonalosan áll a czombcsonttal, már ezért sem volna mechanikailag lehetséges, hogy a czombra jelentékenyebb befolyást gyakoroljon, de ugyanez áll a bicepsre (caput longum) és a semitendinosusra is. Kísértsük meg pl. ülőhelyzetben (a midőn a viszonyok ilyenféle hatásra még alkalmasabbak) czombunkat feszíteni, azaz hajlítva tartott alszárunkat a földre nyomni. Ha ezen kísérletben elkerüljük az alszár lehúzását (hajlítását), akkor — dacára az erős nyomásnak azaz czombfeszítésnek — a szóban forgó izmok nem húzódnak össze. Ugyanezen kísérletet akként is lehet végezni, hogy a vizsgálandó egyént hátára fektetjük, czombját függőleges helyzetbe hozzuk, alszárat pedig vízszintes tartásban úgy rögzítjük, hogy lábát kezünkkel megfogjuk, ezután felszólítjuk, hogy kezünket lábával eltolja: ekkor dacára a czombcsont erős feszítésének a czomb hátulsó felén levő izmok mindaddig nem jönnek összehúzódásba, a míg elkerüljük az alszár egyúttal való hajlítását.

Álló helyzetben ezen viszonyok nem bírálhatók meg kellő módon, ha ilyen helyzetben hátrafelé húzzuk kinyújtott alsó végtagunkat, akkor ezen izmok összehúzódnak, de ezen összehúzódnak oka alig lehet másban, mint hogy a függőleges lógásból hátrafelé, tehát súlya ellen emelkedő czomb és alszár növekedő súlyát akarjuk ilyen módon ellensúlyozni. Ezen felvételt támogatni még a következő módon tudom: tegyük hurkot a behajlított térdre, úgy hogy az alszár ezen hurokban megtámasztást leljen (a hurkot biztosan kell alkalmazni), ha ekkor az illető hátrafelé szorítja ezen czombját, semitend. és biceps izmai elernyvedve maradnak. Mindössze tehát csakis nyújtott térdizület mellett lehetne a jelzett két izomnak a czombcsontra valamelyes feszítő befolyást tulajdonítani, azaz vagy feszítő hatás létesül a czombcsontra, vagy hajlító az alszár, de a kettő együtt nem. Ez természetes is, már a mechanikai viszonyokból következik, hogy ha az alszár a vonásnak engedne, akkor az izom elvesztené befolyását a czombcsontra. De ezen feszítő hatásnak sokkal erősebbnek is kellene lennie a czombcsont hajlított helyzetében, mert a tibián és az os ischiin levő tapadási helyek között a távolság a függőleges állás közelében (fennálló helyzet, lelógó alsó végtag) alig változik,

a minek oka egyszerűen abban rejlik, hogy ilyen helyzetben ezen izmok az ízület irányában működnek, azaz párvonalosan feküsznek azzal a vonallal, a mely tapadási helyeiket az ízülettel köti össze. Hajlított czomb mellett ellenben már kis kitérések alatt is jelentékenyen változik a jelzett távolság, a mit az is eléggé bizonyít, hogy hajlított czomb mellett az alszárat nem lehet egészen kinyújtani. És mégsem dolgoznak ezek az izmok, a mint azt a fentebb elsorolt kísérletek tanúsítják, a czomb feszítése irányában.

A czombesont tulajdonképen, legalább a fennálló helyzetben, nincsen valami erőteljes módon ellátva izomzattal a feszítő irányban. Ezért csatlakozik erőltetettebb mozgások kivitelekor más segítő izom az ilyen irányú működés létesítéséhez (pl. a glutaeus maximus). Ez a körülmény is bizonyítja, hogy izomberendezésünket a vízszintes törzsoiktartás korából örököltük; valóban ezen ízületben legkevésbé felel meg a rendes tartás a középpállásunk, a mi már a csontvázon is felismerhető: a czombesont feje csakis félig behajlított tartásban kerül egészen bele az ízületi mélyedésbe. Az itt szóban forgó izmok igazi működését azon tagok tárgyalásánál fogom fejtegetni, a melyhez azokat sorolom, ide csak a semimembranosus tartozik.

A semimembranosus legfontosabb feladata az egyensúly megtartása a törzsoik előre hajló helyzetében. Ha megtapintjuk ezen izmot a közben, hogy hátradöntött törzsoikünket előre hajlítjuk: úgy azon pillanatban, a melyben törzsoikünk a függőlegesen áthaladt, észreveszszük ezen izom erős összehúzódását; igaz hogy ezen működésében a hasonló elhelyezésű más izmok (semitendinosus, biceps) a mozgatási tér teljes kihasználásának értelmében még támogatják.

*Richer* állítja, hogy az a három izom (semimembranosus, semitendinosus és biceps) a járásban annyiból vesz részt, hogy a megtámasztott végtagon összehúzódásuk a függőleges állás pillanatában (a midőn tehát az alsó végtagok egymást keresztezik) kezdődik s addig tart, a míg az előre lengő láb a földet el nem éri; ezen izomműködés célja szerinte a medence rögzítése, nehogy a törzsoik előre eldőljen. Ez a nézet utóbbi megokolásában teljesen helyes, az összehúzódás időpontjának megjelölése azonban annyiból téves, hogy ezen izmok összehúzódása nem a lépés bizonyos szakaszától függ, hanem csupán a testtartástól. Ha a törzsoik erősebben hátradől, akkor egyáltalában ellazulva maradnak ezen izmok, előrehajlott testtartásban ellenkezőleg a megtámasztás egész ideje alatt összehúzódhatnak. A térdhajlító a lengő végtagon is működnek és pedig a hátulsó szakaszban.

A *glutaeus maximus* hatásmódjáról általában azt tanítják, hogy ezen izom a czombesontot hátrafelé feszíti és egyszersmind némileg kifelé rotálja. *Winslow* és *Sabatier* egyidejűleg abdukalást, *Cruveilhier* ellenben addukalást is vettek fel. *Duchenne* mindkettőt tagadja ugyan, de a midőn azt mondja, hogy az izom összehúzódása a végtagot a másik mögé vezeti: egészen helyesen az addukalást is bizonyítja.

*Poirier* és *Richer* két sorban jelzik, hogy ha ezen izom szilárd pontot talál a czombesonton, akkor a medence és az egész törzsoik erőteljes feszítője válik belőle. Az utóbbi állítás nem helyes, mivel a törzsoiknek külön mozgékonyága van.

Legkevésbé helyesen fogták fel azonban ezen izomnak működését az egyes mozgások körül. Elég régóta ismeretes ugyan, hogy ezen izom a közönséges járásban és állásban nem vesz részt, de határozottan szükségesnek állították ezen izom összehúzódását az emelkedő talajon vagy lépesőn járáskor. Már régebben<sup>1</sup> kimutattam, hogy ezen felfogás helytelen. A *glutaeus max.* csak akkor működik közre a járásban, lépesőmászásban, szék-ről felemelkedésben, ha a testtartás (a medence megterhelése) azt provokálja. Hátradöntött törzsoikkal felmehetünk a lépesőn, stb. a *glut. max.* legesekélyebb részvétele nélkül, ha ellenben felső testünket előre döntjük, úgy még a sík talajon is elmaradhatatlan a *glut. max.* részvétele. Ezek a kísérletek teljesen bizonyítják, hogy a *glut. max.* tulajdonképen medencemozgató izom. Ha mozdulatlan medence és szabadon lengő alsó végtag mellett húzódnék össze ezen izom, akkor valóban feszítés és addukálás

jönne létre (a czombesont hátra [lefelé] és befelé mozdulna); a valóságban ezen mozgás csak nagyobb akadály ellenében áll be, mert igen könnyű meggyőződni, ha saját magunkat figyeljük meg, hogy biztosan megtámasztott felső test (medence és törzsoik) mellett ezen izom közreműködése nélkül sikerül alsó végtagunkat befelé és hátra vinni (a másik mögé juttatni.)

További bizonyíték meríthető még a következő kísérletből. Ha az ember törzsoikét elegendő mértékben hátradönti térdei hajlításával mélyen leereszkedik és ugyanezen helyzetből ismét felemelkedhetik a nélkül, hogy a *glut. maximus*-ra szüksége volna; ezen izom összehúzódása azonban rögtön bekövetkezik, ha a jelzett helyzetben előre döntjük törzsoikünket. *Giraud-Teulon*, *Poirier* és *Richer* úgy vélik, hogy ha a fennálló helyzetben a *glut. maximus* nincsen összehúzódva, akkor az ileo-psoas tartja meg az egyensúlyt. Tekintve, hogy a *psoas* nem függ össze a medencével, ez az izom közvetlenül nem tekinthető a *glut. max.* antagonistájául.

A *glutaeus medius* általában mint a *glut. minimus* sal egyformán működő izmot írják le, a mi azért látszik jogosultnak, mert az igen hasonló elhelyezés mellett ezen két izom valóban csaknem mindig együtt működik, sőt egyes majomféléken, *Humphry* adatai szerint, a piriformis-sal együtt egy izmot alkotnak.

Mivelhogy azonban az emberen ezen izmoknak beosztása igen határozott és épen az emberen sokkal fontosabb (fennjáró helyzeténél fogva) a medence rögzítése, mint az állatokon: azt hiszem fel kell vennünk, hogy ezen izmok származása és élet-tani rendeltetése különböző. Talán lehetséges lesz ezen szétválasztást az összehasonlító bonczolástan segítségével pontosabban keresztülvinni.

Ezen két izomnak a czombesonton levő tapadási helye egy síkban fekszik, egymáshoz közel, a medencén ellenben a *glutaeus medius* sokkal magasabban ered mint a *glut. minim.* Ezen körülmény a mellett bizonyít, hogy a *glut. med.* erősebben a medencére, a *glut. minimus* ellenben a czombesontra hat. Ha az ember a czombesont lassú abdukalása mellett ezen izomtömegeket kikapintja, azt a benyomást kapja, mintha a mélyebben levő izomrészletek, tehát a *glut. minim.* jutna előbb összehúzódásba, mint a crista iliacáról eredő részletek. Fel lehetne tehát venni, hogy az utóbbiak csak kisebb megterhelés mellett jönnek segítségül. Ezzel ellentétben, ha testsúlyunkat engedjük ráhatni czombunkra, azzal, hogy egyik lábunkról a másikra nehezkedünk, a midőn tehát a medence rögzítése szükséges: akkor a felső részletekben, tehát a *glut. medius*ban támad az összehúzódás.

A mint ismeretes, ezen izom (a *glut. med.*) két részletből áll, egy elülsőből és egy hátulsóból. Ezen két részlet működési iránya némileg eltérő, a mit megfelelő módon egy lábon állva s a medence megterhelését változtatva, ki lehet mutatni. *Duchenne* a villamos ingerlés módszerével úgy találta, hogy ezen izomnak egyes részleteit ingerelhetni és így egymásutánban oly összehúzódások válthatók ki, a melyekkel a czombesontot köríven lassanként hátulról előre lehet vezetni. Valóban azonban csak a két részlet különböző hatásmódjáról beszélhetünk, mert csak azokat tudjuk különváltan beidegzni, az egyes rostnyalábokat nem.

Egy lábon állva felső testünket csak addig tarthatjuk merőlegesen, a míg *glut. med.*-unk működik, ha ezen izom közreműködése nélkül akarnók magunkat fenntartani, akkor annyira rá kellene hajolnunk a megtámasztott láb oldalára, hogy felső testünk a lengő lábbal egyensúlyba kerüljön, ez az oka annak a sajátságosan ide-od a ingó járásnak, a mely ezen izom bénulása mellett észlelhető, és a melyet már *Duchenne* is helyesen értelmezett.

A *gracilis Duchenne* szerint mint erőteljes közelítő működik s e mellett az alszár hajlítója. *Winslow* tagadja a hajlító befolyást. *Duchenne* nézetét a villamos vizsgálat adataival támogatja, ezen vizsgálatban a medence természetesen rögzítve volt. *Duchenne* egyáltalában nem említi ezen izom hatását a medencére, a mely pedig, a mint arról nem is nehéz meggyőződni, igen nagy jelentőségű. Ha az ember egy lábon áll, akkor az egyensúlyt a sagittális síkban az egyik oldal felé a *glutaeus med.*, a másik oldal felé pedig a *gracilis* biztosítja. Az alszár hajlításáról ép oly kevésbé beszélhetünk, mint a semi membranosusnál; a függőlegesen lefelé lógó alsó végtagon az alszárra ható vonás ezen izomnak oly

<sup>1</sup> *Jend. éssik*, Magyar Tudom. Akadémiai Értekezések, 1900.

közvetlen irányába esik, hogy a hajlító befolyás meg sem indulhatna, bár talán a már némileg behajlított alszárira lehet ilyenféle hatása. A megterhelt alsó végtagon azonban ilyen hatás nem létesül, mert a térd behajlítása daczára sem változik meg, a törzsök változatlan tartása mellett, az izom két tapadási pontja közt levő távolság; míg igen jelentékenyen változik a törzsök (medenceze) mozgásával.

Az addukáló hatás igen csekély, mivelhogy ez az izom jóformán párvonalosan fekszik azzal a vonallal, a mely a csípőizület forgópontja és az izom tapadási helye közé képzelhető. Ilyen irányban működő erő hatástalan, legfeljebb a czombesontot nyomja erősebben az izületbe; egészen más a helyzet, ha, a mint azt mi felveszszük, ezen izom hatását a medencezére vonatkoztatjuk s ezt az izmot a glut. medius antagonistájaként tekintjük.

A *sartorius* hatását anatómiai művekben a következőképpen írják körül: hajlítja a czombot a csípőizületben, az alszárat a térdben, fordítja az alszárat befelé és a hajlított czombot kifelé (*Spalteholz*). *Duchenne* úgy látszik ezen izom legfontosabb feladatának az alatta levő czomb aponeurosis megfeszítését gondolta, mintha ezen izom a tensor fasciae lat. antagonistája volna; csakis erős ingerléskor mutatkozott a hajlítás, a fordítást pedig mindig erőtelennek találta.

A *sartorius* felületes fekvése daczára nehéz izoláltan vizsgálni. Ha az ember egyszerűen helyzetének viszonyait tekinti, akkor a czombadukáló hatás sokkal valószínűbb (a honnét neve is származik), mint a fent jelzett; villamos vizsgálatkor igen könnyen támadnak (főleg az ingerlés fájdalmas volta miatt) más izmokban is összehúzódások, a mi azért is érthető, mert csakis erős áramok hoznak mozgást létre.

Az alszárira vonatkozó hajlító befolyás előttünk azonban csaknem lehetetlennek látszik, hiszen ezen izom mint a belső izmok legelülsőbbje mindjárt a quadriceps mellett fekszik, annyira közel hozzá, hogy a feszítő hatást talán inkább meg lehetne érteni, már azért is, mert fekvése egyébként is inkább hasonlít a feszítő, mint a hajlító izmokéhoz. Mint a czomb hajlítója sem látszik ezen izom igen alkalmasnak, mert ebben a tekintetben is az emeltyűhatás a czombesont és az izom tapadása között nagyon kedvezőtlen; az erő kifejtés legnagyobb mértéke itt is csak a czombesont fejének az izületbe benyomása alakjában menne veszendőbe. Egészen másképp áll a dolog, ha a mozgatótnak a medencezét vesszük, a hol az izület, tehát a forgási pont közel van az izom tapadásának helyéhez s így az izom megrövidülése sokkal erősebben érvényesül. *Duchenne*-nel egyetérték abban, hogy a szabóizom nevét hibásan kapta; ezen izmot, ha mégis valamely foglalkozásról kellene elneveznem: akkor inkább ballet-izomnak mondanám, mert ezen izom a medenceze finomabb mozgásainak kiviteléhez szükséges, a midőn egy lábon állunk.

*Czomb. Izmok:* befelé: adductorok, befelé-felfelé: iliacus, befelé-lefelé: quadratus fem., kifelé: piriformis, kifelé-felfelé: rectus femoris, kifelé-lefelé: glutaeus minim.

Ezen tag középállása félig előredült helyzetnek felel meg, tehát nem a függőleges testtartásnak. A vizsgálatot tehát előredült és megtámasztott törzsök mellett a lelógó alsó végtagon kell eszközölni, mialatt a másik megterhelt alsó végtagunk kis emelvényen áll. Ezen módon a négy lábú állatok tartásába kerülünk, a midőn a comb ú. n. hajlítása és feszítése körülbelül egyenlő mértékben lehetséges.

A *rectus femoris* általában mint az alszár feszítőjét és a czomb hajlítóját írják le, bár már *Duchenne* is kijelentette, hogy feszítő befolyása a hajlítással csökken, de *Duchenne* egyúttal azon véleményben volt, hogy hajlított czomb mellett az alszár feszítési műveletét a rectus femoris teljes erővel ki tudja fejteni.

Ezen izom hatásának megítélésében szem előtt tartandó, hogy a czombra való behatás a legkedvezőbb körülmények között történik, mivel az erő behatása az egykarú emelőként szabad végére történik, míg a feltételezett feszítési hatás kifejtésére a viszonyok igen kedvezőtlenek; sőt még az a körülmény, hogy a czomb hajlításával bekövetkező megrövidülés az izomösszehúzódás effectusát már kiegyenlíti: eléggé kimutatja, hogy valódi feszítési behatásra nem is kerülhet a sor, legfeljebb, ha a czombnak hajlítását külső erőszak akadályozná meg. Ezen feltevéseket a kísérlet is beigazolja, ha az ember czombját kifelé felemeli, úgy az alszár

mozgékonyasága még abban az esetben is teljesen szabadon marad, a midőn az ember czombját a felemeléssel ellentétes akadálynak teszi ki.

*Duchenne* tulajdonképpen csak a térdkalácsra vonatkozólag írja le a rectus femoris hatását, nem is a czombra. Legfőbb érvelését azon nézete mellett, hogy a rectus femoris a czombesontot nem hajlítja, egy esetről merítette (303. lap), a melyben hemiplegiát kórjelzett, de a mely eset mai pathologiai ismereteink szerint kétségtelenül hysteriás volt. Az ilyen eset bizonyára nem alkalmas ezen kérdés eldöntésére.

Hogy ezen izom egyszersmind távolít is, azt anatómiai művekben ugyan nem találom feljegyezve, de ez következik nemcsak a közvetlen megfigyelésből, hanem a mechanikai viszonyok mérlegeléséből is: mivelhogy ezen izom eredési helye a czombesont forgási pontján kívül esik.

Az *iliacust* a mediális hajlítás irányában működő izomnak tekintem. Általában szokás ezen izmot a psoassal együtt ileopsoas néven tárgyalni, de már maga az a körülmény, hogy a két izomfélnek külön-külön idege van, ellene szól ezen egyesítésnek. Úgy gondolom, hogy a psoas fontos törzsökizom, de nem számítható a czomb izomzatához.

Az *iliacust* úgy ismertetik, mintha belülről kifelé forgató hatása volna a czombesontra. Ez a felvétel igen valószínűnek látszik, ha tekintetbe vesszük, hogy az izom a czombesontot mintegy hátulról körülnyalabolja, mindazonáltal ezen hatást nem szabad túlbecsülni: ha ezen izom elül vagy a czombesont felső szélén volna rögzítve, úgy a czombnak hajlítására irányított minden kísérletben a czombesont a collum femoris sajátos berendezése miatt befelé felbillenne. Ennek megakadályozása végett tapad ezen izom a czomb hátulsó felére, nem forgatás czéljából. Az izom működésének iránya, mivel erővonalai az izületből mediálisan hatnak: befelé és felfelé irányított, azaz addukáló és hajlító.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

#### Adatok a fehér vérsejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.

Irta: *Elfer Aladár* dr.

(Folytatás.)

#### VI. *Diphtheria*-esetek.

Szám	Nem és kor	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérsék C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
1	5 éves, fiú	Serum befeccskendezése után egy nappal 10 nap multán serum exanthema	délelőtt 10 óra	19500
			délelőtt 10 óra	11500
2	3 éves, fiú	Tonsillára és uvulára áttérjedő lepedék (ambulantia)	délelőtt 10 óra	15500
3	7 éves, fiú	Serumbefecskendés előtt. Serum után Serum után	délelőtt 1/210 óra.	13500
			20 perc multán 5 1/2 óra mulva	8500 19500
4	3 éves, fiú	3 nap óta beteg. Stenotikus légzés. Serum előtt. Ugyanazon nap serum után 9 órával.	délelőtt 9 óra	14000
			délután 8 óra	18000
5	11 éves, fiú	Serum befeccskendése után 8 órával.	délelőtt 8 óra	11500
6	15 éves, fiú	3 nap óta beteg. Serum előtt.	délelőtt 10 óra	10000
7	4 é. gyermek.	3 nap óta fennálló torokpanasz. Serum előtt.	délelőtt 8 óra	27500

Szám	Nem és kor	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
8	1/2 é. gyermek. †	Igen nagyfokú elesettség. 2 nap múlva exitus.	délelőtt 9 óra	35000
9	15 éves, nő	2 nap óta fennálló torokpanasz (ambul.)	délelőtt 1/211 óra	13000
10	5 é. gyermek.	Meg nem határozható kezdet. Serum előtt.	délután 5 óra	13500
11	3 éves, fiú	2 nap óta fáj a torka. Serum előtt.	délután 6 óra 38·6	16500
12	11 éves, fiú	1 nap óta fáj a torka. Nehezen léghzik. Serum előtt.	délután 6 óra	29000
13	6 éves, fiú	A folyamat a gégeire is áttérjedő.	serum után 2 nap; déllelőtt 10 óra 37·4	18'00
14	6 éves, fiú	Meg nem határozható kezdet (ambul.).	serum előtt; déllelőtt 9 óra. 38·2	16500

Ezek után utalunk a különböző alakú tonsillitiseknél található fehérvérsejtszám-elváltozásokra, melyek élénken mutatják ezen bántalomnak az egész szervezetre kiterjedő toxikus természetét. Nem is szólva azon tonsillitisekről, melyek kiinduló pontját képezhetik egy pyaemiás elváltozásnak, még azon esetekben is, a hol csak a localisan a tonsillákon székelő pathologiai elváltozásokat láthatjuk, ezeknél is feltűnő a kisebb-nagyobb mértékű leukocytosis. Hiszen csak két, a sepsis rovatában megemlített esetünk kiinduló

#### VII. Tonsillitis-esetek.

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
1	18 éves, nő	Gyakrabban lépnek fel torokfájdalmak. Jelenleg tonsillitis parenchymat. III/24. a duzzanat még fennáll. III/25. könnyebben van. III/30.-án távozik.	III/22. d. u. 6 óra. 38·4 III/23. d. e. 11 óra. 38·4 d. u. 7 óra. 39·3 d. e. 11 óra. 37·7 d. u. 1/28 óra. 38·2 d. e. 10 óra. 37·2 d. u. 7 óra. 37·3	30000 23000 23000 18500 26000 17500 15000
2	16 éves, nő	4 nap óta fáj a torka. Tonsill. necrotic.	d. u. 1 óra. 38·4	10500
3	16 éves, fiú	Tonsill. follic. Négy nap óta torokfájdalmak. Másnap a duzzanat a tonsillákon engedett; láztalan.	d. u. 5 óra. 38·2 déllelőtt 10 óra.	23500 12000
4	16 éves, nő	6 nap óta fáj a torka, nyakon oedema (tons. necr.)	déllelőtt 9 óra.	21500
5	14 éves, nő	1 nap óta fáj a torka. Mirigybeszűremkedés (tonsill. necrot.)	d. e. 1/29 óra. 38·8	36500
		2 nap múltán a látható tünetek jelentékenyen engedtek.	d. e. 10 óra. 37·6	13500
6	20 éves, nő	4 nap óta torokfájdalmak. Másnap a fájdalmak engedtek.	d. e. 10 óra. 36·9 láztalan, d. u. 4 óra.	30000 10500
7	5 éves, fiú	Tonsill. follic. 2 nap óta fennálló torokfájdalmak, hörghurut.	d. e. 1/29 óra. 37·5	8500
8	11 éves, fiú	1 nap óta fáj a torka (tonsill. necrotic.)	d. u. 6 óra. 38·5	23500
9	30 éves, férfi	5 nap óta fáj a torka (tonsill. necrotic.)	d. u. 5 óra. 38·4	10500

pontját a tonsillákban székelő genyedésekben kaptuk meg. A complicatio nélküli eseteinkben mondhatjuk, hogy azok súlyossága szerint csaknem mindig megfelelőleg fokozódó leukocytosist találtunk. Egy esetben 36,500 volt a mm<sup>3</sup>-enként kimutatható fehérvérsejtszám; s miután, mint a táblázatból kitűnik, a hőmérsék csökkenésével enged a hyperleukocytosis foka is eseteink nagy részében, épen tonsillitisek azok a megbetegedések, a hol a localis elváltozás után fellépő esetleges complicatiókat a rendszeresen megejtett fehérvérsejtszámlálás esetleg inkább felismerhetővé teszi.

A heveny sokizületi gyuladással kapható fehérvérsejtszámgadozás körülbelül megfelel a tonsillitiseknél kapott vérelváltozásnak s általában itt is mondhatjuk, hogy az esetek súlyosságának megfelelőleg az esetek legnagyobb részében aránylagosan növekvő hyperleukocytosistról számolhatunk be. Erre vonatkozólag 6 esetről számolhatunk be s a hetedik esetünk, mely kezdetben a rheumatismus articulorum acutusnak megfelelő képet mutatott, genyedő izzadmány termelésébe ment át és érdemesnek tartjuk felemlíteni, hogy a nagy genygyülem dacára a leukocytosis a kezdetleges hyperleukocytosishoz képest csökkenést mutatott.

Ezzel egyúttal áttérhetünk a szervezetben körülirtan lefolyó avagy pedig az egész szervezetet elárasztó genyedő fertőző folyamatokra. Első sorban a leggyakoribb és legközönségesebb példait ennek, az *erysipelast* és a *phlegmonékat* említhetjük, melyekre vonatkozó észleleteink nagyon kis számra szorítkoznak. Két esetünk csak megerősíti a többi kutató vizsgálati adatait.

#### VIII. Heveny sokizületi gyuladás-esetek.

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér-vérsejt szám
1	25 éves, nő	Bal térd és jobb boka-izület duzzadt, fájdalm.	d. e. 10 óra. 36·5	11500
2	12 éves, fiú	Coxitis l. dext., mely 2 nap óta áll fenn, előzőleg egyéb izületekben voltak fájdalmak. 2 nap múltán, előző estve 3 gm. aspirin.	d. u. 6 óra. 38·7 d. u. 4 óra. 37·0	18500 12500
3	36 éves, férfi	5 hét óta fájdalmak mindkét lábra és kéztö-izületekre szorítkozólag. Estve 5 gm. natrium salicyl. Másnap.	d. u. 1/27 óra. 37·4 d. e. 1/212 óra. 36·5	6500 6500
4	15 éves, nő	10 nap előtt szétszórtan piros foltok a testen. 3 nap óta mindkét térdizület duzzadt és fájdalmas.	d. u. 4 óra. 39·4	15500
5	15 éves, fiú	Két izben előrement polyarthritis. 2 hét óta fáj a jobb térdizülete. Endocarditis. 4 gm. natr. salicyl. VII/6. 4 gm. natr. sal. VII/7. érzékenység megszűnt. VII/10.	d. e. 12 óra. 38·2 d. e. 11 óra. 37·1 d. e. 1/212 ó. norm. hőm.	15500 17500 14500
		3 nap óta fájdalom a jobb arcfélen, majd a jobb könyök és jobb szegycsontizület duzzadt meg. Ther. 5 gm. natr. sal. VII/24.	VII/23. d. u. 4 óra. 38·5	18000
6	16 éves, nő	A jobb könyökizületi duzzanat makacsul fennáll; később genyedésre mutató tünetek. VIII/15. áttét a sebkórodára.	d. e. 9 óra. 37·5 VIII/15. d. e. 10 óra. 37·5	13000 12000

## IX. Erysipelas-esetek.

Szám	Kor és nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	17 éves, nő	Az orbánczos elváltozás jelenleg a jobb alszáron mutatható ki. Állandóan coffein-injectiókat kap.	d. u. 4 óra. 38.5	4000
			másnap d. u. 6 óra. 37.5	9500
2	16 éves, nő	4 nap óta a jobb térdizület feletti bőr fájdalmas. A duzzanat fokozódó és a bőralatti szövet infiltráltabb lesz; ezen infiltr. ugyanazon estve megnyitattik; másnap reggel	d. e. 10 óra. 38.0	24350
			d. u. 7 óra. 39.6	12000?
			6 nap múlva	
			d. e. 1/211 óra. 36.5	23500
			d. u. 7 óra. 39.4	18000
			d. e. 9 óra. 36.5	11500
			d. u. 7 óra. 37.2	9500

## X. Állalatti mirigy genyedésének esete.

Szám	Kor és nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
1	5 éves, fiú	Áll alatt nagy mirigy, mely fluctuatiót mutat (bőrkiütés állítólag nem ment előre).	d. e. 10 óra. 38.1	30500

(Folytatása következik.)

## Tárcaza.

## Jókai Mór utolsó napjai.

Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár, valamint saját jegyzetei alapján közli Stricker Mór dr., volt belklinikai gyakornok, műtő.

1904. április hó 25-dikén délután 4 órakor sürgősen Jókai Mór-hoz hívtam, hol értesemre adták, hogy délelőtt nizzai útról Fiume felé, a hol 2 napig a vasúti streik miatt időznie kellett, hazaérkezvén, délben jóízűen megebédelt, később kikoocsizott, hazajövet környezetével jókedvűen beszélgetett és szobájába visszavonult. Rövid idő múlva szobájából kiáltásokat hallván, hozzátartozói odasiettek és az öreg urat zavart eszmélettel, nyugtalanokodva, a földön ülve találták; kerevetre fektették és rögtön Korányi tanárért, valamint értem, mint házi orvosáért küldtek azon értesítéssel, hogy Jókait gutaütés érte.

A beteget ágyba fektetve, nála apoplexia tüneteit nem találtuk, a feltett kérdésekre tisztán felel és előadja, hogy az előbb hirtelen összerogyott és hasában fájdalmakat érzett; jelenleg fájdalmi nincsenek. Hőmérséke 39.6° C., ütérlokés 100, eléggé telt, rythmikus, edényfalak kissé rigidek. A has puha, nem érzékeny, a hólyag nem telt. A tüdők felett b. o. a kules alatti táj belső felében tallérnyi tomputat észlelhető, a tüdők többi része felett a kopogtatási hang rendes. Szívomputat rendes, csücsülökés a bimbóvonalban. A b. o. tomputat felett határozatlanul légzés, a tüdők többi része felett mérsékelt hurut tünetei vannak jelen. A szívhangok tiszták, az aorta felett a II. hang ékelt, csengő. Betegtől azon körülményi adatot nyervén, hogy 43 évvel ezelőtt súlyos tüdőbajban és vérköpésben, más alkalommal mellhártyagyulladásban szenvedett, a fentemlített b. o. tomputatot akkori bajával összefüggőnek kellett tartanunk. A beteg keveset köhög, köpetet nem ürít (mint maga mondta: köpködni sohasem szokott, még köhögéskor sem). A vizelet kissé nehezen indult meg, de utóbb akadály nélkül ment végbe.

Este 10 órakor a beteg közérzete elég jó, hőemelkedése csökkent, körülbelül 80 gm. tiszta, erősen színezett vizeletet ürített.

Éjjel rövid megszakításokkal aludt. A következő napon, április 26-dikén reggel a közérzet elég jó, étvágy kissé csökkent, köhögési inger csekély. Hőmérséklete 38.4° C., ütérlokés 92, szabályos, eléggé telt. A tüdők felett kiterjedten hurutos zörejek. Székletét rendes. A kisebb mennyiségben ürített vizelet fajsúlya 1020, fehérjét nyomokban tartalmaz, gócsó alatt néhány hyalin cylinder látható. Beteg napjában többször tejet és levest tojással kap. Tekintettel arra, hogy betegünk a szesz italok élvezetéhez hozzá van szokva, napjában többször cognacot és bort kapott. Ez utóbbi körülményt a betegség további lefolyásában is figyelembe kellett vennünk. Therapia: Chinin. sulf. refr. dosi napjában 3-szor.

Este hőmérséke 37.6°, ütérlokés 88, közérzet lényegesen javult.

Április 27-dikén. Reggel közérzet elég jó, hőmérséke 37.1°, érverés 82 (mint nála máskor is szokott lenni), a hörghurut lényegesen javult. Betegünk már a felkelésre gondol, azonban Korányi tanárral való meg-

beszélésünkben kifolyólag elhatároztuk, hogy tekintettel arra, hogy influenza bronchitis foroghat fenn, még néhány napig ágyban tartjuk.

Április 28-dikén. Reggel hőmérséke 37.0° érverés 78. Este hőmérséke 37.2°, érverés 82.

A közérzet elég jó, köhögési inger alig van, étvágy még valamivel csökkent. Beteg a tejen, tojásos levesen kívül kevés csirkehúst is fogyaszt.

Április 29-dikén. Reggel hőmérsék 36.9, érverés 78. Közérzet jó, étvágy még mindig valamivel kisebb, nyelv kissé bevont, hörghurut tünetei alig vannak jelen. 2-szer híg székletete volt. A holnapi napon az „Adria” gyűlésére szeretne menni, ettől azonban tanácsomra elállott. Este hőmérsék 37.5°, érverés 86.

Április 30-dikén. Reggel hőmérséke 36.9°, érverés 78. Közérzete, valamint erőbeli állapota állandóan javul. Ma is 2-szer híg székletete volt. Levest tojással, tejet, teát és csirkehúst fogyaszt. Ther. Chinin. tannic. 0.15 pro dosi naponként 3-szor.

Este hőmérséke 37.1°, érverés 84.

Május 1-jén. Reggel hőmérsék 36.9°, érverés 80. Este hőmérsék 37.1°, érverés 82.

Tekintettel arra, hogy a beteg jól érzi magát, kilátásba lett helyezve, hogy másnap néhány órára felkelhet. Az éj kissé nyugtalan volt.

Május 2-dikén. Reggel hőmérsék 38.6°, érverés 120. Reggel kissé bágyadtan érzi magát, fájdalmakról nem panaszkodik. Az újra meghívott Korányi tanárral megejtett vizsgálatnál az érverés szapora, eléggé telt, rythmikus, a légzés valamivel gyorsabb. A has mérsékelt puffadt, nem érzékeny. A tüdők felett a bal kulestájon említett tomputatot kivéve egyéb kopogtatási eltérés nincs. Hallgatódzásra erősebb hurut tünetei mutatkoznak. Székletét híg, 2-szer volt. A vizelet napi mennyisége állandóan valamivel csökkent. Therapia: Chinin. tann. Etrend: tea, leves tojással, cognac, bor. A tejet betegünk a híg székletét miatt visszautasítja.

Este hőmérséke 37.8°, érverés 112. Állapot változatlan.

Május 3-dikén. Reggel hőmérsék 37.7, szívverés valamivel gyengébb, az aorta II. hangjának ékeltsége nem hallható, érverés 106, kissé puhább, de rythmikus. Légzések száma 34. A beteg az éjjelt kissé nyugtalanul töltötte, erőbeli állapota valamivel csökkent, keveset köhög, köpetet nem ürít. Étvágy csökkent. Nyelv kissé bevont, nedves. A tüdők feletti kopogtatásra mint újabb tünet jobboldalt hátul-felül tomputat kopogtatási hang jelentkezik, ugyanott erősebb mellrengés. A tüdők többi része felett erősebb hurut tünetei vannak jelen. Minthogy a beteg köpetet nem szokott üríteni, hanem a hörgvadásokat lenyeli, figyelmeztetjük, hogy a felköhögött nyálkát egyúttal a köpöcsészébe ki-köpje, mire őt csak nagy nehezen bírjuk rábeszélteni. Therapia: Decoct. senegae c. liq. ammon. anis. et camphora, folyékony diaeta, somatose, szomorodni bor, cognac.

A beteg állapota napközben változatlan, a délutáni vizsgálatnál a jobboldali tüdőtomputat kifejezettebb, felette a hörgi légzés tisztán hallható.

Délután 5 óra tájban, midőn a beteg az ágyban felült és lábát a földre bocsátani akarta, hirtelen elsápadt és az őt tartó neje karjai közé rogyott. Ép a lépcsőn távozóban, visszahívtam. A beteget asphyxiás állapotban találtam, rögtön lefektettem és minthogy az asphyxia tovább tartott, mesterséges légzéssel lassanként magához térítettem. Fekete kávé és cognac adagolására a beteg érverése fokról-fokra javult, több ízben bő habos köpetet ürített (oedema pulmonum), eszmélete visszatért és a beteg mély sonorikus hangján környezetével újra beszélni kezdett.

A beteget ezen percztől fogva többé nem hagytam el és Korányi tanár is többször napjában tanácskozára megjelent.

Este 8 órakor hőmérséke 38.1°, érverés 120, dikrot jellegű, 1 perc alatt 4-szer kihagyó, légzések száma 44. A jobboldali felső tüdőtomputat 2 ujjnyival terjedt aláfelé, felette hörgi légzés hallható. A trachea felett bő szörtyzörejek, melyek azonban a mellkasra nem terjednek. Az aorta II. hangjának ékeltsége nem hallható. Minthogy a beteg hideg borogatásokat nem tűr, időnként borszeszes vízzel mosások végezteknek a jobb mellkas felső részén.

Május 4-dikén. Reggel hőmérséklet 38.4°, érverés 116, légzés 44.

A lefolyt éjjel gyakori megszakításokkal aludt, ez alatt folyton élénk és kellemes álmiai voltak, melyeket felébredve környezetének elmondott. Az egész éjjelen át folytatott excitálás (camphora, szesz italok) folytán a szív működés kissé javult, az érverés kevésbé kihagyó (percenként 1-szer), teltebb és szabályosabb. A gyakran alkalmazott borszeszes vizes lemosások folytán a köhögési inger erőteljesebbé vált és így az este óta fennállt trachealis szörtyzörejek bővebb köpés folytán reggel felé eltűntek. A jobb mellkas feletti tomputat alig nőtt, a szívhangok nem gyengébbek. Beteg erőbeli állapota ugyan gyenge, de közérzete valamivel javult, környezetéhez kérdéseket intéz és különféle dolgok iránt érdeklődik, egyebek közt az újságok számára bulletin kiadását kívánja, sőt annak tartalmát saját érzése szerint nekem diktálja. Vizelet mennyisége valamivel szaporodott, székletét nincsen. A nyugtalt bővebb italokat somatoseval (egész napra két kávéskanálnyi) szívesen veszi. A köpet vizsgálatára (Vas B. egyetemi magántanár) következőket mutatja: A köpet sárgás-zöldes, részben nyákos-genyés részletekből áll, részben híg folyó, állás közben felső zavaros savószerű rétegre és alsó törmelékenyre oszlik; nem büzös, nem véres. A savószerű folyadék sok fehérjét tartalmaz (a tegnapi esti oedema pulmon.). Gócsó alatt sok duzzadt, szemcsés genyesejtet, néhány alveolaris sejtet, zsirszemcséket, detritust tüntet fel. A bakteriologiai vizsgálatnál meglehetősen sok, tokkal ellátott, lándzsa-alakú diplococcus

(diplococcus pneumoniae) volt kimutatható. Influenza-bakteriumok nem voltak találhatók.

Délben hőmérséklet 37-70, érverés 108, légzés 36.

Este hőmérséklet 37-10, érverés 102, eléggé telt, szabályos, légzés 32.

A beteg közérzete határozottan javult, a hőmérséklet izzadás közben leszállt. A tüdőbeszűrődés nem lett terjedelmesebb és nem tömtebb, oldódás jelei még nem mutatkoznak. Az aorta II. hangjának ékeltsége újra hallható.

Az éjjel némileg nyugtalan volt, kellemetlen álmok bántották, hajnal felé a jobb mellkas felett bő nyálkaképződés tünetei jelentkeznek, a köhögési inger az alkalmazott mosásokra erősbödik, a beteg bővebb — sputum coctum jellegével bíró — köpetet ürít.

Május 5. Reggel hőmérséklet 37-1, érverés 102, teltsége változó, légzés 35. Az erőbeli állapot ingadozó, ámbár a beteg már a felkelésre gondol és dolgozni kívánna, sőt egyik regényét kéri el, hogy azt dramatizálás végett elolvassa. A kopogtatás j. o. a tüdőbeszűrődés kisebb-edését mutatta; felette bő szörtyözrejek hallhatók. Az aorta II. hangjának ékeltsége megvan. Székletét nincs. A vizelet mennyisége szaporodott, bő húgysavas üledéket mutat, kevés fehérjét tartalmaz, górosodott alatt néhány hyalin és szemcsés cylindert látható. Therapia: Chinin. sulf. refr. dosi, Decoct. senegae c. Camphora, székletételek előmozdítására Rheum chin. c. sal. therm. Carolin.

Délben hőmérséklet 37-30, érverés 102, teltsége még mindig változó, légzések száma 35. Beteg a délelőtt folyamán beszédesebb, érdeklődik a körülötte történetek iránt, széke még nem volt, erőbeli állapota állandóan ingadozó.

Délután a jobb mellkas felett újra jelentkeznek bővebb szörtyözrejek, melyek nemsokára tracheális szörtyögésűvé válnak, a bal tüdő felett tiszta sejtjes légzés hallható, köhögési inger csekély.

A köptető szerek bő alkalmazása, valamint a lemosások folytán a köpet újra bővül, a szörtyözrejek esőkkennek. A beteg több órán át nyitott szemmel elmerengve fekszik, a kérdésekre készséggel felel. A rendes italokon kívül jóízűen iszik egy csésze tejet.

Este 6 órától kezdve az ütélökés újra szaporább, puhábbá vált, a légvételek nehezebbek, a beteg arc kifejezése bágyadtabbá válik. A beteg nyugtalan, néhány percre szemét lehunyja, álmában beszél, felébredve maga panaszkodik, hogy delíráll. Excitantiák gyakrabban adatnak. Este 7 órakor hőmérséklet 37-40, érverés 107, légzés 39.

8 órakor az érverés 116, puha, többször kihagyó. A most Korányi tanárral megejtett mellkasi vizsgálat a beteg laukadtsága és j. lentékeny dyspnoé miatt nehezsébe ütközött. A jobboldali mellkas feletti felső tompulat alig mutatható már ki, ugyanitt a szörtyözrejek lényegesen csökkentek, azonban hátul a jobb mellkas alsó részén egy 3 ujjnyi újabb intenzív tompulat lépett fel, mely felett a légzés gyengült. A bal mellkas felett csekély hurut tünetei, orresűs és fülkagylók kissé cyanotikusak, az alkar visszerei teltebbek. Fenti leletből az tűnt tehát ki, hogy a tüdőgyulladás lefolyt, azonban ugyanazon oldalon alul metapneumonikus mellhártyaizdatmány jelentkezett.

A gyengülés ettől fogva fokról fokra rohamosan növekedett, érlelés alig érezhető, a nyújtott erős bor és cognac, az alkalmazott bőr alá feckendezés, bőrizgatók hatástalanok maradtak és a szívbénulás tünetemeyei közt este 9 óra 20 perckor Jókai Mór elhunyt.

A balzsamozás kapcsán megejtett bonczolásból (Hollós József egyetemi tanársegéd jelenlétemben végezte) következőket emelem ki: Rekeszállás mindkét oldalt a hatodik borda felső széle. A jobb tüdő egész felső és középső lebenye s az alsó lebeny mellső széle tömött, heges kötőszóval a fali mellhártyához és a szívbuok külső lemezéhez odanőtt. A jobb mellüregnek csak alsó hátsó részlete szabad, a mely 500 kem.-nyi, laza fibrinazafatokkal kevert, sárgás-vörhenyes, zavaros savóval kitöltött. Baloldalt a tüdő mellső részei szabadok és puffadtak, míg a tüdő többi része számos körülírt szalagos odanövással a falzathoz rögzített s így a mellüreg csak egyes szakaszokban elzárt. Az üregben mintegy 25 kem. kissé zavaros, sárga savó gyűjthető. A tüdő basisa teljesen a rekeszhez nőtt.

Szívbuok tenyérnyi terjedelemben szabadon fekszik, külső lemez jobboldalt a tüdőhöz nőtt, b. o. szabad. A szív öklőnl jóval nagyobb, úgy hossz- mint harántirányban megnagyobbodott. Legnagyobb haránt-átmérője 18 cm., hossza 10 cm. Bal gyomrocs mérsékeltén összehúzódott, a jobb elernyedt. Koszorú-üterek merevek, megvastagodottak, kanyargós lefutásúak. A bal visszeres szájadék 2 ujj, a jobb 3 ujj számára bőven átjárható. Mindkét gyomrocs izomzata mérsékeltén megvastagodott, a bal szív kevéssé, a jobb jelentékenyebben kitágult, a fésű-izmok ellapultak. Szívizomzat porhanyós, a szemölcsizomokon felületes zsíros csíkok láthatók. Endocardium sima, a kőhegyű billentyű mellső vitorlájára elzsírosodott, aorta billentyűi a záródási vonalon mérsékeltén megvastagodottak, de kellőleg elemelhetők. Az aorta szájadéka kitágult, körfogata 9 cm. Belhártyáján elszórva kicsiny hyalinus megvastagodások és zsíros csíkok láthatók.

A jobb tüdő középső; vastag tömött hegszóval a falzathoz nőtt, csak az alsó lebeny hátsó része, jókora tenyérnyi terjedelemben szabad, melynek mellhártyája jelentékenyen megvastagodott, míg a megfelelő falzati pleura több mm. vastag, kérgecs hegszóval alakult. Felszínük élénken belővelt, fénytelen, fibrinapadékkal belepett. Tapintásra a felső lebeny hátsó-felső részlete feltűnően tömött, a többi része szerzőgő, löszörpárna tapintatú; alsó lebeny nagyobrszt tézta-tapintatú, légtelen. A felső lebeny metszlapja halavány, felső-hátsó részében jelentékenyen átszóve tömött, palaszürke hegszóval, mely körül néhány borsó-mogyorónyi területen kemendagnyi, sűrű, kemény göbcsék s egy borsónyi, hegesen eltökelt, sajtos meszes gócz konsta-

talható. E területeken a kis hörgők mérsékeltén kitágultak. A tüdő különben csak kevéssé légtartó, feltűnően vizenyős és törékeny. Az alsó lebeny metszlapja igen vérbő s a basis területét kivéve — a hol légtelen — mindenütt nagy mennyiségű, habzó savót ürít. Hörgők nyákhártyája belővelt, bő genyes nyálkakal takart.

Bal tüdő nagy, puffadt, főleg a felső lebeny mellső szabad széle, a hol légpárna-, míg egyebütt kifejezetten löszörpárnatapintatú, kivéve a felső lebeny mellsőfelső, gyermekököl nagyságú részletét, a mely igen tömött s a mediastinalis kötőszóval hegesen összenőtt. Hasonló tömött, a fali pleurával összenőtt és behúzódott jókora diónyi gócz a csésében. Utóbbinak metszlapja légtelen, palaszürke, a benne futó hörgők jelentékenyen kitágultak. A másik tömött gócz halványszürke, sima metszlapú s a légtartó tüdőszóval éles széllel elhatárolt. Közvetlen szomszédságában tömött palaszürke hegszóval ágyazott sajtos góczcsókák s egy fél babnyi, körültekelt, sűrű genyszerű váladékkal kitöltött üregecske fekszik. Az alsó lebeny csésésében elszórt heges göbcsék és borsónyi, betökelt sajtos góczcsókák konstatálhatók. Egyébként a tüdő metszlapja sima, vérbő, mindenütt igen sok habzó savót ürít.

Diagnosis: Jobboldali, lefolyt tüdőgyulladás nyomai; friss savós rostonyás — izdatmányos — eltökelt mellhártyagyulladás; heveny hörg-hurut. A lép heveny duzzadása. A szívizomzat jelentékeny parenchymás elfajulása, a szív kezdődő kitágulásával. Nagyfokú tüdővizenyő és vérbőség.

Hegesen gyógyult régi tuberculosis nyomai mindkét tüdőben, következményes hörgőtágulatokkal. A mellhártyák kiterjedt heges összenövése. Középfokú ütélökeményedés; mindkét szívfél mérsékelt túltengése. A máj és vesék öregkori sorvadása. A gyomor mérsékelt tágulata és idült hurutja.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

#### A rák mult évi irodalmának összefoglalása.

Közlő: Erdős Adolf dr., Biharmegyei közpórházának segédorvosa.

Előfordulás gyakorisága.

Vitatván a rákhalandóság növekedését, Major elfogadja, hogy nehéz azt tagadni, hogy az utóbbi években tényleg szaporodott a rák esetek száma. Azonban Newsholme felfogásában is van valami igazság, a ki azt tartja, hogy eme növekedés csak látszólagos és részint a tökéletesebb körimzésnek, részint az esetek bejelentésének tulajdonítható. Másrésztől meg Sir William Banks határozottan azt állítja, hogy a rákesetek valóságban gyakoribbak lettek. A continentális szerzők is valamennyien hasonló véleményen vannak. Meg kell ugyanis jegyez-nem, hogy Angolországban a „Cancer Research Fund“ actioha lépése óta a rákesetek bejelentetnek, és majdnem minden esetben bonczolatnak, ha csak valami különös ok nem zárja ezt ki.

#### Kóroktan.

A mi a rák előidőzójét illeti, a kórbúvárok még ma is két ellentétes álláspontra helyezkednek: 1. Az egyik szerint a betegséget külső ok, mondjuk paraziták idézik elő, 2. a másik szerint a rossz-indulatú növedékek fellépése tisztán csak egy belső okra vezethető vissza, a mely ok a normális sejtben található meg.

Coley a parasitarius elméletet támogatja, a következő klinikai észleletek alapján: 1. A rákeseteknek az utolsó években való szaporodása semmi más alapon nem magyarázható meg. 2. A ráknak egyes helyeken való gyakorisága szintén támogatja e nézetet. 3. A rákos szöveteknek vagy folyadékoknak az a képessége, hogy a szomszédos szöveteket érintkezés útján megfertőzni képesek, legjobban az élődi elmélettel magyarázható meg. 4. Hasonlóképpen magyarázhatók meg az olyan esetek, a melyekben határozottan azt észleljük, hogy valaki a betegséget mástól kapta meg. Laboratoriumi bizonyítékul az hozható fel, hogy a rákos növedékekben látszólag élődi testek már találattak is. Egyesek ezeket protozoáknak, mások blastomycetáknak tartják. Sok szaktekintély határozottan élődiéknak nyilvánította őket, nem pedig sejtelfajulásnak. Tökéletes bizonyítékkal, hogy tényleg ezek a rák okozói, ma még nem rendelkezünk, főképen azért, mert igen nehéz az említett testeket tiszta kulturában nyerni oltási kísérlet ezé-ljából. San Felice rákos szövetből tiszta blastomycet-kulturát produkált. Gyümölcsből nyert hasonló organismus kulturájával beoltott egy kutyát, és így tipikus adenocarcinomát idézett elő metastasisokkal! Leopold szintén izolált tiszta blastomycet-kulturát egy ovariumrákból, s azt egy patkány heréjébe fecskendezte be, minek következményeül a patkány hashártyáján nagyszámban csomók léptek fel, nem épen rákosak, mindazonáltal ezek az állat halálát okozták.

Ribbert, egyike az élődi-elmélet legfőbb ellenségeinek, azt véli, hogy a rák létrehozása az ingerből indul ki, a mely a hám sejtjeinek túlnövekedését okozza. Azonban nincs okunk annak a feltevésére, hogy ez az inger valamely élődi fajtából indulna ki. A parasitarius elmélet szerint nemcsak a daganatot okozza az élődi, hanem annak további fejlődése is teljesen ennek aktivitásától függ. Ez a folyamat megfelelné a symbiosis egy alakjának, a melynél az élő oki hatvány csak hám-sejtben képes vegetálni. Ez azt jelentené, hogy a hatvány megkárósítja a sejtet, de hogy hogyan tud a megkárósult sejt sejtújburjánzást, nem pedig sejtelfajulást előidézni, azt Ribbert nem tudja elképzelni.

Továbbá az élődi, ha egyszer egy sejtet megtámadott, akkor rombolását csakis az ugyanolyan fajtajú sejtekben fejtheti ki és képtelennek kell lennie más sejtben élni. Ilyen módon annyi fajtajú élősdinek kellene lenni, a milyen különbözők az egyes szövetek. Nehéz elhinni, hogy ez így is van. Összehasonlítva továbbá az újképletet kóros jellegét a gynadázos daganatokéival és az összehasonlításból azt következteti, hogy az előbbi a kötőszövet gyuladással zavaraként veszi kezdetét. Parasiták is tudnának ilyen zavart előidézni, de sejtülburjánzást nem tudnak, a mi egy mechanikus folyamat. Megvitatja Behla állításait, melyek szerint a rák fertőző folyamat és a betegség terjedésének emelkedése csak ezen módon magyarázható meg, különben egyáltalán kétféle, hogy emelkedésről szó lenne. Szerinte a hibás diagnózis felállítás (utólagos boncolás nélkül) segíti a rákesetek szaporodásának feltűntetését, de sőt ha valóban lenne is szaporodás, akkor is ez a rossz hygienikus viszonyok következményének lenne inkább tulajdonítható, mint élősdiek szerepének.

Leyden igyekszik Ribbert ellenvetéseit a parasitarius elmélettel szemben ledönteni. Ő leír egy növényi betegséget (melyet orosz botanikusok észleltek), a mely bizonyos hasonlatosságokat mutat a rákkal. Így megnagyobbodást találtak a káposzta torzsáján, melyről bebizonnyult, hogy az összefüggésben van egy intracelluláris élősdivel. Ezen plasmodiumok spóracsoportokat eredményeztek, a melyeknek átalakulása amoebává a növényen kívül lett észlelve; szerinte a ráknak az anyagcsereére való befolyása, nevezetesen a cachexia, ureumkiválasztás növekedése stb. mind további bizonyítékai az élődi-elmélet helyességének.

A newyorki Harvard Medical School „rák-bizottsága“ a múlt évben bocsátotta közre jelentését. Nichols 40 rosszindulatú daganatban kutatót a Ruffer-féle ráktestek után. 35 rák volt a 40 daganat között, és ezek között 17-nél megtalálta a Ruffer-testeket; 4 sarcoma, 1 pedig lymphosarcoma volt, és ezek egyikénél sem találtak meg az említett testek. Kilencz tengerinyulat és három tengerimalacot oltott be rákos szövetből vett nedvvel, de eredménytelenül. Kulturákat készített tizenhárom különféle ráksszövetből; háromban közönséges pyogen-organismusok fejlődtek ki a fertőzés eredményeképpen, a többi tíz steril maradt. San Felice és Plimmer blastomycetákból álló kulturákat kaptak, és ezekkel végeztek beoltási kísérleteket. A beoltott állatok közül egynehánynál blastomycetás fertőzés fejlődött ki csomók képződésével, azonban a kísérleti csomókból vett blastomyceták nem feleltek meg a tipikus ráktesteknek. A csomók túlbujánzott kötőszövetből és újonnan képzett edényekből állottak, azonban az emberi lénylek rákjához hasonló daganat nem képződött. Tipikus ráktestek sohasem találtak epidermoid rákban. Greenough is folytatott kutatásokat a ráktestek után. Huszonhárom emlőrák minden egyes esetében meg is találta azokat. Számosabban voltak ezek a daganatok peripheriáján és az áttételekben. Ellenben nem voltak a testek megtalálhatók olyan területekben, a melyek bár csekély elfajulás mentek keresztül. Nagyobb számúak voltak azonban lassan növvő, és kisebb számúak hirtelen növvő rákdaganatokban.

Nagyon nagy számban találtak scirrhusban és velős adenocarcinomában. Nem voltak találhatóak három epithelioma féleségnél, melyek egyike Paget-féle kór volt.

Richardson egész sorozat kultura-kísérletet végzett rákos szövettel. Aërob és anaërob tenyészetet alkalmazott, és a beoltáshoz vakarékot, daganatdarabot és nyirokmirigyekben levő áttéti góczokat vett. Huszonegy e-etet vizsgált meg, és minden esetből több tenyészetet készített, úgy az elsődleges, mint a másodlagos növedékekből, és a tenyészeteket tíz napon át vizsgálta. Egyetlen egy esetben sem tudott valamely organismust kitenyészteni, a melyet specifikus fertőző hatálynak lehetett volna tekinteni.

Voelcker bírálja Schüller-nek azon kísérleteit, a melyekkel ő állítólag a rák élősdijét felfedezte. Schüller arról azt mondja, hogy él, szaporodik, a daganatokban rendszeren megtalálható, és állatokban hasonló folyamatot indít meg, mint emberben. Voelcker egyenként taglalja e pontokat. Annak bizonyítására, hogy azok élők, Schüller azt hozza fel, hogy azok mögöttük uszkáló szemcséket megfognak, Voelcker ezt nem találta. A mi a szaporodást illeti, ennek látására Schüller szerint elegendő, hogy a tárgylemezre egy csepp lavandula-olajat csepegtessünk. Voelcker ezt sem találta, és azt mondja, hogy ha az tényleg így volna, mint Schüller leírja, akkor valóban szégyenkezniök kellene a korbúvároknak, hogy az ilyen kiáltó organismusokat fel nem fedették már évekkel ezelőtt. Schüller az élősdieket aránylag nagy aranybarna gömböknél írja le; a barna színt pigment kölesönzi. Néha légbolyagokat tartalmaznak a gömböcskék; protoplasmájuk finoman szemcsés és egy tokba van burkolva. Voelcker hajszálra követte a Schüller által az élősdiek vizsgálására leírt módot, azonban hasztalan kereste az „aranybarna“ gömböcskéket friss készítményben, kulturában és régi, spiritusban őrzött készítményekben. Egynehány eredménytelen kísérlet után ismét elolvasta Schüller leírását. Mikroszkopjának lencséjét megérintette a bergamott-olajat tartalmazó üveg dugójával, és az egész látótér azonnal fényes aranyos barna gömböcskékké telt meg. Pontosabb vizsgálat után azt találta, hogy ezek nem egyebek, mint parafafoszlányok, nem pedig parasiták.

Persze Schüller rázáfól erre, és azt mondja, hogy az ő bergamott-olajos üvegének gummi- és üvegdugasa volt, úgy hogy a parafasejtek semmiképpen sem juthattak be a praeparatumba. Voelcker kritikájának megjelenése óta a legscrupulosusabb tisztasággal készített friss praeparatumokat, és valamennyiben újra megtalálta a fényes aranyos barna gömböket, sőt distinguálni tudta az idősebb és fiatalabb élősdieket.

Az utóbbiak active vesznek részt a rákos folyamatban; ezek úgy a sejtekben, mint a sejtek között megtalálhatók, és ezeknek fejlődését, míg megnöttek, követni tudta. Hogy ezen fiatal alakok nem leucin-sejtek-e, azt szerinte az bizonyítja, hogy azok mozgásra és összehúzódásra képesek, és nem viselkednek úgy, mint a leucin, alkohol és hő jelenlétében. Végül felhívja a figyelmet a kísérleti beoltásokra és azok eredményére, a mit ő első monographiájában írt le; az előidézett változások tipikus rákos jellegűeknek találtak, a mit ő ismételtelen hangsúlyoz.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

M. Jastrowitz: *Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen.* Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1904.

Az alábbiakban ismertetésben részesülő füzetnek tartalma egy a berlini belgyógyászati társaságban tartott előadásnak képezte tárgyát. Szerzőnek nem volt szándékában a kérdéssel teljes képet nyújtani, csak egynemely dolgot óhajtott elmondani; hogy ezek többnyire ismert dolgok, az szerző szerint a dolog természetében rejlik. Talán nem egészen ismert az, hogy szerző, mások után indulva, de már több határozottsággal, a nemi vágy felébredésének magyarázatául egy toxin-szerűen működő vegyi anyag létezését veszi fel, mely erogen vagy erogog működik. Minél erőteljesebben fejlett valamely egyén és minél tartózkodóbb, annál több erogog anyag jut a véráramba. Ezen hypothesis, melynek bebizonyítása valószínűleg még jó sokáig késni fog, az állatvilágból vett példákkal támogatja (moschus, bakkecske stb.).

Az előadás további folyamán szól az érzékiség szerepéről a két nem közötti viszony kialakulásában, ismerteti a fokozott nemi ingerlékenység (hyperosia) szerepét némely rejtélyes, sőt a büntető törvénybe ütköző cselekedetnél. A fokozott nemi ingerlékenység kifejlődésének, a nemi érzés uralkodó érzéssé való emelkedésének megakadályozására a korai felvilágosítást és figyelemztetést tartja célravezetőnek és így szükségesnek.

Szerző subjectiv megfontolásból és a tapasztalatból merített értekezésének megírásánál, az így nyert eredmények értéke is tehát szűkkörű. A magyarázatok hypothetikusok voltak miatt egy későbbi kor vizsgálatai által valószínűségükből csak veszíthetnek. Mindezek dacára e kis munka, töredékes volta mellett is, ha nem is sok mély, de mindenesetre tanulmányos és gondolatkeltő eszméket tartalmaz. Az egész munka szigorúan tudományos jellegű.

Ráskai.

Victor Cnyrim: *Ethische Forderungen im Geschlechtsleben.* Frankfurt a/M. Johannes Alt. 1904.

A közegészségügyi statistika fejlődése, a kötelező munkásbiztosítások és betegpénztárak által nyert adatok, valamint a tudományos észlelési kutatások bebizonyították, mily óriási elterjedésűek a venerás megbetegedések, mily óriási az általuk létrejött kár az egyének egészségében és közvetve a nemzeti vagyóban.

A tudományos körökben már rég ismert ezen körülménynek a köztudatba való átterjedése, a nyugoti államok majdnem mindegyikében állami beavatkozást és hatalmas társadalmi mozgalmat hozott létre.

Ezen küzdelemben egyik elsőrendű követelménynek bizonyult az ifjúságnak a nemi életéről, a nemi bajokról való, minden ijesztgető túlzásoktól és burkolt célszavaktól ment felvilágosítása; ennek következtében a felvilágosító, ismeretterjesztő és népszerűsítő kisebb-nagyobb munkáknak egész legioja látott napvilágot, úgy hogy ma már jóformán túlpoducioról szólhatunk. Ezen túlermelés közepette is az előttünk fekvő füzetke nem fog az ilyen munkák javarésznének sorsában, az egy napi élettartamban részesülni.

Szerző 70 éves, hosszú életének, hosszú orvosi gyakorlatának gyümölcse az a derült életbölcselet, mely az egész munkán végig vonul, annak sajátos közvetlen jelleget kölcsönözve. Az atyai hang, melyből az ifjúság iránti végtelen szeretet sugárzik, nem fogja elmulasztani hatását azokra, kiknek e füzetke első sorban szánva van.

Ráskai.

Új könyvek. *Frey: Vorlesungen über Physiologie.* Berlin, J. Springer. — *Mermagen: Die Wasserkur. Briefe an einen jungen Freund.* Stuttgart, F. Enke. — *Schwalbe: Grundriss der praktischen Medizin.* Dritte vermehrte Auflage. Stuttgart, F. Enke. — *Schiff: Über die Entstehung und Behandlung des Plattfußes im jugendlichen Alter.* Berlin, A. Hirschwald. — *Edinger: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane.* 7. Auflage. Leipzig, C. W. Vogel. — *Minnich: Das Krampfzerrn und die Beziehungen der Schilddrüsenkrankungen zu dem Kreislauf.* Leipzig, F. Deuticke. — *Grassberger und Schattenfroh: Über die Beziehungen von Toxin und Antitoxin.* Leipzig, F. Deuticke. — *Eichhorst: Hygiene des Herzens im gesunden und kranken Zustande.* Stuttgart, Moritz. — *Bab: Die Colostrumbildung als physiologisches Analogon zu Entzündungsvorgängen.* Berlin, A. Hirschwald. — *Pilez: Lehrbuch der speciellen Psychiatrie.* Leipzig, F. Deuticke. — *Myström: Das Geschlechtsleben und seine Gesetze.* Berlin, Walther. — *Levaditi: La nutrition dans ses rapports avec l'immunité.* Paris, Masson et comp. — *De Fleury: Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux.* Paris, F. Alcan. — *G. Viau: Guide pratique et formulaire pour les maladies de la bouche et des dents.* Paris, F. R. Rudeval.



## Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

A syphilis kísérletes előidézéséről írnak *Metschnikoff* és *Roux*. Már több bűvár megpróbálta tisztán emberi betegségeket anthropoloid majmokban kísérletileg előidézni; többek között sikerült Grünbaumnak (Liverpool) simpánznál typhust, szerzőknek pedig egy nőstény simpánznál syphilitis előidézni. Az állat az oltás helyén tipikus kemény sankert kapott regionalis mirigydagánatokkal; egy hóval a kemény sanker fellépése után testének különböző részein bőrpapulák léptek fel, összesen mintegy 15, főleg a czombon, háton és hason. Újabb egy hó mulva a papulák kezdtek visszafejlődni, azonban végleg nem tűntek el az állatnak 14 hét mulva bekövetkezett haláláig sem. A halál oka általános pneumococcus-infectio volt, a mely gingivitisből indult ki. Ez a megbetegedés fogságban élő majmokban igen gyakori, s így annak syphilitikus eredete jelen esetben is kétséges. Bebizonyított, hogy ez állat syphilise nem véletlen műve volt, hanem további infectiora is képes, egy papulából vett folyadékkal oltottak egy him simpánz penisén és czombján ejtett erosiókra. 35 nappal ezután mindkét helyen kis erosio keletkezett (az oltási erosio pár nap alatt begyógyult volt), a mely erosiók pár nap alatt sankerre jellegző kinézést vettek fel és a regionalis mirigyek is megduzzadtak. 1 hó mulva a czomb sankere kezdett visszafejlődni, míg a penisé megmaradt kifejlett állapotában egészen az állat haláláig, mely az első tünetek fellépése utáni 45. napon következett be. Eletek utolsó 14 napja alatt az állat náthában szenvedett és sokat köhögött, étvágya folyton rosszabbodott, gyengült, végre meghalt a nélkül, hogy nála secundaer tünetek léptek volna fel. A sectio sem mutatott ki syphilitikus elváltozásokat. A vesék és máj zsíros elfajulása, az apró fekélyképződés a bélben inkább egy kis influenzaszzerű bacillussal történt általános infectioval volt magyarázható, a mely bacillus a szív véréből ki volt tenyészthető.

Ezekből a kísérletekből kitűnik, hogy a simpánz syphilis iránt fogékony, hogy nála a syphilitikus tünetek az emberen észlelhetőkhöz igen hasonlóak, és hogy a vírus egyik állatról a másikra átoltható. Végre kitűnik mindezekből, hogy a syphilis tanulmányozásánál anthropoloid majmokon végzett kísérletek igen hasznos szolgálatokat tehetnek. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 50. szám.)

Mihálkovic Elemér dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

„Epilepsie thyroïdienne“ elnevezéssel illeti *Bastin* azon eseteket a melyekben többé-kevésbé kifejezett golyva mellett gyakran ismétlődő epileptikus göresök jelentkeznek. A bromkalium ezekben az esetekben hatástalannak bizonyult, jodothyrin használatára ellenben (0.5—1.0 gramm pro die) tetemes javulás állott be, sőt némely esetben a göresök teljesen elmaradtak. (Journal médical de Bruxelles, 1903. 35. szám.)

Dormiollal 60 betegen kísérletezett *Wild*. Negatív eredményt csak 18.9%-ban észlelt. Kellemetlen mellékhatások (fejfájás, szédülés, fülzúgás, nyomasztó álm, hányás, hasfájás, diarrhoea) körülbelül 15%-ban mutatkoztak, de nagyon csekély mérvűek voltak. Megemlítésre méltó, hogy az emésztőszervek részéről gyakrabban mutatkoztak mellékhatások az oldat, mint a capsulák használata után. A szer hosszabb időn át is használható minden káros következmény nélkül; megszokásától sem kell tartani. Egyes esetekben, a melyekben használata hatástalan maradt, a trional sem vezetett eredményre. Tekintve azt, hogy szerző beteganyaga (főleg traumás neurosisok) olyan volt, a melynél az álmatlanság nagyon makacs szokott lenni, a dormiollal elért eredmények nagyon jóknak mondhatók. Az adag 0.5—2.25 gramm között ingadozott. (Deutsche Praxis, 1903. 21. szám.)

## Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1904. 2. füzet. *Korányi Sándor*: Az ingervezetés zavarából eredő periodosus szív működéséről emberben. *Alexander Béla*: A kéztőcsontok mozgásairól kézmozgások közben X-sugaras képek alapján. *Vámosy Zoltán*: A máj mérgegvisszatartó képességéről.

Gyógyászat, 1904. 19. szám. *Szalárdi Mór*: Tetanus neonatorum gyógyult esete. *Eröss Gyula*: A scarlatináról. *Barabás József*: Adatok a scrophulosis statistikájához.

Orvosok lapja, 1904. 18. szám. *Szabóky János*: Gleichenberg és a tuberculosis. *Léval Ödön*: A Balaton szerepe a gyermekvédelemben.

Budapesti orvosi újság, 1904. 18. szám. *Bókay János*: A tenger-melléki hospice-ek a gümőkór elleni küzdelemben. *Plesch János*: A rajeczfürdői hévíz radioaktivitása. *Fleischmann László*: Otogen septicaemia és pyaemia esetei. *Szenes Zsigmond*: Epithelioma miatt végzett teljes fülkagylóeltávolítás.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 18. szám. *Koschier*: A gégerák operatív kezelése. *Kienböck*: Angina pectoris hysterica. Radioscopia. Tetanus cordis. *Siegel*: Hydrothorax e vacuo. *Bezdek*: Tonsilla pendula esete.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 19. szám. *Goldzieher*: A Röntgen-sugarak hatása a trachomás infiltratorra. *Bejkowsky*: Az a

carotis interna aneurysmája okozta oculomotorius-hüdes és hirtelen halál. *Stolper*: Dysmenorrhoea. *Ehrlich*: Mastitis lactantium. *Schmeichler*: Szembajok simulatioja. *Presslich*: Adat a kérődzés ismeretéhez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 19. szám. *Bonhoff*: Újabb vizsgálatok a formaldehydésinfectio terén. *Krause*: Gonococcus okozta sepsis két esete. *Kyes*: Cobra-méreg és antitoxin. *Sehrt*: A mumia-izom fermenthatása. *Heine*: A térdkalács veleszületett hiánya. *Hueppe*: Fertőző betegségek megelőzése az iskolában.

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 15. szám. *Manz*: Osteoplastikus symphysis-resectiók. *Weischer*: Adat a veleszületett csipőizületficzomodás kezeléséhez. 16. szám. *Gessner*: A tüdőgümőkór kezelése jodoform-glycerin intrapulmonaris befecskendezéssel.

Archiv für klinische Chirurgie, 72. kötet, 3. füzet. *Bogoljuboff*: Anastomosisképzés az elvezető ondóutakon. *Boekenheimer*: A n. facialis viszonya a sebészethez. *Englisch*: Betokolt kövek a húgycsőben. *Zaudy*: Történeti adatok a hadi sebészethez. *Eckhorn*: Volvulus és bélelzáródás mozgó coeco-colon ascendens mellett. *Ranzi és Sultan*: Az uranoplastica végső eredményei. *Haberer*: Lateralis entero-anastomosisok. *Suter*: Új invarrat. *Grohé*: A rugalmas rostok esontogeneratiójáról. *Bakes*: Az omentum mechanikai helyzetváltozása Trendelenburg-féle positióban.

Therapie der Gegenwart, 1904. 4. füzet. *Fischer és Mering*: Veronal. *Winternitz*: A respiratorius anyagcsere idült tüdőgümőkórban. *Doebert*: Tapasztalatok digitális-dialysatumokkal. *Loebel*: Collargol használata klymsa alakjában. *Schuster*: Subcutan jodipin-injectiók csúszó izületlő ellen. *Stembo*: Az állandó áramnak a kiköpést elősegítő hatása. *Caro*: A kemény sanker gyógyítása. *Lipmann*: Hepatitis parenchymatosa acuta gyógyítása higanyval. *Clemm*: Az enteroptosis kezelése ragtapasz-kötésekkel. *Fränkel*: Új oxygen-chloroform-készülék. *Loewenmeyer*, *Hackl*: Theocin.

Centralblatt für innere Medicin, 1904. 17. szám. *Jundell*: Megjegyzések a tüdőcsúcsok kopogtatását illetőleg.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 5. kötet, 5. füzet. *J. O. Cobb*: A gümőkóros folyamat kedvező helye a tüdőben. *Permin*: Gümőkóros exanthema-e az erythema pernio? *Elkan*: Tüdőbetegek foglalkoztatása sanatoriumokban. *Pezold*: Adatok a gümőkór és a sanatoriumok kérdéséhez. *J. Ostefeld*: A szájbau vagy a végbélben határozott meg a hőmérséklet?

Therapeutische Monatshefte, 1904. 3. füzet. *Rosenbach*: A tabes keletkezésének kérdése. *Friedmann*: Immunizálás gümőkór ellen. *Liebreich*: Möller immunizáló kísérletei gümőkór ellen. *Loebel*: A lápfürdők hatása. *Hombberger*: Lázás betegségek kezelése. *Clemm*: Tápszerek hygienés eltartása. *Ehrmann*: Persan. *Geyer*: Hydronephrosis gyógyult esete. *Loewenheim*: Fucol, a csukamájolaj pótszere.

Neurologisches Centralblatt, 1904. 7. szám. *Weygandt*: A Virchow-féle cretin-theoria. *Stembo*: Tabeses lanczináló fájdalmak megszüntetése antiribikus velőinjectionokkal. *Kollarits*: A tabeses arthropathia és esontmegbetegedés ismeretéhez.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904. márczius. *Pfersdorff*: Intestinalis téveszmék manias-depressiv elmezavarban. *Nissl*: Megjegyzések az elmebajok csoportosítását illetőleg. *Abraham*: Kísérletek veronallal paralytikusak izgalmi állapotaiban. *Bechterew*: Gyógygymnastikai kezelés fürdőben.

La semaine médicale, 1904. 19. szám. *Bard*: Az opticus, acusticus és vestibularis chiasmák; a látás, hallás és egyensúly központjainak functionális egyformasága.

Le progrès médical, 1904. 18. szám. *Mocquot*: A csecsemők számára való rendelőintézetek organizálása a vidéken. *Montali*: A tüdőgümőkór kezelése Marmorek-féle serummal.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet, 13. és 14. füzet. *Régnauld*: Orvostörténeti adatok. *Hirtz*: Alkoholos májcirrhosis kezelése disznómájjal. *Pawinski*: Apocynum cannabinum mint cardiacum és diureticum. *Rochard*: Klinikai problémák. *Cabanis*: Orvostörténeti adatok. *Dalché*: Resorcín okozta mérgezés. *Delherm*: A szokványos székrekedés és a colitis muco-membranacea kezelése elektromossággal.

Archives générales de médecine, 1904. 14. és 15. szám. *Devic és Charvet*: Anormális diastolikus zörejek aorta-insufficienciában. *Dambrin*: Laparocèle műtett esete. *Armand és Sarvonat*: Aërophagia. *Delage*: Hydrosalpinx. *Boinet*: Az aorta extrathoracikus aneurysmájának két esete.

Archives de neurologie, 1904. április. *Raymond*: A rák localisatioi a periferiás idegrendszerben. *Merklen és Guiard*: Aran-Duchenne-típusú ólomhüdes.

The lancet, 1904. I. 18. szám. *G. Oliver*: A szövetnyirk kerin-gése. *D. Lloyd Roberts*: Orvosi ethika. *S. Snell*: Szemmegerőltetés okozta fejfájás és neurosisok. *Langenhagen*: A colitis muco-membranacea kezelése. *B. G. A. Moynihan*: Az epehólyag eltávolítása. *A. W. Fuller*: A gyermekkori köhögés okai. *Cuthbert S. Wallace és H. J. Marriage*: A VIII. ideg koponyán belüli átmetszése tinnitus megszüntetésére. *E. S. Younge*: Módszer intralaryngealis műtétek demonstrálására.

*Kenneth Scott*: A bulbaris conjunctiva fibromyómája. *T. Morrel Thomas* és *B. G. Fiddian*: A femur spontán fracturája. *E. Liddon*: A zsigerek transpositiojának esete. *E. Clarke* és *C. O. Hawthorne*: Neuritis optica, szemhűdés és a térdreflex hiánya chlorosis esetében. *J. Delpratt Harris*: Intracranialis haematoma esete. *R. T. Edwards*: Szokatlan kulesonttörés.

**British medical journal**, 1904. április 16. *G. E. Herman*: A terhes méh retroversiojának kezelése. *A. E. Hind*: Méhenkívüli terhesség. *A. B. Ross*: A szülés alatt keletkezett koponyahorpadás kezelése. *G. Lovell Gulland*: Glykogen-reactio a vérben. *Ch. Murray*: Adatok a fehérjekimutatáshoz a vizeletben. *J. Odery Symes* és *Th. Fisher*: A gümőkóros fertőzés elsődleges székhelye. *J. Stewart*: Elsődleges rosszindulatú pankreasdaganat két esete. *E. Stanmore Bishop*: Némely szokatlan viszony az epehólyag-sebészetben. *W. Rossell Judd*: Encephalopathia saturnina. *A. Maxwell Adams*: Trypanosomiasis és álomkór. *W. H. Burke*: Kizárt lágyéksérv műtett esete. *Donald Armour*: Idegen test miatt végzett gastrotomia.

**New-York and Philadelphia medical journal**, 1904. 12—14. szám. *D. H. Craig*: A méhkürettetés veszélyessége. *J. F. Erdmann*: Appendicitis a gyermekkorban. *L. E. Holmes*: Postoperatív pneumonia. *W. Scott Renner*: Tertiaer orr- és torok-syphilis. *J. N. Weller*: A paraphimosis kezelése. *R. L. Dickinson*: Cervix-laceratio. *P. W. Nathan*: Cerebralis diplegia esete pseudohypertrophiával. *A. W. Herzog*: Az ibolya-sugarak hatása nebulákra. *R. W. Johnson*: Lövés okozta hasfűri sérülés laparotomia útján sikerrel kezelt öt esete. *P. Bartholow*: Fahéj-savas natrium használata ataxia locomotrix eseteiben. *L. G. Cole*: Tévédések röntgenezéskor. *E. Payne Palmer*: Normalis sóldat klinikai használata. *Ch. A. Elsborg*: Az epehólyag sebési kezelésének javalatai. *C. C. Hersman*: A typhus befolyása az idegrendszerre.

## Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. május 13.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 17. hetében (1904. április 24-dikétől április 30-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszülte 484 gyermek, elhalt 285 egyén, a születések tehát 199-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.2, az egy éven felüli lakosságnál: 19.9, az öt éven felüli lakosságnál: 16.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykéreg 6, gümös agykéreg 7, agygyuta 6, rángörös 5, terjedő hűdés 8, bätgerinczorvadás 0, szivbaj 11, hörglob 0, tüdőlob 8, hurutos tüdőlob 24, mellhártyalob 4, tüdővész 73, tüdőleégdág 3, bélhurut 7, májbajok 0, hashártyalob 2, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 20, gyermekaszály 1, aggaszály 13, rák 5, méhrák 3, egyéb alképlet 6, gümös bajok 4, kanyaró 1, vörheny 7, álh. gégelob 3, roncóló toroklob 8, hőkhurut 2, gyermekági láz 4, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 1, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 1, baleset 9, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3431 beteg, szaporodás 854, esökkenés 931, maradt e hét végén 3286 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi április 24-dikétől április 30-dikáig terjedő 17. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 107 (117), vörheny 77 (78), álh. gége- és roncóló toroklob 33 (30), hőkhurut 35 (27), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 2 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 16 (18), vérhas 0 (0), orbáncz 27 (20), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömírigylob 0 (5), trachoma 0 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ **Egyetemi hírek.** A Bene-féle utaztató ösztöndíjat a tanártestület *Vámosy Zoltán* egyetemi magántanárnak, a gyógyszer-tani intézet adjunctusának ítélte oda. A Balogh-féle millenárius alapítvány kamataival jutalmazandó pályamunka megírásával *Fenyvessy Béla* dr. assistens volt megbízva. Pályamunkáját most benyújtja, a bíráló bizottság megítélte neki a díj kiadását. *Kéty László* dr. magántanári folyamodványát a tanártestület bíráló bizottsága elfogadva, öt tudományos munkálkodása alapján a szóbeli colloquium alól felmentette és egyenesen a próbaelöladás megtartására boesátotta.

× **Az egyetem újjáalakításának évfordulóján rendezett ünnepen** a következő orvosnövendékek nyertek pályadíjat. Az élettani pályadíjat *Tezner Ernő* IV. éves, a gyógyszer-tani *Mansfeld Géza* IV. éves, a két kórszövettani díjat *Horváth Mihály* IV. éves és *Pfeffer Ernő* IV. éves, a pályabonczolat első díjat *Weinstein Ilona* V. éves, a két második díjat *Barla Szabó József* és *Vadas Vilmos* III. éves orvosnövendékek nyerték el. A Schopper-féle szorgalmi díjat a tanártestület *Potucsek Ernő* I. éves oth.-nak ítélte oda.

+ **A „Budapesti Orvosi Kör”** 1897-diki évi közgyűlésének határozata értelmében évenként néhány hazai fürdőt látogat meg testületileg, hogy személyes tapasztalatok útján szerezzünk magunknak meggyőződést fürdőink berendezéséről és hygienikus viszonyairól. Az ezidei balneológiai tanulmányút a Dunántúlra rendezik s megtekintésre kitérték Balf, Tarsa, Hévíz fürdőket és a Balatont. A június 17-dikétől június 22-dikéig, tehát öt napot igénybe vevő út költsége a különhajt

és étkezésre napi 8 koronát számítva, 80—85 koronát tesz ki. Jelentkezni június 1-ig *Hainiss Géza* dr. egyet. m. tanár úrnál (VIII., József-körút 34. sz.) lehet, ki bővebb felvilágosítással is szolgál.

× **A budapesti orvosok szövetségének** egyleti albizottsága 1904. május hó 5-dikén *Klein Fülöp* dr. elnöklété mellett ülést tartott, melyen *Eisler* dr. főtitkár jelentette, hogy az ultimátumot 60 nagyobb egyletnek május hó 1-jén megküldötte. A 80 hiányzó reversalis beszerzésére külön eljárást határoztak el.

△ **A bécsi új élettani intézetet** május 2-dikán nyitották meg a kultusminister jelenlétében. Az új épület annak helyén épült, a melyikben annak idején Brücke tanított.

< **Fürdőorvosok.** *Hintz Henrik* dr., Sáros megye tb. főorvosa stb. fürdőorvosi működését Bártfán újra megkezdte. — *Tausz Béla* dr. Lipikén folytat fürdőorvosi működést.

— **Az országos közegészségi tanács** folyó hó 11-dikén tartott ülésében egy kórházi ápolási költségeinek vitás kérdésében, egy állítólag fogamzást gátló szert illetőleg, Weisz Ede dr. a fertőző betegségek korlátozására vonatkozó indítványára mozdított véleményt, javaslatot tett a marosvásárhelyi kórház egyik főorvosi állásának betöltésére, végül pedig 27 gyógyszerésznek kérvényét véleményezte többrendbeli gyógyszerkülönlegességek forgalomba hozhatására.

> **A nemzetközi tuberculosis-conferentia**, melyen Behring, Leyden és Brouardel is meg fognak jelenni, május 25-dikén nyílik meg Kopenhágában.

— **A szabadkai önkéntes mentőegyesület** áprilisban 89, ez évben 322, az egyesület fennállása óta pedig 4848 esetben működött.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** 1904. április havában összesen 1202 esetben működött, évi folyószám 4709, egyetemess folyószám 163,336.

× **Megjelent** *Fodor Oszkár* dr.: Fürdők és nyaralóhelyek. VIII. évfolyam. Kiadta: Dunántúli közművelődési egyesület. Budapest. Athenaeum. 1904. — *Modor-Harmonia* klimatikus üdülőhely és nyaralótelep prospectusa. — *Kovács Aladár* dr.: Az orvosi első segélynyújtás rövid váza. Budapest, 1904. Kapható a mentőegyesületben.

† **Elhunytak** *Daclaux Emil*, Pasteur utódja a párisi Pasteur-intézetben. *His*, a lipcei egyetemen a boncztan tanára. *Bikfalvi Bikfalvy Károly* dr. nyug. bányafőorvos 48 éves korában Maros-Ujvárt. *Greilinger Lajos* dr. Sopron városának rendőrorvosa.

— **Nenádovics Lázár** dr. folytatja praxisát Franzensbadban. (Villa Klein.)

„**Fasor**” (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

„**Fasor**” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vizgyógyintézet. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Allandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.



**Szt. Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uzodák. Olesó és gondos ellátás. Csúsz. köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt. Lukácsfürdő Igazgatóságára Budán.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium küllön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, színeurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: **Rék Béla** dr.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet**  
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyenyésítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógy mód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület, (XVII. rendes tudományos ülés 1904. évi május hó 7-dikén.) 309. l. — Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (111. ülés 1904. márczius 15-dikén.) 312. l. — Magyar Balneológiai congressus. (II. ülés 1904. április 18-dikén.) 312. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1904. május 7-dikén.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ilyés Géza.

## Kétoldali torsiós ovariális dermoideysta. Laparotomia.

**Pfeifer Gyula:** A 32 éves, 11 év óta férj nélküli asszony mensesét 14 éves korában kapta meg, mely azóta, négy graviditástól eltekintve, rendes időben és rendes tartammal jelentkezett.

Utolsó havi baja 1904. márczius 30-dikán. IVP. IP. 10 év előtt, IIP. nyolcz év előtt, IIIIP. abortus a harmadik hóban, IVP. három év előtt. Szülések és gyermekágyak rendesek.

Beteg előadja, hogy hat év óta alhasában fájdalmakat érez, melyek egy fél év előtti tűrhetőek voltak. Ugyanezen (hat év) idő óta menses is rendetlenül nyolcz nappal előbb jelentkezett és nyolcz napig tartott. Egy fél év előtt a fájdalmak minden kideríthető ok nélkül hevesebbé lettek és egyidejűleg észrevette, hogy alhasában a symphysis felett tojás nagyságú daganat foglal helyet. Fájdalmak jelentkezésekor gyakori vizezési inger. Széke szerelésre. Status praesens. Vulva nyálkahártyája halvány, macula nincs, urethrából váladék nem nyomható. Vagina tág. Portio balra helyezett. Méhszáj harántres apró berepedésekkel. Méhtest sinistroponált, anteflektált, rendes nagyságú, nem érzékeny. In toto bal felé és a kis medence hátsó bal quadransába helyezi egy a symphysis mögött és a méh előtt a medián vonalban helyet foglaló, két férfőköllyi sima felületű mérsékelt elasztikus, nyomásra kevésbé érzékeny, kevésbé mozgatható tumor, melynek felső polusa a symphysis felső szélét négy harántujnyira haladja meg. A jobboldali parametriumban férfőköllyi, egyenetlen felületű, nyomásra nem érzékeny tumor foglal helyet, melynek egy részlete a Douglasba nyúlik be. Baloldali parametrium megrövidült.

A diagnoszt némi valószínűséggel *cystoma ovarii lat. sin. dermoides, tumor adnex. lat. dextra* állapította meg.

Laparotomiát április 12-dikán chloroformnarcosisban Trendelenburg-fekvésben végezte. Hasmetszés a linea albán a symphysis felett négy harántujnyira nyolcz cm. hosszúságban. A peritoneum megnyitása után előtűnik a sötét barnavörös, feszes falú tumor, melynek tömöttebb consistentiája és mozgathatóságának korlátozott volta a kigördítést nem engedték. A hasseb meghosszabbítása után kitűnik, hogy a vékony belekkel több helyen laza és feszes adhaesio köti össze a daganatot, melyeket sikerül ujjal való simogatás által tompán megoldani. A daganat kigördítése után kiderül, a mit a sötétbarna-vörös elszínezéséből már eleve is következtethettek, hogy a kocsány torsiót szenvedett  $3\frac{1}{2}$ -szer, még pedig Küstner elmélete szerint balról jobbra. A csavarodás feloldása után a kocsányt Richelot-k között ollóval átmetszi és vastag selyem csomós varrattal ellátja, ügyelve, hogy minden terület az öltésbe kerüljön. Végül a csontot vékony selyem-szűcsvarrat segítségével peritoneummal borítja. Az edényekre izolált alakításokat nem alkalmazott. A méh rendes nagyságú, a daganat mögött és tőle balra foglal helyet. A csont elsüllyesztése után a jobboldali ovariumért nyúl be. A férfőköllyi daganattá átalakult jobboldali ovarium egy diónagyságú részlete a Douglasba nyúlik le és laza adhaesiókkal rögzített, melynek megoldása után a férfőköllyi tumort kihozza. A kocsány  $1\frac{1}{2}$ -szeres csavarodást szenvedett jobbról balra. A kocsány visszacsavarása után a daganatot lemetszi, a csontot peritoneummal borítja. Vérédényekre biztosító alakításokat ezen az oldalon sem tett.

Toilette után a hasfal sebét áthatoló és felületet silkvorm-guttal egyesíti. A műtét tartamát az adhaesiók feloldása kissé megnyújtotta, de azért az  $1\frac{1}{2}$  órai narkosist a különben vézna beteg jól tűrte.

A lefolyás egészen sima volt. Maximális temperatura a második napon 37.5.

A varratokat a has sebéből a 10-dik napon távolította el. Hasseb prima intentione gyógyult.

Mint felette érdekes jelenséget emliti meg, hogy mindkét oldali daganata már megvolt, mikor a beteg három évvel ezelőtt utójára szült. Hogy kétoldali dermoidnál nem kell sterilitásnak fennállni, azt Gebhard vizsgálatai is bizonyítják, a ki functióképes részletet talált a kocsány közelében.

A bemutatott eset nálunk az első, a hol a kétoldali dermoid-cysta mindegyike kocsánycsavarodást szenvedett. A külföldi irodalomban öt eset van leírva, tehát szólvó esete az egész irodalomban a hatodik. Esete érdekességét a kétoldali torsió kivül az a körülmény növeli, hogy az anamnesisban a torsió keletkezésének és fennállásának nyomait absolute nem találjuk.

A kocsánycsavarodás kórisméje csak acut esetben könnyű. Esetében a torsió lassan, minden alarmirozó tünet nélkül, észrevétlenül fejlődött. A beteg soha fekvő beteg nem volt és peritonitis tünetei: láz, fájdalom, meteorismus, hányás, csuklás nála absolute nem voltak. Hat hónap óta tartó fájdalmi is többnyire hajoláskor, nyújtózkodásnál

és a hasprés erősebb igénybe vételét feltételező mozgásoknál jelentkeztek és csak a legutolsó hetekben voltak kisebb fokú spontán fellépő fájdalmi, melyek miatt azonban csak néha kellett az ágyat őriznie.

A kocsánycsavarodás prognosisa általában véve súlyos. Kora műtett esetek jó eredményt mutatnak, Aronson 80-70%-ban látott halálozást műtét nélkül, míg műtét után csak 16-9%-ban, mikor is a bél részéről áttérjedő infectio, vagy a kocsányban képződött kiterjedt thrombus szerepelnek.

A dermoideysták általában véve igen nagy hajlandóságot mutatnak a kocsánycsavarodásra. Stoner 248 torsiós daganat közül 43 dermoidot talált (17.5%), míg dermoid az ovariális daganatok 5%-át teszi ki.

**Tóth István:** Arra vonatkozólag, hogy kétoldali dermoideysta mellett sterilitas nem állott fenn, érdekes példákat látunk. Egész sorát operáltak a kétoldali csavarodott dermoideystáknak, melyek mellett ptoovarumok voltak. Egy esetükben dermoideysta falában is maradt tüsző, melyből terhesség származhatik.

A torsióknak tapasztalatai szerint nem olyan rossz a prognosisa, hogy a nem operált betegek 80%-a, az operáltaknak 20%-a pusztulna el. Ez túlzott állítás, mert peritonitis mellett sem kedvezőtlen a műtét prognosisa, legfeljebb az összenövések miatt nagyobb technikai akadályokat kell leküzdeni.

**Pfeifer Gyula.** Az adatokat a Martin könyvéből merítette, a melyben Aronson nem operált esetekre nézve 80-70%, az operáltakra nézve pedig 16-9% mortalitást mutat ki. A dermoideystáknál a belek részéről történő infectio vagy pedig thrombus is szerepelhet halál-okul.

## Tömeges saválló bacillus egy sajátos bőrbántalomnál.

**Róna Sámuel:** H. I., 34 éves, nős loápoló és szemeteskoscsis 1903. december 14-dikén jött először az osztályra. Anyja állítólag tüdővészben halt el. Ő maga egy gyermekkori bélhurutot és tíz év óta időnként rövid időre jelentkező köhögéssel leszámítva, mindig egészséges volt. Vért sohasem köpött. Négy év óta kocsis. Jelen baja bejövetele előtt öt hóval hirtelen kezdődött és pedig az alsó ajkán és állán gombostűfejnyi, kissé fájdalmas, csoportos pattanásokkal és hólyagocskákkal, melyek e helyeken mintegy ötkoronányi területet foglaltak el. Ettől fogva lassanként, mintegy három hó alatt a kiütések a szőrös részeit is lefoglalták. Ezek nagyobbodtak, fájdalmas csomókká nőttek, majd leterjedtek a nyakra is és körülbelül hat héttel a bejövetele előtt a köztakaró legnagyobb részén keletkeztek elszórtan apró pattanások, melyek ismét csakhamar nagyobb, fájdalmas és genyet őrítő csomókká nőttek. A mióta ezen bőrbaja van, erősen megfogyott, de állítólag lázas és étvágytalan nem volt. Az utóbbi időben éjjelenként izzadt és köhögött is, de köpetet nem őrített.

Status praesens 1903. december 24-dikén. Az arczban számos borsónyi heg, továbbá a folliculusok körül elhelyezett, részint gombostűfejnyi, hyperaemiás, mérsékelt tömött, gubos infiltrátumok, részint nagyobb, egész mogyorónyi gyuladással csomók láthatók, melyek vagy apró pustulákat hordanak közepükön, vagy egy kis töleszerű nyílással bírnak, melyből nyomásra sárgás zöldes geny ürül ki. E csomók, különösen az alsó ajk bőrén conflálva, nagyobb, a bőr niveauja fölé emelkedő, dudorzosat, barnás, hyperaemiás infiltrátumokat képeznek, melyek számos varral fedetnek és melyekből nyomásra több nyilásból egyszerre geny ürül. A nyak bőrén, különösen elül, babnyi, egész kis diónyi, barnás, hyperaemiás, gömbszerűen kiemelkedő, pettyhűdt, a cutisban és subcutisban ülő és mérsékelt hámlo csomók láthatók. Az egész köztakarón, minden rendszer nélkül, folliculitisek, perifolliculitisek, borsónyi, babnyi, egész kis diónyi, a cutisban és subcutisban ülő csomók, melyekből nyomásra kis nyilásokon geny ürül. A bal vállon egy körülbelül gyermektenyérenyi, barna-vörös egész kékes-vörös, diffus infiltrátum, melynek közepén beszáradt, varas felrakódás látható, míg szélein borsónyi, koszorúalakban elhelyezett csomók foglalnak helyet, melyekből ép úgy, mint a centrális részből, a var eltávolítása után nyomásra öntözöserűen, számos nyilásból, bűzös geny ürül.

A nyálkahártya, speciell az orrüregé is, ép. A mellkasi szervek elváltozást nem tüntetnek fel. Láztalan állapot, étvágy, szék rendes.

Ezen esetben tehát kezdetben az exogen staphylococcus-infectio klinikai képe dominált, s azért a folliculitis, perifolliculitis, furunculosis és cirumscript phlegmone kórismét állítá fel és csak midőn a bal vállon levő diffusabb infiltrátum növekedett a beteg foglalkozására tekintettel gondolt malleusra is, de úgy a genynek mikroszkopos vizsgálata, mint a tenyésztési kísérletek csak staphylococcusokat és streptococcusokat mutattak. Ezért, továbbá mert a Burow-oldattal eszközölt párákötések alatt a laesiók rohamosan gyógyultak és a beteg kikívánczolt, a további vizsgálatokat abbahagyta és a beteget december 29-dikén kibocsátotta.

Folyó évi márczius 6-dikán újra felvettette magát. Kibocsátása óta a bal lapocza felett egy nagyobb és elszórtan az egész bőrön, főleg a végtagokon számos apró, az előbbiekhöz hasonló göcs támadt. A beteg ismét tetemesen anaemiás lett és lefogyott. A ma rajta látható

borsónyi, mogorónyi genyedő esomók, diónyi nagyságú diffusabb és számos nyílásból genyedő subcutan góczok, számszerint körülbelül 40–50, részben második bejövetele óta növekedtek, részben frissen keletkeztek. Egyesek azonban azóta is gyógyultak. A beteg jelen kórházi tartózkodása alatt többszörösen febrilis vagy subfebrilis volt, különösen a subcutan góczok terjedésekor. Néhány nap előtt profus hasmenésben is szenvedett. A nyálkahártya most sem mutat elváltozást. Tehát lassanként úgy alakult ki a klinikai kép, hogy a szétszórt, apró, genyedő laesiók nagy része hegesedéssel gyógyult, de egy részük a peripheriába is terjedt; egy részük pedig mélyen a subcutisba is, mindenütt genyedéses nekrosis képében és ezen átalakulással nagyban hasonlított az 1898 óta általa már három ízben észlelt kóresethez, mely a francziák által mint igen ritka kóralak perifolliculitis suppurativa conglomerata klinikai fogalom alatt iratott le, de a melynek aetiologiája és pathogenesise absolute ismeretlen. Megannyi esetet lefotografáltatta — a photogramokat bemutatja —; bakteriologicus és histologicus is, úgy a hogy, feldolgozta megannyit azon eredménnyel, hogy minden esetben staphylococcus tenyésztett ki, a histologiai kép granulomaszövettel vegyest genyes nekrosist tüntetett fel. Sem az egyes autorok által supponált trichophyton, sem a tuberculosis-bacillust nem tudta kimutatni. Különösen az utóbbira ismételt kutatott, mert minden esetben nagyszámú óriássejtekre akadt, de hasztalanul. Egy esetben tuberculinoltást is végzett, de negatív eredménnyel. Kiemeli még, hogy az első beteg vidéki, állatok körül foglalatokodó napszámos, a második bérkocsis, a harmadik béres volt és így megannyi esetben malleusra és actinomycesra is kutatott, szintén negatív eredménnyel. Kiemeli továbbá, hogy megannyi tisztán antiseptikus kezelésre teljesen gyógyultan távozott az osztályról. Ezen perifolliculitisek úgynevezett phlegmones typusára emlékeztetett a jelen eset is. Ezen eset bejövételénél, a midőn a phlegmones jelenségek léptek mindinkább előtérbe, nagy felelőssége terhe alatt újra meg újra aggodalommal töltötte el azon gondolat, hogy malleussal áll szemben és ezen okból heteken át elkülönítette a beteget. És újból, meg újból kutatott a malleus-bacillus után a váladékban, a kimetszett szövetben, majd Feldmann kórbontani tanársegéd útján burgonyára oltással, kan tengerimalacra oltással, absolut negatív eredménnyel.

Tekintve a régi eseteknek tuberculosisra negatív eredményét, tekintve a folyamatnak sajátos, minden eddig ismert börtuberculosis alaktól elütő kezdetét és lefolyását, tuberculosisra csak kelletlenül legutóbbára vizsgáltak. És ime, mindjárt az első vizsgálatra a genyben, mely egy különálló subcutan genyedő góczból vétetett, elszórtan, de elég számban Gabettel typosus tuberculosis-bacillustól meg nem különböztethető saválló bacillusra akadtak. Ettől kezdve a vizsgálatnak egész láncolata indult meg. A kezdeti perifollicularis vagy cutan góczokból eddig sohasem kapott bacillust, csak a mélyebbekből. De ezekből a folyamat előrehaladtával, terjedésével arányosan néha óriási tömegekben. A bacillusok egyenként, rajokban, vagy láncokban, vagy tömegekbe verődve mutatkoztak és eléggé alkoholállóknak bizonyultak. A kimetszett kezdeti laesiók histologiai vizsgálata genyedéses nekrosissal vegyest granuloma-szövetet mutatott számos óriássejttel és óvatos elszintelenítésnél saválló bacillusokat is.

Tudjuk, hogy még rövid idő előtt nem haboztunk hasonló bakteriologiai és histologiai leletre támaszkodva a tuberculosis kórismétjét kimondani. Ma azonban ezt tennünk már nem szabad. A klinikai kép nem felel meg tuberculosisnak, a saválló bacillusok és óriássejtek leletét pedig nem tarthatjuk ma már elegendőnek a tuberculosis kimondására, a mióta tudjuk, hogy saválló, de nem tuberculosis-bacillusok az emberi és állati szervezetben előfordulnak, sőt hasonló helyi szöveti elváltozásokat is okoznak. Ezt illetőleg csak utal *Zimmermann* kartársnak most esztendeje itt tartott kiváló előadására, az ezen előadáshoz fűződött *discussio* *Preis* és *Anjeszky* kartársak részéről és az utóbbinak a saválló bacillusokról a múlt évben írt monographiájára. Tehát a kérdés továbbkutatásánál okvetlenül szükséges volt a tenyésztési kísérletekre és állatoltásokra appellálni. E célból egyrészt megfigyelték a már a malleus gyanújából általuk oltott tengerimalacokat és az eddigi különböző talajokra végzett oltásokat, másrészt az állami bakteriologiai intézet közbejöttével újabb tenyésztési és állatkísérleteket végeztek. Az utóbbi részéről ugyanis *Anjeszky* m. tanár volt szíves a controlvizsgálatokra ajánlkozni. Egyben arról is ismételt vizsgálatokkal meggyőződést szerzett magának, hogy nem csak a bőrön véletlenül volt-e jelen *Mist*- vagy *Gras*-bacillus, vagy más saprophyta saválló bacillus?

E vizsgálatok eredménye eddig a következő: 1. A szóban forgó bacillusok a genyedő folyamaton fészkelnek, a genyvel jutnak kifelé. A beteg góczoktól mentes területeken, a lábujjak közti pizsokban, de még mint fönt említé, a kezdetleges, felületen genyedéseknél is a bacillusoknak nyomát nem találta.

2. Az összes beoltott talajokon csak staphylococcusok és streptococcusok tenyészttek, bacillusok nem.

3. A *Feldmann* által beoltott 4 hím tengerimalac 5 és 6 héttel az oltás után leéltve, absolute egészségesnek mutatkozott.

Negatív eredménnyel végződtek eddig a bacillusokat illetőleg *Anjeszky* kartárs állatkísérletei is. Ezenkívül még a következő vizsgálatokat végezték:

1. Egy kári venából 10 nap előtt sterilen pravaznyi vért vettek és ebből oltottak *Feldmann*-nal különböző talajokra eddig a bacillusokat illetőleg negatív eredménnyel.

2. E vért mikroszkopice is negatív eredménnyel vizsgálták.

3. A tályogokból kellő cautelával kivett genyvel 7 nap előtt a beteg magán végzett oltásokat, negatív eredménnyel. Tuberculinoltást eddig nem végzett, mert a beteg időnként lázas vagy subfebrilis

volt. De különben is *Zupnik* (1902) vizsgálatai szerint a tuberculin-reactio csak csoportreactio volna és teljes biztonsággal nem szólna tuberculosis mellett. A vizsgálatokat folytatni fogják és hiszi, hogy valamely positiv eredményhez fognak jutni. Az okok, a miért a beteget már most bemutatja, a következők:

a) A már egymagában is rendkívül érdekes, ritka kóralak, ha aetiologiája nines is tisztába hozva.

b) Nem ismer olyan börtuberculosist, még tuberculosisat sem, melynél a saválló bacillusok ilyen nagy tömegei volna jelen.

c) Ha a további kutatások folyamán, a mi nem valószínű, mégis egy sajátos börtuberculosis fennforgása derülne ki, úgy rendkívül fontos a bemutatott eset a tekintetben, hogy dacára a tömeges bakteriumnak, az első kísérletek alkalmával azt sem kitenyészteti, sem a tuberculosis iránt érzékeny állatra átoltani, még arra hivatott szakembereknek sem sikerült.

d) Ha pedig, a mi valószínűbb, nem fognak a további vizsgálatok sem tuberculosis mellett bizonyítani, úgy meg azért rendkívül fontos ezen eset, mert demonstrálná, hogy a tuberculosis-bacillusok morphologicus és biochemicus hasonló bacillusoknak és egy a gümőkóroséhoz hasonló szövetelváltozásnak jelenléte mai tudásunk szerint még nem elegendő bizonyíték tuberculosis jelenlétének felvételére, hanem hogy ezt, ha a klinikai jelenségek nem támogatják, tenyésztési és állatkísérletekkel kell beigazolni.

*Detre László*: Nem tartja jogosultnak a bemutatott esetet elkülöníteni a tuberculosisistól. A kultura nem fejlődött ki, de ennek oka az, hogy a tuberculosis-bacillusok és hozzá hasonló saválló bacillusok gyengén, avagy egyáltalán nem tenyésznek staphylococcus mellett.

A beoltott állatok egészségesek maradtak. Ez nem szól a tuberculosis ellen, mert a tuberculosis-bacillusok vitalitása gyengült lehetett. Ezért nem látja jogosultnak azt a tuberculosis-bacillustól elkülöníteni.

*Anjeszky Aladár*: A dolog vizsgálat alatt van és *Detre* olyat czáfol, mit *Róna* nem állított, mert *Róna* nem állította, hogy ez tuberculosis vagy nem tuberculosis, mert ezt a további vizsgálat fogja eldönteni.

*Róna Sámuel*: A *Detre* felszólalása elmaradt volna, ha előadására hallgatott volna. Az aetiologia homályban van, az esetet még tovább vizsgálják.

#### Abortus-befejezésnél átszakított méh; kifejezett peritonitis mellett laparotomia, méhkiirtás; gyógyulás.

*Tóth István*: Gy. P.-né, 39 éves, baba, 7-dik terhességének 5-dik havában állítólag elesett, mire fájásai keltek és nemsokára magzatvize elfolyott. Orvosa nyugalmat rendelt; 4 napi fekvés után (1904. márczius 4-dikén) erős szülésfájásokat kapott, ekkor odahívott orvosa a méhet ki akarja üríteni, de ez dacára, hogy a beteget nagyon megkínözte, nem sikerül. Utasítja az orvos, hogy másnap hívja el a szülészeti poliklinikumot. A 2. számú női klinika orvosa a beteget puffadt, fájdalmas hassal találják mérsékelt vérzéssel, a mi a pontos vizsgálatot akadályozza; a tamponálás után a klinikára szállítják.

Itt kiderül, hogy a méh elülső fala közvetlenül a belső méhszáj felett át van szakítva teljesen, a lepény a méhürben, a foetus a hasürben és csak egy végtagja lóg be a nyílásba, a megtépett csepleszszel együtt. Beteg hőmérséke 39,5 C.°, p. 120.

Laparotomiánál hasürben igen büzös szennyes savó, kifejezett peritonitis; a ligamentum rotundum között harántirányú szakított seb fedve a csepleszszel, s rajta a szagattott foetus.

Kiirtják a méhet s miután a beleket s a hasürt konyhasós vízzel alaposan kimosták, a hüvely felé drainezik a hasürt. A beteg meggyógyult.

Nem akarja részletes kritika tárgyává tenni az orvos eljárását itt, miután az illetékes forum előtt van, de bemutatja az esetet tanulságul, hogy mire viheti az orvost a „furor operativus”, másrészt illusztrálja az eset, hogy még a legdesparatusabb eset is — hiszen itt kifejlődött peritonitis volt már — meggyógyulhat, ha beavatkozásunkkal a gyógyulás feltételeit megadjuk.

*Tauffer Vilmos*: Több helyről hozzáintézett kérdésre kijelenti, hogy évente 500-nál több abortus esetben nyújt a vezetése alatt álló klinika és poliklinika segélyt. Minden ilyen esetet szabályszerűen bejelentenek és a tisztiorvos dolga, mit teszen tovább. Ezt az esetet is bejelentették és a tisztiorvos bűnügyi feljelentést tett az illető orvos ellen. A klinika ilyen esetekben bűnpalástolást nem követhet el az eset be nem jelentésével.

#### Spontan fejlődött gyomorsipoly esete.

*Kuzmik Pál*: Folyó évi január havában egy igen érdekes, ritkán előforduló bántalommal kereste fel a II. számú sebészeti klinikumot az általa most bemutatandó beteg.

A betegnél egy spontan fejlődött gyomorsipoly van jelen, melyhez hasonló esetek az irodalomban csak szórványosan vannak feljegyezve, erre nézve legjobb bizonyíték, hogy *Wölfler* e tárgyra vonatkozó gyűjtőmunkájában, mely 1877-ben jelent meg, összesen csak 58 esetről számolt be. Azóta újabb ismét *Kronheimer* gyűjtötte össze az eseteket s a *Wölfler* esetével együtt még mindig csak 70 esetet talált az irodalomban feljegyezve.

Ezen körülmény jogosította szólót most fel arra, hogy az eset bemutatására kikérje az egyesület figyelmét annál is inkább, mert úgy véli, hogy olyanok közül, kiknek az a szerenese jutott vele együtt osztályrészüll; hogy számos esztendeje működhetnek már egy nagy

anyaggal rendelkező klinikán, többen vannak most jelen, kik ily esettel a gyakorlati életben még nem találkoztak.

Betegük 21 éves s 1902. január hava óta van férjnél. Leánykorában állítólag mindig egészséges volt. Szülei a beteg bemondása szerint 15 év előtt mellbajban haltak meg, több testvére él és egészséges. Férje egészséges.

1902. október végén lett grávida s ugyanezen télen hátában és bal hasfelében heves fájdalmakat érzett. Graviditása alatt állítólag csak egyszer hányt. 1903. január 1-sején abortált s utána 5 napig feküdt.

1903. február havában ismét gravid lett s ugyanakkor az előbb említett fájdalmakhoz hasonló fájdalmaktól kísérve bal epigastriumában egy terimenagyobbodása fejlődött, mely felett a bőr lassanként elpirosodott. Ezen újabb graviditása alatt állítólag ismét csak egyszer hányt, étvágya, emésztése azonban rendben volt.

1903. október 11-dikén szült. Koraszülött, rendkívül sovány gyermeke csak két hétig élt. Gyermeken rendellenességeket, kiütést nem észlelt.

1903. november 27-dikén bal epigastriumában lévő előbb említett terimenagyobbodása legmagasabb pontján egy kis nyílás keletkezett, melyen keresztül a beteg bemondása szerint hig „vizes“ váladék ürült, geny vagy vér ürülését nem észlelte, de nagy ijedelemmel azt vette észre, hogy a kis nyílás 24 óra alatt korona nagyságot ért el s a nyíláson a lenyelt étel azonnal kiürült. Az étel kiürülését a két héttel később kapott orvosi tanácsra a nyílásnak gyapottal való betömése által tudta csak megakadályozni. A váladék kisebb mérvű szivárgása folytán fellépett fájdalmas kiütés s az erőhanyatlás miatt 1904. január 6-dikán a klinikához folyamodott segélyért, midőn a következő jelenállapotot észlelhették.

A lesóványodott, sápadt nőbeteg hasbőrének legnagyobb részén fájdalmas vérékeny eczema. Az epigastrium bal felén közvetlen a bordaív alatt gyermektenyérszerű, meredek szélű, nagy területen beszűródött környezetű, kemény tapintatú, szennyes, szalonnás alapú anyaghiány volt jelen, mely a bordaív alá töleszerűen húzódtott be. Az anyaghiány alapján pépes ételmaradékokkal kevert savanyú szagú váladék ömlött elő. Tapintó ujjal az anyaghiány alapján látható nyíláson keresztül egyenesen a tág gyomorba jutni. A kültakarón különböző, valamint a látható nyákhártyákon kiütés, kóros elváltozás vagy heggek nem voltak észlelhetők. Nyirkmirigyek alig tapinthatók. Csekély fluor albus. Lúest tead. Testsúly 54.5 kgm. A röviden leírt jelenállapotból a sipoly keletkezésének tulajdonképeni okára nézve kellő felvilágosítást nem nyerhetni.

Előrement gyomorfekélyre következtetni nem igen lehetett, mert az egy éven keresztül szenvedett fájdalmakon kívül egyéb tünet nem állott fenn. Összesen kétszer hányt s ez is a graviditás idejére esett. Étvágya, emésztése állandóan rendben volt. Idegen testet nem nyelt. Vérzései sohasem voltak, még a sipoly keletkezési idejében sem.

Beteg felvétele után mindenekelőtt oda törekedtek, hogy a beteg táplálása mellett a fájdalmas eczemát, a nagy kiterjedésű lobos beszűródést megszüntessék s a fekélyt meggyógyítsák.

Kellő gaztamponálással a gyomorváladék kiömlését sikerült is megakadályozni s 10% zinkkenőcs és antiseptikus kezelés mellett a beteg állapota pár nap alatt már tetemesen javult, de a fekély külleme mindinkább azon gyanút ébresztette fel bennük, hogy a negatív anamnestikus adatok dacára nem egy luetikus gümma idézte-e elő az egész bántalmat. Ezen impressió alatt január 16-dikán megkezdették vele az antiluetikus kezelést. Naponta három gramm unghydr. cin. inunctiókat végzett s örömmel konstatálhatták a fekély feltisztulását, a lobos beszűródés eltűnését s a szélekről meginduló hámosodást. Többszörös megszakitással, mely idő alatt jodkaliomot vett be a beteg, összesen 45 napig alkalmazták az inunctiót s elértek a hasfalak teljes feltisztulását s a fekély meggyógyulását. A beteg táplálása a sipoly betömése által zavartalanul sikerült olyannyira, hogy testsúlya 65.0 kilóra emelkedett s testi ereje visszatért.

A betegnél remélhetőleg most már minden aggodalom nélkül végezhetik a gyomorsipoly művi bezárását, a gastrorrhaphiát.

A gastrorrhaphiánál a II. sebészeti klinikán nem csinálnak laparotomiát, nem szabadítják fel a hasfalakhoz rögzített mellő gyomor-falat, mert számos esetben teit tapasztalatuk szerint felesleges a beteget a laparotomia, a gyomor leválasztása s az esetleg insufficienssé váló gyomorvarrat veszélyeinek kitenni.

Eljárásuk, melyet számos esetben sikeresen alkalmaztak, már gastrectomiák után, a következő: A bőr és nyákhártya érintkezési helyén körülmetszve a sipolyt, a gyomor falát a peritoneum parietaléig kiszabadítják a környezetből. Az így szabadá lett gyomor sebszéleit betüremlítve, a gyomor falait két étageban elhelyezett Lambert-varrattal egyesítik s felette összevarrják külön az izomzatot s külön a bőrt.

Ezen eljárással, melylyel az egész műtétet hasüregben kívül végzik, a beteg élete teljesen biztosított, mert még a varratok insufficienssége esetén is legfeljebb egy újabb beavatkozás eshetőségének van a beteg kitéve. A gyomor rögzített állapotá tapasztalataik szerint a betegnek kellemetlenségeket nem okozott.

A spontán gyomorsipoly-képződések, a mint már említette volt, felette ritkák s a legtöbb esetben a gyomorból kiinduló bántalmaknak a következményei. Daganatok, fekélyek, lobos folyamatok, idegen testek megtámadva a gyomor falát, perigastritist idéznek elő s a lokális peritonitis folytán összenőnek a szomszédos szervekkel, hasfallal, ily módon idővel létrejöhét a sipoly.

Gyomor-, bél-, colon transversum-sipolyok carcinománál aránylag többször lettek már észlelve, szintúgy le vannak írva oly esetek is,

hogy a carcinoma a hasfalra áttérjedve gyomorsipoly keletkezését eredményezte. Gyomorfekélyek is véletlen esélyek folytán nem a szabad/hasírbe, de a belekbe törhetnek át, sőt Morris két esetet ír le, melyek közül az egyiket maga is észlelte s a diagnosis helyességét a boncolás is beigazolta; a gyomorsipoly a vesével állott összeköttetésben ezen esetben.

Idegen testek (fogak, tűk, pénznemek, csontok) többször voltak már okai gyomorsipoly képződésének, ilyen például a Picqué esete, melynél egy bolond asszony tűket nyelt le s az egyik tű perforálta a pylorus táján a gyomrot s az epehólyag körül tályogképződéshez vezetett. Laparotomia útján meg lett nyitva a tályog s ennek közepén találtak meg a tűt. A beteg meggyógyult.

A gyomor syphilitikus megbetegedését kórokozóként fel kell még említeni, noha tudjuk, mily rendkívül ritka megbetegedés ez. Nagyon kevés azon leirt esetek száma, melyeknél a gyomorsyphilisre az élőben lett volna a diagnosis megtéve, erre nézve a beteg kezelve és meggyógyítva. Megmagyarázza ezen tüneményt az, hogy a gyomor syphilitikus megbetegedésének tünetei hasonlóak a gyomor egyéb súlyos rosszindulatú megbetegedésének tüneteihez. Chiari H. kétféle alakját írja le a gyomorsyphilisek, úgymint az egyszerű lobos beszűródést és a gummás alakot, az előbbit eddig csak öröklött syphilisenél észlelték, míg a gummás alak szerzett syphilisenél is elő szokott fordulni. A gummák szétesése és a gyomornedv emésztő hatása folytán valódi syphilitikus peptikus fekélyek képződhetnek s gyógyulásuk esetén megtaláljuk a heget s ennek összes következményeit.

Buday tanár írt le ily eseteket. Neumann összeállítása szerint az ulcus rotundumban szenvedő egyéneknek 20%-a syphilitikus, miert is indokolt, hogy súlyos gyomorbántalmaknál a syphilise feltétlenül kiterjeszszük figyelmünket. Flexner esetében egy syphilitikus fekély széleskörű összenövésnek dacára oly helyen perforálta a gyomrot, hogy a gyomorváladék a szabad hasírbe ömlve általános peritonitist idézett elő, s a beteg meghalt.

Az irodalomban található esetek felsorolása, bármily érdekes is, túlmegy a bemutatás keretén, s ez érdekes thema fejtegetését szolgáló más alkalomra tartja fenn magának, most még csak azt akarja megjegyezni, hogy ez esetben nem tartja kizártnak a sipoly syphilitikus eredetét, annál inkább, mert a fekély gyógyulása, a lobos beszűródés felszívódása az antiluetikus kezelésre szemlátomást következett be. Az esetre, ha a bántalom eredete syphilitikus volt, valószínű, hogy a gyomorból indult ki, s a hasfal másodlagosan került csak a bántalom körébe és nem megfordítva. A syphilis feltevését támogatja a két abnormálisan lefolyt graviditás is.

#### A gégegyákhártya idegei.

Ónodi Adolf: A mult ülésen Bálint betegének bemutatásánál távollétében vizsgálatait Némái egy praeparálási hiba feltevésével hozta összefüggésbe; ezen az idevonatkozó irodalmi adatok kellő ismerete és ellenőrző vizsgálatok nélkül tett alaptalan feltevést akarja most visszautasítani. Kimutatja, hogy az ő felosmiumsavas eljárásával és másoknak kalidgós eljárásával makroszkopialag tett észleletei minden praeparálási hibát egyenesen kizárnak. Felmutatja készítményeinek képeit, melyek embernél a felső és alsó gégeideg ágainak összeköttetéseit, valamint a felső gégeideg nyákhártyaidegeinek kereszteződését demonstrálják, ezen idegek a nyákhártyán szabad szemmel láthatók és követhetők. Mandelstamm, Wenzweig és Babesiu a nyákhártyában göcső alatt konstatálták a felső és alsó gégeidegek összeköttetését és követhették a felső gégeideg belső ágának rostjait az egyik oldalról a gége nyákhártyájának másik felére. Ezek mikroszkopiai és makroszkopiai tények, melyek nem meglepőek, miután az alsórendű gerinceseknél Gaupp, Van Bemmelem és Fischer az alsó és felső gégeidegeknek ugyanazon oldali és egy haránt idegereszték által ellenoldali összeköttetését leírták. Ezen alak-tani tények Bálint és Donogány eseteiben említve lettek. Klinikai tételt kórboneztani vizsgálatok hiányában nem lehet felállítani. Azon esetekben, midőn az idegtörzsek extracranialis sérülésénél nyelv-, garat- és gégehidés mellett a gége érzése sértetlen marad, valószínűtlen hypothesisekhez folyamodtak. Miután a maga részéről csupán morphologiai viszonyokat írt le, a hiányos és vitás klinikai észleleteket ezen alkalommal fejtegetni nem kívánja.

Némái József: Sajnálja, hogy a multkor Ónodi nem volt jelen, de így legalább figyelmes hallgatóság előtt adhatta elő, a mit már tizenöt év előtt halottunk tőle. Felszólalása indokolt volt és azt hiszi, hogy az 1887-ben elmondottak, a mikor először tartotta itt azt az előadást, a mit Wiesbadenben is előadott, homlokegyenest ellenkeznek azzal a klinikai lelettel, mely ma egy hete előttünk volt és azt kellett mondania, hogy vagy anomalia van jelen, vagy Ónodi mutatott be anomaliákat, vagy pedig praeparálási hiba lehetett. Hiba nélkül senki sincs és maga is eshetett, ha nem kísérleti, úgy magyarázasi hibába. Ónodi 1887-ben az „Orvosi Hetilap“-ban azt mondja: „A nyákhártya beidegzését illetőleg kétségen kívül áll, hogy az alsó és felső gégeidegnek érző területe nincsen oly élesen elválasztva, mint azt eddig általában hitték és hogy mindkettő közösen látja el nemcsak nyákhártyájának egyik felét, hanem kereszteződve amásikat is.“

Nem tud reá analogiát a bőr beidegzésében, s a mikor ilyen praecise és határozottan állittatik, hogy az érző ideg területe átmegegy a másik félre is, és a klinikai lelet ezt megezáfolta, akkor joggal tehetette azt, a mit mondott. De mert nem akarja az ellentéteket kiélesíteni, lehetséges, hogy a mit Ónodi előadott, helyes, de klinikai magyarázatra nem alkalmas.

*Donogány Zakariás:* Esete, melyre Ónodi hivatkozott, erőteljes fiatal ember, kit bika döfött meg proc. mastoidea előtt és alatt. A beteg a maga lábán ment be a szobába, de fuidokolni kezdett és kifejlődött a VII-nak peripheriás benuháza, garat, lágy szájpád baloldalt volt, nyelv bal fele atrophias lett, bal hangszalag teljes cadaver állásban, bal pupilla tágabb, de reagál, a Litten-féle diaphragma-tünet hiányzott. Érzési zavar nem mutatkozott, Jendrassik is látta és konstátálta, hogy az accessorius is benuházt, mert a sternocleido-mastoideus és cucullaris is benuházt volt. Azt vették fel, hogy közvetlen a for. lacerum alatt történt a sértés, mely egyes idegágakat roncsolt, másokat később a hegesezés zsuorodása benuházt meg. A gégeben érzésheli zavar nem volt. Akkor nem mert tovább menni, mint azt mondani, úgy látszik, az az eset a mellett bizonyít, a mit Ónodi felvesz a gége kettős beidegzéséről. Ma inkább a mellett van, hogy nem az ő esete, hanem a Bálint esete a bizonyító erőjű, mely Ónodi felvétele ellen szól.

*Ónodi Adolf:* Némái saját ellenőrző vizsgálatok nélkül jónak látja minden alapot nélkülözö feltevéseivel meggyanúsítani az ő vizsgálatait. Ha van kedve és morális ereje, üljön le a dolgozó asztalhoz és nézze meg, mit mondtak mások, mit mondott ő és megfelele az a valóságnak. Ő morphologiai leletet talált, közzétette, de belöle klinikai tételt nem formált, ez tehát részéről vita tárgyát nem képezheti. Az egész gége-innervatio kérdése még vitás és zavaros.

## Királyi magyar Természettudományi Társulat élet-tani szakosztálya.

(111-dik ülés 1904. márczius 15-dikén.)

**Heim Pál dr. Preisich Kornél dr.-ral együtt végzett vizsgálatait adja elő „A vérlemezkék eredetéről“.**

A vérlemezkék eredetéről szóló nézetek igen ellentmondók. A szerzők egy része szétesési productumoknak, globulus csapadékoknak tartja őket, a melyek nem is képezik alkotó részét az áramló, élő vérnek, hanem a véredényt elhagyott holt vérben utólag szétesés, vagy más hulla metamorphosis által képződnek. Mások ezzel ellentétben teljesen önálló, független sejtes elemeknek tartják, a melyek amoeboid mozgással bírnak, maggal vannak ellátva, söt olyanok is vannak, kik karyokinetikus oszlásukat is vélték látni. Ismét mások a vörös vérszettek plasmájával, megint mások a magjából, végre egyesek a fehér vérszettekől származtatták a vérlemezkéket.

Preisich és Heim Romanovsky festési eljárását módosították és így festve különböző anaemiások, embryók, fiatal állatok vérét, oly képeket kaptak, melyek arra engedtek következtetni, hogy a vérlemezkék genetikus összefüggésben állanak a vörös vérszettekkel. Láttak olyan sejteket, a melyek centrumában volt a vérlemezke, ismét más sejtekben már a periphéria felé vándorolt, a sejtek falát mintegy elődomborította, más sejtekben már félig kilépett, ismét másokban már teljesen extracelluláris volt. Oly sejteket is láttak, a melyek centrumában volt egy vérlemezke, míg az ugyanebben a sejtben lévő másik vérlemezke már félig elhagyta a sejtet. A csontvelő maggal bíró vörös vérszetteit tanulmányozták módosított festési eljárásokkal, átmeneti alakokat találtak a vörös vérszettek és az intracelluláris vérlemezkék között. Azon körülményből, hogy 1. vérlemezke csak oly állatok vérében fordul elő, a melynek vörös vérszettei magnélküliek; 2. hogy a vérlemezkék nuclein tartalmúak; 3. hogy a magfestékekhez affinitást mutatnak; 4. hogy vörös vérszettekben előfordulnak; 5. hogy a vérlemezkék és a vörös vérszettek magjai közt átmenet található: azt következtették, hogy a vérlemezkék a vörös vérszettek degenerált és kilökődött magjai. Emlősök magnélküli vörös vérszettei mind maggal bíró sejtek voltak, a melyek addig maradnak keletkezési helyükön, míg a mag bizonyos alakuláson át nem megy, míg a sejt meg nem érik arra, hogy magjait magából kilökje, ekkor belekerül a véráramba és magja, mely itt már mint vérlemezke ismeretes, elhagyja.

Pathologiás körülmények között már előbb is belekerülhetnek a maggal bíró sejtek a véráramba, a mint azt bizonyos anaemiák vértészítmenyei mutatják. Egy részüket a fehér vérszettek phagocytálják. Különösen az Ehrlich-féle átmeneti sejtekben találtak a szerzők ilyen phagocytált vérlemezkéket. Preisich és Heim szerint valószínűleg ezen vérlemezkékből származnak, legalább részben, a polymorph magvú leukocyták granulatioi is.

A vérlemezkék legnagyobb része azonban nem így hagyja el a vérlepenyt, hanem a lépben rakódik le. A léppulpából készített praeparatumokban nagy halmazokban találtak vérlemezkéket. Itt sokszor annyira összeolvadtak egymással, hogy contourjuk nem is látszott, csak a chromatin szemcsék voltak kivehetők. Hogy a lépben vérlemezkék tönkremennek, megerősítést talál abban, hogy a lépben tömegesen található a nucleinból származó purin testek, a milyen a húgysav. Jól összeegyeztethető ezen tapasztalat azon igazsággal, hogy a lépben vörös vérszettek pusztulnak el.

A vörös vérszettek magjának nem az az egyedüli sorsa, hogy mint vérlemezke hagyja el a sejtet. Ez a gyakoribb, a normális mód, de a pathologikus körülmények között létezik egy másik mód is. Ez az Engel által megoldásnak nevezett folyamat.

## XIV. magyar balneologiai congressus.

(II. ülés 1904. április 18.)

Elnök: **Tautfer Vilmos**, később **Bókay Árpád**. Jegyző: **Lów Sámuel**.

**Adatok a gyomor elválasztási zavarainak kör- és gyógytanához, különös tekintettel a diataés gyógyításra.**

**Áldor Lajos:** Hangsúlyozza azt a felelősséget, mely reánk hárul akkor, midőn egy chronikus gyomorbetegnek chronikus kezelését megindítjuk a nélkül, hogy felhasználjuk volna az összes diagnosztikus eszközeinket, ezek között első sorban a gyomorsondát. Az irány a gyomorbetegségek diagnosztikáját oly módon kibővíteni, hogy a vizsgálatok nemcsak a sósavválasztásra, hanem az összes secretorikus funkciókra kiterjeszkedjenek, napról napra örvendetesen észrevehetőbbé válik és előadó azt hiszi, hogy a közeli jövőben a diagnostika a fermentatív funkciók tanulmányozásának a jegyében fog tovább épülni. Eddigi észlelései és vizsgálatai alapján is hajlandó a pepsin elválasztásában egy bizonyos autonómiát megnyilvánulni látni. Nagy számú vizsgálatai szerint gastroptosisnál subaciditás hyperaemiával van kombinálva. Beszámol azon kísérleteiről, melyeket az irányban végzett, hogy a sósavnak pepsinválasztásra ingerlő hatása diagnostice értékesíthető-e? Kísérletei alapján Rzentkovskynak ez irányú pozitív eredményeit nem fogadja el. Böven foglalkozik az achylia-nál észlelhető hasmenések genesisével és ezek ellen a sósavat souverain szernek tartja és a hatást Pawlow vizsgálataiból magyarázza, melyek szerint a sósav a pankreasválasztásnak hatalmas factora. Rámutat arra, hogy a fehérjék megkötésére a sósavnak olyan mennyisége kívánatik meg, mely per os egyáltalán nem vihető be és így önámítás azt hinni, hogy a sósavadagolással magát a gyomoremésztést pótoljuk. Fejtegetései szerint nem lehet contradiktót látni a sósavtherapia indicatiojának oly módon való felállításában, hogy a sósavadagolásnak csak ott van helye, a hol a pankreasemésztés compensáló fokozásával akarjuk a hiányzó gyomoremésztést pótolni. Az egyes secretionális zavarok tárgyalása folyamán hangsúlyozza, hogy a pepsinál a diaetotherapia legfontosabb követelményei nem az ételek qualitativ indicatioján alapulnak, hanem sokkal inkább bizonyos részben az étkezéssel összefüggő körülményeken és az ételek elkészítési módján. Pawlow vizsgálatai alapján kétségtelen, hogy a gyomor elválasztó idegeinek első és legfontosabb ingere az étvágy, az a pozitív érzési tonus, az evés élvezetének az érzése, a mit Pawlow a gyomorsecretio psychikus momentumának nevez.

Hangsúlyozza a konyhaművészet therapeutikus jelentőségét és kiemeli, hogy az utóbbi években hatalmasan fellendült mesterséges tápszere-industria sem közelítette meg a konyhaművészet therapeutikus jelentőségét. A hyperchlorhydriánál rámutat saját és mások vizsgálatai alapján a zsírok és a tömény cukoroldatok direct curatív hatására. Végül kiemeli a nyers empyria és exact kísérleti kutatások útján nyert eredmények értékesítésével elrendezett ivókúráknak nagy és sokszor félreismeret therapeutikus jelentőségét. „Ha mi vizeinket — úgymond — nem panacea-knak, de minden egyes esetben kritikával alkalmazandó gyógyszerközöknek tekintjük, úgy épen olyan spontan fog megszűnni a balneotherapiának még ma is meglevő mysticismusa és sok traditionális tévedése, mint a hogy az az indokolatlan, az orvosok széles köreiben fennálló skepticismus, mely az ivókúráknak épen a gyomor-neurosisok therapiájában való értékét illetőleg fennáll.

**Ormai József:** Konstatálnia kell, hogy ma nincs orvos, a ki a gyomor diagnosztikájában a gyomorsondát nélkülözni tudná és különösen örvendetes, hogy a sonda a therapia szempontjából is nagy fontossággal bír.

Előadó a gyomor secretionális zavarait hypo- és hyperchlorhydriára osztja. A hypochlorhydriában megint a pepsia gastrica organica és a pepsia gastrica nervosa-t különböztet meg, melyek közül az utóbbi különösen mint önálló betegség fordul elő. Az achylia nervosa-nak hasmenéssel járó eseteiben a korynticizai víz igen sikeres volt. A gastroptosis Korynticizán a betegek jó részét képezi és balneophysikaliter jól gyógyítható. A pyrosis Korynticizán sokszor gyógyult, de néha nem, söt fokozódott, persze hypechlorhydria esetében.

Az olajat adandó esetben szóló is meg fogja próbálni.

A természetes ásványvizeknek mystikus hatást nem tulajdonít, hanem olyan gyógyszernek tartja, mint más.

Kiváncsi volna még tudni, milyen eredményeket ért el előadó a gyomor secretionális zavarainál Karlsbadban.

**Bókay Árpád:** Két állítását nem akarja előadónak reflexio nélkül hagyni. Egyik szerint semmiféle olyan gyógyszer nincs, mely a gyomorsecretiót befolyásolni tudná. Az amarumok mellett akar lánsát törni és pedig saját kísérletei alapján, melyekkel bebizonyította, a mit Reichmann és Tselzow nézete szerint nem egészen kielégítő módon bizonyítottak. A gyomron végzett histologiai vizsgálatai bizonyítják, hogy a keserű anyagok és pedig a tiszta ható- és idegen anyagoktól mentes keserű anyagok a gyomor elválasztó mirigyekinek működését fokozzák. Különbösen sok évezredes empyriás tapasztalat is mutatja, hogy a keserű anyagok a gyomoremésztést javítják.

Másik megjegyzése a hypochlorhydriával összefüggő hasmenésekre vonatkozik. Kísérletei alapján mondhatja, hogy ha kevés HCl, a gyomor és belek mozgásai renyhék, mert a sósav a gyomornak, söt a beleknek is autotikus ingere, a míg a belekben nem közömbösítették. A túlélő gyomor 0.50% HCl-oladot reáseppentésére már mozogni kezd. De ha a gyomor renyhe, az ételek panganak benne, bakteriumok telepednek meg, izgató productumok keletkeznek az ételanyagból, főleg illó zsírsavak, melyek a bélbe jutva hasmenést okoznak. Azt nem lehet tagadni, hogy gyomorban a sósav a pan-

kreast, mint azt Pawlow mondja, elválasztásra sarkalja, s ha nincs sósav a gyomorban, a pankreas a hiányzó gyomoremésztést compensatoriusan pótolni nem tudja, de ez egyedül nem lehet oka a hasmenésnek, több oka van annak, melyek közt főszerepet az játszik, a mit említett.

**Áldor Lajos:** Köszöni Bókay tanár hozzászólását, de kifogásai megdöntését nem látja. Ismeri a Bókay tanár és tanítványainak dolgozatait a keserű anyagokról, de Bókay nem tudta megállapítani minden amarumról a gyomorsecretio emelő hatást, nem egységesek az eredmények, egyesek fokozzák, mások azonban nem hatnak. De különben ma már nem fogadhatók el Bókay eredményei, mint akkor, mikor azok megjelentek. Ma meg kell ismételni őket a Pawlow vizsgálatait értelmében és az ő alapvető technikájával. Minden kellemes aromás anyag izgatja a gyomort, a kísérleti állatba vagy emberbe tehát gyomorcsovón át kell vinni az amarumot, hogy a szaglás és izlés által okozott ingerek kizárassanak. De tény az, hogy a keserű anyagok azok, melyek még valamilyen értékkel bírnak.

A hasmenésre vonatkozó magyarázata Bókay tanárnak ellenében áll a klinikai tapasztalatokkal, mert achyliánál nem a gyomorral renyhésege, hanem ellenkezőleg vagy normális mozgási viszonyok vagy plane hypermotilitás van jelen. És így a sósavnak az achyliára való előnyös hatását nem lehet úgy magyarázni, hogy a gyomor motilitását emeli, mint a hogy azt Bókay teszi, hanem a sósavnak a pankreas elválasztást fokozó és a gyomoremésztést compenzáló hatása itt a főfactor. Pawlow mutatta ki, hogy a sósav befolyásolja a pankreast.

Ormainak köszöni hozzászólását. Tudva van, hogy a systematikusan alkalmazás által jól befolyásoltatik a hyperchlorhydria.  
(Vége következik.)

**PÁLYÁZATOK.**

1530. sz.

Abauj-Torna vármegye csereháti járásához tartozó **szepsi körorvosi állásra**, a melyhez összesen 13 község tartozik és a mely állás ez évi július hó 1-jén foglalandó el, ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodvényaikat 1904. évi június hó 18-dik napjáig bezárólag alulirt főszolgabíróhoz adják be.

A körorvosi állással egybekötött javadalom 1200 korona évi fizetés és 400 korona úti átalány, mely utólagos évnegyedi részletekben a szepsi kir. adóhivatal által fizetetik.

A közel 2000 lakossal bíró székhelyen, hol rendes gyógyszerész van, a halottkémlést is tartozik teljesíteni, a melyért Szepsi város pénztárából 100 korona díjazás jár.

A himnlöltésért járó díj átlag évente 100 korona. Látogatási, illetve rendelési díj (tehát az orvos lakásán is) nappal 1, éjjel 2 korona.

Az országos gazdasági munkás- és cselédsegélyző pénztárnak a legközelebb fekvő községekben mintegy 200 tagja van, mely szám szaporodik.

A választás 1904. évi június hó 20-dik napjának d. e. 10 órájakra fog a kör székhelyén, Szepsiben megtartatni.

Szepsi, 1904. évi május hó 2-dikán.  
2-1 *Géczy Gyula, főszolgabíró.*

A **budapesti m. kir. bábaképző-intézetnél** a f. évi május hó 15-dikétől számítható egy év tartamára egy bennlakással, élelmezéssel, fűtés és világítás élvezetével járó díjazatlan gyakornoki állásra ezennel pályázatot hirdettek.

A pályázni kívánók felhivatnak, hogy orvosdoktori oklevéllel, születési, anyakönyvi kivonattal, továbbá családi állapotukat, nyelvismereteiket s netáni eddigi klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszterhez címelve a budapesti m. kir. bábaképző igazgató-tanárhoz (VIII., Rökk Szilárd-utca 33. sz.) legkésőbb f. évi május hó 15-dikéig nyújtsák be.  
Budapest, 1904. évi április hó 22-dikén.

*Díner Gusztáv dr., egyetemi m. tanár, a budapesti bábaképző igazgató-tanára.*

67/1904. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr 36,339/IV. a./904. sz. rendelete alapján a vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkívántatik az egyetemi orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés.
  2. Lakás, fűtés, világítás, első osztályú élelmezés.
- A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesíteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év múlva meghosszabbítható. A pályázati kérvények a belügyminiszteriumhoz címzendők és alulirotthoz adandók be, honnan hármias jelöléssel a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszteriumhoz lesznek felterjesztve. Pályázat lejárati határidejéül f. évi május hó 20-dik napját tűzöm ki.

Marosvásárhely, 1904. évi április hó 25-dikén.  
3-3 *Dr. Kozma, igazgató.*

10,025/1904. szám.

A **nagybecskereki József-kórháznál** 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakással, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állás** megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állást elnyerni óhajtok szabályszerűen kiállított kérvényeiket, képesítésüket igazoló okmányokkal együtt hozzám folyó évi június hó 15-dikéig beküldeni sziveskedjenek.

Nagybecskerek, 1904. évi április hó 22-dikén.  
3-8 *Jankó, alispán.*

A nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr 38,832/904. sz. rendelete folytán a lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állás**, a mely 1200 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés, egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés, világítás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhivatnak tehát mindazon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél, vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett folyamodvényaikat jelen pályázatnak a „Budapesti Közlöny“-ben való első beiktatásától számított négy hét alatt az alulirt igazgatóságnál nyújtsák be.

A későbbben beérkező folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1904. évi május hó 11-dikén.  
A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézet igazgatósága:  
*Bolyó Károly, kir. tanácsos, igazgató.*

**Egyéb üresedésben levő állások.**

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
máj. 16.	kórh. alo.	Szabadka	1200 k., lakás, élelm.	Polgármester
" 16.	közs. o.	Kocsér	1600 korona	Főszolgabíró Abony
" 16.	jár. o.	Letenye	1450 korona	Főispán Zala-Egerszeg
" 20.	kórh. r. o.	Gyergyó-Szent-Miklós	1600 korona	Dobribán Antal dr. ig. Csikm. főispánh. cz.
" 20.	kórh. s. o.	Szolnok	1100 k., lak., élelm.	Papp Gábor dr. igazg.
" 20.	kórh. s. o.	Sarajevo	1200 k., lak., élelm.	Glück dr. igazg. (országos kórház).
" 21.	körorv.	Csik-Karcsfalva	2200 k., lak.]	Fejér Sándor fszb. Csikszereda
" 21.	kórh. alo.	D.-Szt.-Márton	1200 k., ellát.	Csató alisp. Csikszereda
" 23.	körorv.	Vaal	1600 korona	Főszolgabíró Vaal
" 25.	közs. o.	Jurkovác	1600 korona	Lówieser Imre fszb. Antalfalva
jun. 11.	körorv.	Ráczpetre	1200 k., fuvar ingyen	Waniss Sándor fszb.
jul. 1.	körorv.	Krassó	1200 korona	Csaba fszb. Szatmárnémeti
" 1.	iskola o.	Nagy-Kőrös	400 korona	Filó Lajos ev. ref. lelkész Szatmárnémeti

**HIRDETÉSEK.**

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás



# Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

**Dr. WEISZ EDE**  
**PÓSTYÉNI INTÉZETE**

Medico-mechanikai (Zander és Herz) osztály.  
Modern kényelem. Vizszatár. Villanyos világítás.

Szépülhet heti 20 koronától feljebb. Minden felviteltől kezdve kényeztetésig! Dr. WEISZ EDE.



# Sanatogen

**Leghatásosabb erősítőszert**  
**Kiváló tonikus hatással**  
**Teljesen inger nélkül.**

Orvos úrnaknak próbák és irodalom ingyen és bérmentve küldetnek a gyártók által

**Bauer és társa, Sanatogen-telep, Berlin SW. 48.**

# Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirtd. Prospektus ingyen.

Gyönyörű fekvés, éleny-dús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stíben. Hidegviz-kúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus kamrák, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóan Karlsbad és Marienbadhoz.

## Zabl. ferri pepton. cum arseno sec „Bleyer”

(0.10 ferri pept., 0.0001 Na. arsen.)

Az I. számú belgyógyászati klinikán volt tudományos kísérlet tárgya, ezen kiváló hatású készítmény kitűnő sikerrel adagolható vérszegénység és sápkórnál, vérvesztés utáni gyengeségnél, a különböző chron. betegségek (bc. laes stb.) után fellépő másod. vérszegénységnél. Adagolás: 6—10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 2 korona 40 fillér.

## Zabl. ferri pepton. bromati sec „Bleyer”

(Tart. 0.10 vas pept. 0.25 Natr. brom.)

Az I. számú belgyógyászati klinikán végzett kísérletek szerint szintén kiváló hatású készítmény vérszegénységgel párosult idegesség, álmatlanság, ideges emésztési zavarok, Basedow-kór, hystéria stb. ellen. Adagolás: 6—10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 3 korona.

Mindkét készítmény a vasat félig emésztett állapotban tartalmazza és így oly esetekben is adagolható, midőn más vaskészítmények a csökkent gyomor-emésztés folytán nem tűnnek.

Az orvos uraknak kívánatra minta és irodalom áll rendelkezésre.

Kapható a gyógyszertárakban és a készítőnél  
**Bleyer Károly „Kunnia“-gyógyszertára**  
Budapest, VII., Erzsébet-körút 56.

## LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén,

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependencie-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.

## Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és felszerel

**Dr. Wagner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég**  
Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő győgeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

Vegyészeti gyár  
**Dr. Fritz és Dr. Sachsse**  
Sollenau a Südbahn

## ALBOFERIN

Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömeoses 90-14% fehérnye, 0.68% vas, 0.324% phosphor.

**Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolate-tabletták 100 db. K. = 1.80.**

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkér, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógyszertárban és nagyobb drogueria-üzletben.

## Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitűnő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárúsítása.

TELEFON. \* Ugyanott: KEFIR-INTÉZET. \* TELEFON

Vezető orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzása

## himlőnyirkot

alábbi mérsékelt áron:

1 phiola	2-3 egyénre	1 kor.	— fill.
5 vagy több phiola	à 2-3	"	80 "
1 phiola	10 egyénre	1 "	60 "
1 "	20 "	2 "	40 "
1-2 phiola	összesen 50 egyénre	4 "	— "
1-5 "	100 "	8 "	— "

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva 60 fillér, nem ajánlva 40 fillér.



# ORVOSI HETILAP.

## A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közokrházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravosik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauter Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

### TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Gescheit József: Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.) Gerinczvelői daganat esete. 613. lap.

Jendrassik Ernő: Közlemény az egyetemi idegklinikáról. A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. 315. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérsajt számlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél. 318. lap.

Tárca. Egy szép és kedves ünnepély az I. sz. belgyógyászati klinikán. 319. lap.

— Grósz Emil: Az 1904. évi állami költségvetés. 320. lap. — Haberern J.

Pál: A XXXIII. berlini sebészcongressus. 320. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Erdős Adolf: A rák mult évi irodalmának összefoglalása. 321. lap. — Könyvismertetés. Hasenfeld A.: A szívbetegségek gyógyítása. (W.) 322. lap. — Lapszemle. Sebészet. C. Stern: Az idült

veselob sebési kezelése. (Szily.) — R. Hahn: Rosszindulatú daganatok kezelése Röntgen-sugarakkal. (Holzwarth.) — M. Simmonds: A spondylitis deformans és az úgynevezett merevítő csigolyagyulladás kórboncztnai különbségei. (Holzwarth.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Wateff: Aspirin. — Fischer: Hetol. — Williamson: Chorea gyógyítása aspirinnal. — Combemale és Vasseur: Theocin. — Folyóiratok átnézete. 322—323.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — Kinevezések. — Raisz Gedeon. — Egyetemi alkalmazások. — Orvoscollegák találkozója 55 év után Balatonfüreden. — Küldöttség a kassai egyetem ügyében. — Az „orvosok és gyógyszerészek árváinak otthona“. — Fürdőorvosok. — A „British Medical Association“. — Bársony professor poliklinikája. — Megjelent. — Elhunytak. 324. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akademia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Magyar balneologiai congressus. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Közkórházi orvostársulat.

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.)

##### Gerinczvelői daganat esete.<sup>1</sup>

Irta Gescheit József dr. volt segédorvos; jelenleg az Erzsébet királyné-sanatorium segédorvosa.

A mióta Victor Horsley, Gowers diagnosisa alapján az első gerinczvelői daganatot fényes eredménnyel megoperálta, a physiologusok, neurologusok és sebészek együttműködésével sikerült egy bizonyos tünetcsoportot felismerni, melynek alapján a „tumor medullae spinalis“ diagnosisa kellő biztossággal felállítható. A gerinczvelői daganat diagnosisa a legnehezebb diagnosisek egyike, a daganat által előidéztet súlyos tünetek pedig egy esetleges helyes kórisme után szerencsés sebési beavatkozás által — a mint azt épen Horsley és Gowers bizonyították be először — megszüntethetők, a beteg meggyógyulhat; nem csoda ennél fogva, hogy az orvosi tudomány legkiválóbbjai lázas buzgalommal igyekeztek ezen kórkép tüneteinek tisztázásán közrehatni. S ezen lázas buzgalomnak meg is volt az eredménye. 1895-ig 14 esetet irtak le, a midőn a gerinczvelői daganat diagnosisa felállítható volt, a sebési beavatkozásra is tér nyílt. (Oppenheim: Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie.)

Bruns pedig 1897-ben megjelent könyvében „Die Geschwülste des Nervensystems“ 20 esetről számol be, az előbbi 14 eset be tudásával. Azóta ismét több eset lett ismeretessé, mindmegannyi bizonyítéka annak, hogy a gerinczvelői daganat nemcsak operál-

ható, hanem operálandó is mindazon esetekben, a midőn az operabilitás megállapított, s a beteg erőbeli állapota kielégítő. Esetünkben épen az operabilitást nem tudtuk megállapítani, oly okok következtében, melyek érdekességüknél és fontosságüknél fogva ezen közlemény közreadására késztetnek bennünket.

A gerinczvelői daganatok által okozott tünetek kevésbé vagy alig függenek a daganat nemétől és kiválólag függenek a tumor helyétől. A tumorok legnagyobb részt jóindulatúak, a rák leginkább mint csontból kiinduló tumor fordul elő, s majdnem mindig secundaer (Bruns).

Hely szerint némi módosítással Bruns nyomán a tumorokat három csoportba oszthatjuk:

I. *Vertebralisis tumorok*, melyek a csontos gerinczszlopból vagy környezetének lágyrészeiből indulnak ki.

II. *Intravertebralisis tumorok*, melyek a canalis vertebralison belül elhelyezett képletekből indulnak ki, a gerinczvelő kivételével. Ezek két alcsoportra oszthatók:

- extraduralis tumorok,
- intraduralis tumorok.

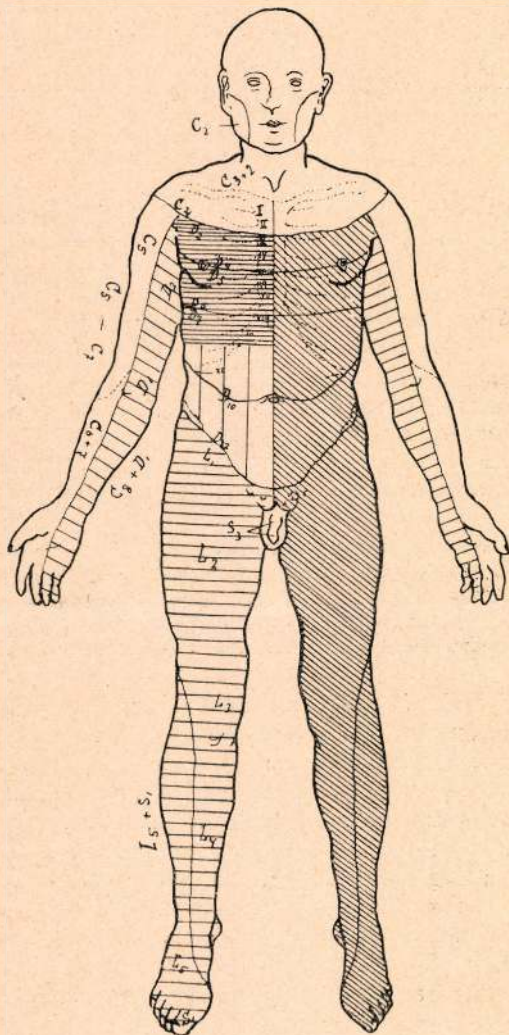
III. *Intramedullaris tumorok*, melyek magában a gerinczvelőben keletkeznek.

A vertebralisis daganatok tüneteik, legalább addig, míg a burkokra, vagy a gyökökre, vagy a velőállományra át nem terjednek, hasonlóak lesznek a csontos gerinczszlop egyéb megbetegedéseinek tüneteikhez, nagyfokú fájdalmak, a gerinczszlop illető részének merevsége, esetleg alakváltozás stb. Ha a burkokra vagy a gyökökre, vagy magára a velőállományra terjedtek át, tüneteik ugyanolyanok lesznek, mint az intravertebralisis tumorokéi, melyek közül az extraduralis tumorok tüneteik legyen szabad figyelmen kívül hagynunk, egyrészt, mivel aránylag ritkák, másrészt, mivel tüneteik az intraduralis tumorok tüneteivel többé-kevésbé megegyeznek.

<sup>1</sup> Előadatott kórboncztnai készítmény bemutatásával a közokrházi orvostársulat 1903. évi december hó 9-dikén tartott bemutató ülésén.

Az intramedullaris tumorok az előbb említett okoknál fogva szintén nem fogják fejtegetéseink tárgyát képezni.

Az intraduralis tumorok a dura és a velőállomány között levő ürt elfoglalva, tünetei a gerincvelői gyökök s a velőállomány compressiójából vagy egyéb laesiojából keletkező tünetek lesznek, esetleg növekedésük folytán esonttünetek is. A gyöktünetek kezdetben rendszeren izalmi tünetek: nagyfokú s hosszú ideig fennálló szűrő-szagató fájdalmak, paraesthesiák, hyperaesthesia, vagy hyperalgesia a gyök által beidegzett területen, ha érző gyök laedáltatik, s görcsök és contracturák a motorikus gyök laesiojánál. Később a compressio vagy egyéb körülmények következtében érzési és mozgási hűdések, atrophikiák, trophikus zavarok jönnek létre. Már most kívánjuk megjegyezni, hogy például csak egy érző gyök compressioja az általa beidegzett területen anaesthesiát még nem fog okozni. Sherrington vizsgálatai szerint



1. ábra.

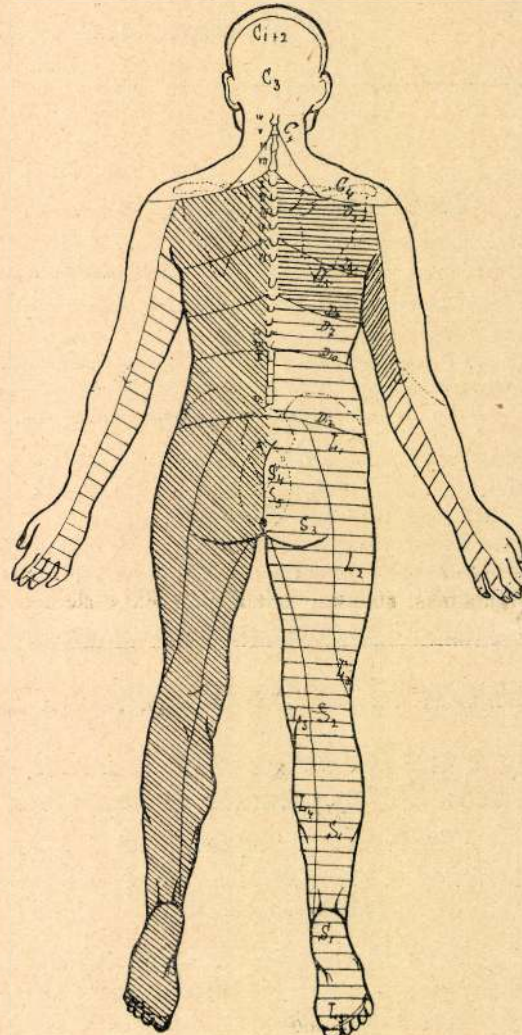
ugyanis minden bőrterület s az alatta levő izmok legalább 3 ideggyök által idegeztenek be. Bruns tapasztalatai alapján még tovább megy: szerinte valamely bőrterület vagy izom innervációjánál a középső ideggyökön kívül még legalább 1—2 felső s 1—2 alsó ideggyök szerepel, a mi a laesio niveaujának meghatározásánál rendkívül fontos szerepet játszik.

A gerincvelő compressiójával vagy egyéb laesiojával vagy úgynevezett vezetési tünetek fognak előállni, hűdések és érzési eltérések a compressio alatt levő helyen, hólyag és végbélzavarok, vagy bizonyos oly *functiobeli kiesések*, mely functiók központját a gerincvelő laedált helyére szoktuk localizálni: oculo pupillaris tünetek, hólyag- és végbélhűdés, hűdés a centrum genito-spinaleban.

A vezetési tünetek a gerincvelői mozgató és érző pályák lefutásában lelik magyarázatukat. Legtöbb figyelmet érdemel ezen vezetési tünetek közül, mert legjellemzőbb, a Brown-Séquard-féle tünetcsoport.

Brown-Séquard a cervicalis tájon átmetszve valamely

gerincvelőfélt, a sértett oldalon mozgási bénulást, a metszéssel ellenkező oldalon érzési bénulást észlelt. A sértett oldalon hiányzik az izomérzés, a sértéssel ellenkező oldalon, az anaesthesia felső határán hyperaesthesiás zóna észlelhető. Ha a metszéssel Sherrington értelmében több érző gyök is megsérült, akkor az illető gyökök által beidegzett területen, tehát a metszés oldalán hyp-, illetőleg anaesthesia található. Ezek volnának röviden a Brown-Séquard-féle hűdés legpraegnansabb tünetei, melyeknek jelenléte gerincvelői tumor eshetőségére a legnagyobb mértékben felhívja figyelmünket. Tumor esetében természetesen a viszonyok nem lesznek oly szabályszerűek, mint a Brown-Séquard-féle metszésnél. A tumor, ha nő s több ideggyököt comprimál, a tumor oldalán gyöktüneteket fog okozni; a gerincvelő comprimálása vagy egyéb laesioja következtében pedig a legkülönbözőbb vezetési eltérések jöhetnek létre, függve a compressio fokától; ha a compressio



2. ábra.

teljes vagy lágyulás következett be, teljes paraplegia és érzési bénulás állhat be, s a Brown-Séquard-féle typusnak minden jellemző tünete elmosódhatik.

Ha a tumor még tovább nő, akkor esonttünetek is lesznek: a csigolyák érzékenysége, esetleg alakváltozása vagy a gerincoszlop merevsége stb.

A gerincvelői daganatok tünetei tehát összefoglalva: *ki-fejezett gyöktünetek, a gerincvelő compressiójából eredő tünetek, Brown-Séquard-féle typus s a gyökök eredésének, illetve a supponált compressiónak megfelelő csigolyák érzékenysége.*

Meg kell jegyezni, hogy az egyes gerincvelői gyökök s az ezeknek megfelelő gerincvelői segmentumok magassága nem esik össze a megfelelő csigolya illetőleg processus spinosus magasságával. Erre nézve legyen szabad Gowers ismert sémájára utalnunk, a melyből kitűnik, hogy például a 6—7. cervicalis csigolya processus spinosusának a VII. és VIII. cervicalis gyök, illetve segmentuma és az I. dorsalis gyök, illetve segmentuma

fele meg. (A gyök magasságának a megítélésénél mindig a gerincszelőlőből való kilépésének a helye vétetett figyelembe.)

A tumor localisatiojáról legyen szabad esetünk kapcsán szólni, melynek kórelőzményi adatai röviden a következők:

W. R., 40 éves hajadon tanítónő 1903. évi május hó 14-dikén történt felvétele alkalmával előadja, hogy 1903. januárjában mindkét térdében fájdalmak léptek fel, lábaiban, karjaiban bizsergést érzett, s a jobb karjában kisugárzó fájdalmi voltak. Már akkor észrevette, hogy jobb lába jelentékenyen gyengébb a balnál, s a járásnál ezt maga után húzza. Járása mindinkább rosszabbodott, míg húsvét táján jobb alsó végtagja „merev lett”, mikor is kénytelen volt foglalkozását abbahagyni, s többé járni nem tudott. Csakhamar bal alsó végtagja is elkezdett gyengülni, de nem oly fokban, mint a jobb. Már betegsége kezdete óta derék- és háttáji fájdalmi voltak.

Betegsége elején gyakori vizelési ingerei voltak, s mindig csak néhány cseppnyi vizeletet ürített. Húsvét táján vizelete hirtelen elállott, úgy hogy katheterizálni kellett. Széke csak beöntésre volt.

Genitalis infectio ki nem mutatható. Körülbelül 2 év óta nem menstruál. Teljes járási képtelensége s vizelési zavarai, továbbá alsó végtagjaiban időnként fellépő fájdalmas görcsei miatt osztályunkra véteti fel magát.

Jelenállapot. Alacsony termetű, gyengén fejlett és táplált, lesoványodott, vérszegény nőbeteg. Pupillák középtágak, egyenlők, kerek, fényre kissé renyhén reagálnak. Gyermekekora óta strabismus. Bal szájzug kissé lejjebb áll.

Mindkét felső végtag egyenlőképpen lesoványodott, izomerő egyenlőképpen gyengült. Alsó végtagok szintén erősen lesoványodottak, csípő- és térdizületben contracturában, melyből kiegyenesíteni azokat alig lehet, míg a bokaizületben minden irányban szabadon mozgathatók. Térdreflexek fokozottak, Achilles-inreflexek nem váltathatók ki. Mindkét lábón Babinski tünete.

Jobb alsó végtag teljesen paretikussá, a ballal kiefokú emelés és hajlítás kivihető.

Betegnél az alsó végtagokban, különösen pedig a jobb alsó végtagban fájdalmas, spontán fellépő görcsök észlelhetők. Ilyenkor a csípő- és térdizületben még erősebb contractura lép fel, a végtagok helyzetváltozást végeznek, a nélkül azonban, hogy a beteg erről tudomást venne. A beteg ilyenkor csak élénk fájdalmat jelez. (Izomérzés hiánya.)

A VI—VII. cervicalis és az I—II. dorsalis csigolya nyomásra érzékenyek. A tapintó-, fájdalom- és a hőérzésre vonatkozó eltéréseket a mellékelt séma (1. és 2. ábra) illusztrálja, mely szerint teljes anaesthesia és analgesia állott fenn a bal alsó végtagon, s a bal törzsfélen fel egészen a második bordáig, továbbá a jobb mellfélen a II. bordától kezdődőleg egész le a X. borda magasságáig, a hol az éles horizontális vonallal végződik. Hypaesthesia és hypalgesia észleltünk mindkét felső végtag belső felületén, a jobb alsó végtagon, s a jobb törzsfélen egészen azon horizontális vonalig, a hol az anaesthesia s analgesia kezdődött. Hátul a viszonyok teljesen hasonlóak. A hypaesthesia és hypalgesia az anaesthesia-tól illetve analgesia-tól elválasztó vonal itt jobboldalt a VIII. csigolya processus spinosusának magasságában volt. (A sémán a tapintó- és fájdalomérzésnél észlelt eltérések úgy vannak feltüntetve, hogy minél nagyobb az eltérés, annál sűrűbb a vonalozás.)

Mellkasi s hasi szervek felett eltérés nem mutatható ki.

Vizelet alkalikus, fajsúlya 1020, nagy mennyiségű genyet s a genyeket megfelelő fehérjét tartalmaz. Görcsö alatt számtalan nagy tömegeket alkotó genysejt, vaginalis és hólyaghám s itt-ott néhány vörösvérsejt volt látható.

Beteget naponta kétszer katheterezzük. Széke csak beöntésre van.

A kórelőzményből kitűnik, hogy esetünkben a bántalom a jobb karban kisugárzó fájdalmakkal, a jobb alsó végtag bénulásával kezdődött. A bántalom csakhamar a bal alsó végtagra is áterjedt, hólyag és végbélzavarok léptek fel, majd pedig majdnem teljes paraplegia, a tünetek oly egymásután való következése, mely bizonyos gerincszelői gyökök s a gerincszelő előrehaladó compressiojában leli magyarázatát.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az egyetemi idegklinikáról.

### A szervezet mozgás-berendezésének alapelvei.

Adatok a mozgás szervei mechanizmusának általános megismeréséhez és az egyes izmok működésének tanához.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.

(Vége.)

Az adductor-család (longus, brevis, magnus, minim.) olyan izomesoport, a melynek működési iránya csak annyiból nem teljesen egységes, a mennyiből az egyes részletei a czombcsontnak az izomzat eredési helyéhez való relatív állása szerint jönnek működésbe. Az a részlet (add. magnus), a mely az epicondyl. medialishoz tapad, nem fokozhatná a csaknem párvonalosan fekvő czomboknak addukálását, erre alkalmasak az izomnak felső részei (minimus, brevis); míg erősen oldalt levő czombállásban ezen részletek helyett a többi jut kedvező működési helyzetbe.

Az adductorok a czombcsont hátulsó felületén tapadnak meg. Ezen körülményből ismét arra lehetne következtetni, hogy ezen izmok a czombot kifelé forgatják. Tekintetbe véve ugyanazon körülményeket, a melyeket az iliacust illetőleg felemlítettünk, itt sem jogosult ezen felvétel; az izomtapadás sajátos elhelyezését a czombcsontnak szögletelhajlása okolja meg. Duchenne kísérletei (288. l.) alátámasztott alsó végtagon történtek (ülő helyzetben) s így támadt az a látszat, mintha az adductorok egyszersmind erősen forgatók is volnának; ezen módon az egyensúlyviszonyok jelentékenyen megváltoznak s olyan forgatás támad, a mely egyébként nem áll be. Duchenne azon adata, hogy az adductor magnus alsó részlete a czombcsontot befelé forgatja, nem igen fogadható el, ez az ellentét is inkább azt bizonyítja, hogy az adductoroknak nincs lényeges forgató befolyása. Duchenne ezen kísérletét úgy írja le, hogy ha az ember a vizsgált egyén lábahegyét passzívan kifelé nyomja és akkor ingerli összehúzódsra az adduct. magnust, akkor a láb egyenesen előre fordul, tehát olyan állásba kerül, a mely tulajdonképpen a nem fordulásnak felel meg.

A gluteus minimus valóban czomb-mozgató izomnak látszik, jóllehet, a mint azt már fentebb tárgyaltuk, rendszerint a glut. medialis együtt dolgozik. Az eredési és tapadási viszonyok hátra- és kifelé irányított mozgásra vallanak; ezen izom továbbá egységesnek, csak egyirányban működőnek is látszik. Sajnos, hogy ezen izmokat, valamint a piriformist, quadratus femorist közvetlenül nem vizsgálhatjuk, ezért csakis az anatómiai viszonyokra és csak kevés az élettanilag észlelhető körülményekre alapíthatjuk a működési irányt illetőleg nézeteinket. Duchenne ugyan alkalmas esetben a piriformist közvetlenül is ingerelhetette s ennek alapján ezen izom hatását hátrafelé, s némileg kifelé irányítottnak veszi, a mihez szerinte még némi kifelé való forgatás is társulna. De Duchenne bizonyára nem a középállásból indult ki, a forgatást pedig valószínűleg megtámasztott lábón észlelte, ezen körülmények nem engedik meg adatainak egyszerű értékesítését.

A quadratus Duchenne hasonló működést tulajdonít, mint a piriformis-, obturat. int.-, gemelli-nek, azaz forgatást — kifelé —, de talán nem abdukálót. Ezen izom (quadratus) fekvése nagyon határozottan a mellett szól, hogy abdukálhat. Nem tudom, hogy a quadratus és a piriformis elég erőt tudnak-e kifejteni, igaz, hogy elég kedvező mechanikai viszonyok között működnek. Talán segíti a quadratus femorist a biceps hosszú feje, vagy az adductor magn., avagy talán ezen utóbbinak kellene a hátra-befelé vonásirányt tulajdonítani? ez a kérdés egyelőre nehezen dönthető el. Kimutatható az is, hogy a gluteus maximus, a midőn szabadságon van (ha másik lábunkon állunk s így a test egyensúlyozása a másik oldal feladata), erősebben megfeszített mozgáskor a hátra-befelé irányt támogatja, de összehúzódsa nem elkerülhetetlen kelléke ennek a mozgásnak.

Alsó izmok: befelé: gemelli, befelé-felfelé: vastus med., befelé-lefelé: semitendinosus, kifelé: tensor fasciae lat., kifelé-felfelé: vastus lat., kifelé-lefelé: biceps (cap. breve).

Az alszáron a viszonyok igen hasonlóan az alkar berendezéséhez: itt is két, egymásra csaknem merőleges mozgásiránnyal találkozunk, a melyek közül az egyik az alszár hajlítása és feszítése alakjában, a másik a czombcsont forgatása közbenjárásával létesül. Daczára, hogy ilyenformán csak két egymásra függőleges irányban eszközölődik a mozgás, mégis teljes

izomberendezéssel találkozunk. A középállás itt is könnyen beállítható a forgatás és a hajlítás feszítés középállásában.

A *vastusok* oldal felé vonó hatását már *Duchenne* leírta azon oldaleltolódások észlelete alapján, a melyeket a térdkalácson tett: a vast. med. izgatásakor befelé, a vast. later. izgatására kifelé való irányban. Természetesen a térdizület sajátlagos szerkezete miatt az alszár nem követheti mozgásában ezen irányokat, hanem az erőkomponensek értelmében mindig csak egy síkban mozog. A harmadik vastust (vast. intermedius, vast. ant., musc. cruralis) *Cruveilhier* nézetével egyezőleg a vast. med.-hoz kell számítanunk, vagy felosztva a másik kettőre, mivel ezen izom tulajdonképpen csak az eredési hely megkettőzésének felel meg, különben pedig a másik két vastus-sal van összeforrvva.

A *semitendinosus* és a *biceps* (cap. breve) az alszár hajlító izmai. Annak okát, hogy a *semitendinosus* alszárhajlító, nem mint szomszédait medenczemozgató izomnak tekintem, először abban adhatom, hogy a közvetlen vizsgálat ezt bizonyítja. Ha fennálló helyzetben felemeljük alszárunkat — azaz lelógó czomb mellett behajlítjuk —, akkor a czomb hátulso felületén a közép-vonal mentén éles kiemelkedés támad, a mely az összehúzódtott *semitendinosus* és *biceps* körvonalainak felel meg. Ezen élesen kiemelkedő alak teljes ellentétben áll azon gömbölyű felülettel, a mely akkor észlelhető, ha ezen végtagunkra helyezkedve, testsúlyunk rögzítésére az oldaltabb fekvő *semimembranosus* és *gracilis* hozzuk működésbe. Másodszor bizonyítónak látom felvételemet az anatómiai szerkezet alapján is: a *semitendin.* a medence legalsó részén ered, a hol fennálló helyzetben legalább ezen pont az izomnak a tibián való tapadásához amúgy is legközelebb van, megrovidülése tehát a medence helyzetváltoztatását nem okozhatná. Másrészt a tibián való elhelyezése (ez a legalsó társai közül), továbbá inának lefutása, mint leghátulso a sorozatban, sokkal alkalmasabbá teszik a hajlító hatásra, mint a *semimembr.-t* és *gracilis*-t.

A *biceps* két feje közül a rövid határozottan hajlító (más nem is lehet), a hosszúnak hatása nem olyan világos, esetleg ezen izomrészlet izületbiztosító is lehet.

A befelé és kifelé irányított működéseket a czombesont forgatásának tulajdonítom. E tekintetben bizonyos ellentmondás van azon felvétellel, a melyet fentebb az alkar mozgásainak fejtegetésekor a felkarsont forgására nézve felvettem. Mindazonáltal csak annak a leírására szorítkozom, a mit a közvetlen észlelés ad, a két analog mozgást nem tudom igazi harmoniába összeegyeztetni, kétségtelenül itt is szerepel azon már fentebb hangsúlyozott különbség, a mely az elülső és hátulso végtagok között fennáll.

A czombesont kifelé forgatására — a mi egyértelmű az alszár befelé mozdításával — több izom alkalmas, így a két *obturatorius* és a *gemellusok*. Itt is olyan szaporodását látjuk az izmoknak, mint a felkarsontnak kifelé rotálása körül, a hol az *infraspinatus* mellett a teres minor is hasonló működésűnek látszik. Sőt a hasonlóság még tökéletesebbé válik, ha az *infraspinatus* szerkezetét is megtekintjük (l. bármely atlaszban), a mely igen hasonlít a *gemellusok*hoz. Nagyon valószínűnek látom, hogy egy része ezen izmoknak (az *obturatoriusok*), ép úgy mint a teres minor is, az izület rögzítésére szolgálnak (hacsak nincsenek valami összefüggésben azzal a körülménnyel, hogy az alszáron, alkaron két csont van). Hogy ezen izmok működésükben nem tartoznak össze, azt véleményem szerint a mozgató idegek különböző volta is bizonyítja.

A milyen világos azonban a felkarsont befelé fordulása a *subscapularis* működése következtében, ép oly nehéz a megfelelő izmot a czombesonton megtalálni. A mozgást egészen könnyen tudjuk elvégezni, az analógias izmot azonban hiába keressük a *subscapularis*nak megfelelő irányban. Ennek oka nem igen lehet másban, mint a czombesontnak már több ízben említett megtörésében a *collum femoris* hosszú volta következtében és a négy-lábúaktól való leszármazásban. Ha ugyanis ezen utóbbi testtartásnak megfelelőleg tartjuk a czombesontot, akkor be kell ismernünk, hogy az adott viszonyok között a megfelelő izom elhelyezése nem volna könnyű.

A közvetlen vizsgálat azt deríti ki, hogy a keresett izom a *m. tensor fasciae latae*, ez forgatja befelé a czombesontot.

A *tensor fasc. l.* ezen forgató hatását már *Duchenne* is leírta, de *Duchenne* azon véleményét is nyilvánítja, hogy ezen forgatást részben a *glut. med.* is előidézheti, azt az esetet azonban, a melyre ezen nézetét alapítja (281. l.), nem tekinthetjük elégségesen bizonyítónak. *Duchenne* ezen izom benuulását ezen esetben úgy írja le, hogy a beteg fiatal leánynak a lába, daczára, hogy ő a *tensor fasciae*t teljesen benuultnak találta, járás közben, a midőn éppen a hibás lábára nehezedett, kifelé fordul; miután pedig a leány lábát befelé is jól tudja forgatni, *Duchenne* ezen utóbbi mozgás lehetőségét a *glut. med.-nak* tulajdonította. A fiatal leánynak azonban egyéb izmai is gyengék voltak ezen a végtagon, s a mennyire a rövid leírásból kitűnik, lábának kifelé fordítását járashibájának kompenzálására használta fel. Kitűnik ez abból is, hogy kellő figyelemzetéssel el tudta kerülni ezen túlságos kifelé fordítást, de a mint az ilyen esetekben szokott lenni, ilyenkor bizonyára nehezebben ment. A szóban forgó kompenzálás érthető, mert ha a beteg *quadriceps*e volt gyenge, úgy a beteg a lengő láb elülső szakaszának végén nehezen tudta kifeszítve tartani az alszárat. Ha a beteg ilyenkor lábát kifelé forgatta, a hirtelen megterhelés a térdizületnek szalagoktól védett oldalára esett, azt pedig, hogy térde már most kifelé meg ne csúszszék, *adductor*aival ellensúlyozhatta. Egyáltalában nem bizonyos tehát, hogy ezen esetben a *tensor fasc. latae* teljesen benuult volna, még kevésbbé hozható fel bizonyítékul az említett járászavar.

De ezen esetben tévesnek kell kijelentenünk azon felfogást is, mintha a *glutaeus med.* tetszése szerint forgathatná a lábát befelé vagy nem, pedig az derülne ki ez esetből, mert a mint a kis leány rálépett ezen hibás lábára, kétségtelenül összehúzódnásra bírta *glutaeus*-át, hisz a nélkül igen nehéz járnai s ha az izom működésképes, úgy minden rálépésre ezen izom erős működésbe jön. Ha e közben lába kifelé fordult, úgy ez ellene szól *Duchenne* feltevésének. *Duchenne* ugyan úgy gondolja, hogy ez a kifelé fordulás a lengő lábon következett volna be, de a kóros járás tanulmányozása engem határozottan ezzel ellentétes felvételre kényszerít.

Láb. Izmok: *befelé*: *tibialis post.*, *befelé-lefelé*: *tibialis ant.*, *befelé-lefelé*: *triceps surae*, *kifelé*: *peroneus brevis*, *kifelé-felfelé*: *peroneus long.*, *kifelé-lefelé*: *peroneus tertius*.

Csak a tarso-metatarsális tag megbeszélésére szorítkozom, a lábujjak mozgása a kézujjakéval analog módon ítelhető meg. A lábú azonban nagyon eltér a kéztől alkotásától, mert ez utóbbi az alkar egyenes folytatása, míg a lábú tulajdonképpen kétkarú emelőrud, a melynek mozgásai a két végponton — a sarkon és a lábujjakon — éppen ellentétes mozgásokat végeznek. Hogy egysegesen íteljük meg a mozgást, a kéztől höz hasonlóan a metatarsális rész mozgásait fogjuk tekintetbe venni. Ha ez a részlet pl. befelé-lefelé mozdul, akkor természetesen a sarok kifelé-felfelé végez kitérést.

A *triceps surae*-t *Duchenne* is egységes izomnak tekinti. Összehúzódnási hatásának leírásában *Duchenne*, valamint *Poirier* és *Richer* is hangsúlyozzák a hátulso lábészletre való feszítési hatást, ezért a láb feszítő izmának mondják, a német szerzők ellenben, s velük mi is, a láb elülső részének mozdulását véve alapul, ezen izmot hajlító izomnak nevezzük. Nem tudom azonban elfogadni *Duchenne* azon adatát, hogy a *soleus* és *gastrocnemius* között olyan különbség volna, hogy a meg nem terhelt lábon a láb hajlítását csak a *soleus* végezné, ha ellenben az ember a lábára rá áll, a *gastrocnemius* is működésbe jönne, mert sokszoros kísérleteimben ilyen különbséget észlelni nem tudtam. Ha az ember *Achilles*-inát kellő módon megterheli, úgy akár hajlítva, akár feszítve van az alszár, a *gastrocnemius* összehúzódnása a láb hajlításakor élnenek észrevehető, jóllehet az utóbbi izomrészlet feszített alszár mellett bizonyára jobban fejtheti ki erejét.

A *peron. long.*, *tibial. ant.*, *peron. tert.*, *peron. brevis*, *tibial. post.*-t illetőleg vizsgálataim eredménye *Duchenne* adataival teljesen megegyezik.

\* \* \*

Mivelhogy ezen dolgozatomban inkább az a czélom, hogy demonstráljam az izmok eloszlásáról és az izomrendszer berendezéséről felállított principiumom gyakorlati beválását és a segítségével nyerhető értékes adatokat, ezúttal nem tekintem feladatomnak,

hogy az összes tagokat végig részletezzem. Ha az itt kifejtett adatok teljesen kiforrtak, lehetséges lesz a mozgási berendezéseket a fejre, a csigolyákra, a bordákra, a törzsökre, az inyvitörákra stb. részletesen kidolgozni, bár egy pillantás ezen tagok izom-berendezésére azonnal elárulja, hogy ott is ugyanazon viszonyok találhatók fel. Csak függelék-képpen hozom még fel az állkapocs, a szakcsont izom-berendezéseit. Az állkapcsen az oldalmozgathatóság meglehetősen korlátolt, egyenesen kifelé hiányzik a mozgás, a többi öt mozgásirány a következőképpen van beosztva: *kifelé-lefelé*: geniohyoid., *befelé-lefelé*: mylohyoid., *befelé*: pteryg. ext., *befelé-felfelé*: pterygoid. int., *kifelé-felfelé*: masseter-temp. Ezen utóbbi kettőzöttség szokatlan, a melyet talán az összehasonlító bonczolástan tudna megfejteni,<sup>1</sup> talán a hiányzó kifelé irányított mozgás izma alakult át ezen a módon, vagy, a mi valószínűbb, az egyik tulajdonképpen a retractor szerepére van hivatva s abból fejlődött ki.

A szakcsonton hiányzik a befelé való mozgás, mert ezen irányban a csont két fele egymásba forrt. A többi öt mozgásirány a következő: *befelé-felfelé*: digastr. ant., *kifelé-felfelé*: stylohyoid., *kifelé*: digastr. post., *kifelé-lefelé*: omohyoid., *befelé-lefelé*: sternohyoid.

Ha most felkutatjuk, hogy összeállításainkban a feldolgozott tagokat illetőleg mely izmok maradtak ki, úgy a felső végtagon a supraspinat., subelavius, coracobrachialis, palmaris brevis, az alsó végtagon az obturatoriusok, a suberuralis, biceps cap. long., pectin., poplit., plantaris volnának felemlíthetők. Ezek részben egymással szembe állíthatók:

- teres minor — obturatorii
- supraspinat. — pectinaeus
- coraco-brach. — biceps cap. l.
- palm. brev. — plantaris.

A közelebbi megfigyelés s nagyrészt *Duchenne* adatai is megerősítenek azon véleményben, hogy ezen izmok tulajdonképpen segítő izmok, az ízületeknek biztosítására szolgálnak. Ilyen értelemben analog izmai a retractor bulbinak az állatokon.

IV.

Még érdekesnek találok a mi izomrendszerünket az idegekkel való ellátására nézve is megvizsgálni. A mint a bevezetésben már felemlítettem, feltűnő dolog az, hogy minden egyes tagnak három ideg felel meg, s hogy ezek nem egyenletesen oszlanak meg az egyes irányokban. A legvilágosabban állanak előtűnk a szemeken észlelhető viszonyok, a hol az egyes idegek különválva lépnek ki a központi idegrendszerből és minden további összekeveredés nélkül — a segmentumos beosztásnak megfelelőleg — kerülnek megfelelő izmaikhoz. A mint ismeretes, ezen szerven, a szemén, két izomnak külön-külön idege van (IV, VI), a többi ellenben harmadik, közös idegtől nyeri ellátását.

A többi tagon nem ilyen tiszták a viszonyok, az idegek környéki lefutásukban összeszövődnek, neveik is még mindig nem egységesek, a különböző anatómiai művekben összetartozásukat nem egyenlően írják le.

A nélkül tehát, hogy ezen kérdésben ma valami igen határozott álláspontot lehetne elfoglalni, mégis elég tanulságos az idegberendezés összefoglalása. E szerint a következő idegeket találjuk:

- a *szakcsonton*: trigeminus mot., facialis, hypoglossus,
- az *állkapcsen*: trigeminus mot., hypoglossus (abdukálás hiányzik),
- a *lapoczkán*: suprascapul, thoraco-dorsal., thoracic. l.
- a *vállon*: accessorius, thorac. l., thorac. ant.
- a *felkaron*: axillar., thorac. ant., thoraco-dorsal.
- az *alkaron*: musculo-cut., radial., suprascapul.
- a *kéztőn*: radial., medianus, ulnaris,
- a *medenczén*: femoralis, obturat., pl. sacral.,
- a *czombcsonton*: femoralis, obturat., pl. sacral.,
- az *alszáron*: femoralis, peroneus, tibialis,
- a *lábón*: peron. superf., per. profund., tibialis.

<sup>1</sup> Az alsóbbrendű gerinceknek alsó állkapcsa több esontból van összetéve.

A mint látható, mindig három ideggel találkozunk és ha az idegelosztást feltüntetjük (l. a 6. és 7. ábrát), úgy eléggé tanulságos, bár még nem elég tiszta képet nyerünk; bizonyos típusok feltehetőek, de az eltérések még nem jól magyarázhatók.

\* \* \*

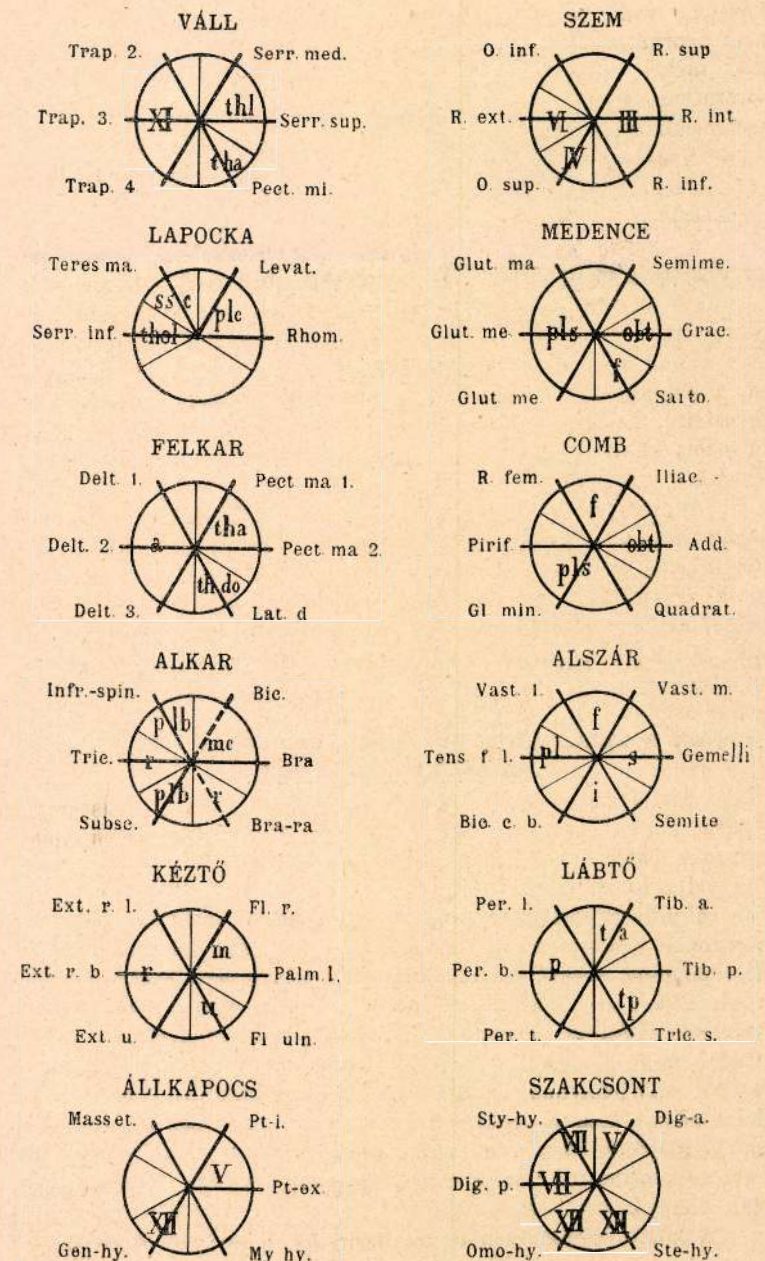
Végül azon meggyőződésnek óhajtok kifejezést adni, hogy az ember mozgásberendezései még nem annyira kidolgozottak, hogy e tekintetben már elég volna a régi adatokra szorítkozni. Végleges megállapodások csak akkor lesznek nyerhetők, ha az egyes izmok erőirányai fokokban lesznek kifejezhetők. Alapfeltétele volna ezen munkának az, hogy véglegesen megállapodjunk a mozgásirányok kiindulási pontját illetőleg (a mi középállásunkat véljük erre egyedül alkalmasnak). Ezen az alapon volnának feldolgozandók az egyes izmoknak hovátartozása a mechanikai viszonyok, az összehasonlító bonczolástan adatai és élettani vizsgálatok eredményeinek tekintetbe vételével.

\* \* \*

A két táblán (6. és 7. ábra) az izmok mozgási irányai vannak egybeállítva, megfelelőleg szétszítva az egyes tagokra s a középállásból számított kiindulásra. A körön belül az idegek vannak feltüntetve.

LATERAL.

MEDIAL.



6. ábra.

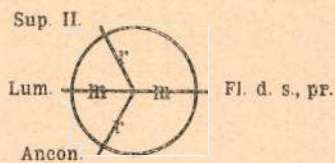
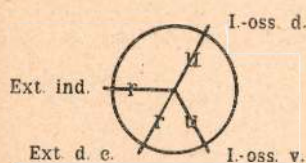
LATERAL.

MEDIAL.

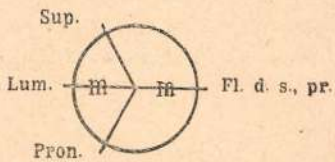
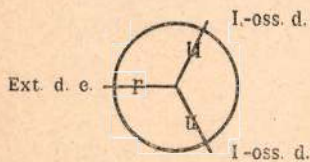
Phalanx I.

Phalanx II, III.

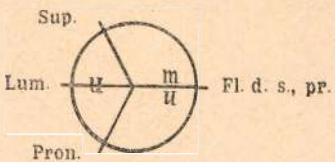
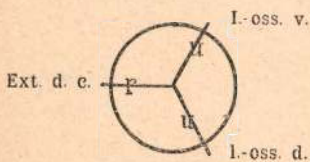
INDEX.



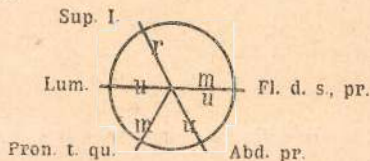
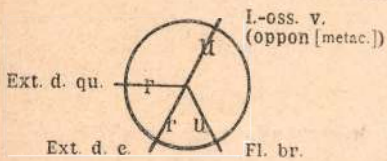
DIGIT III.



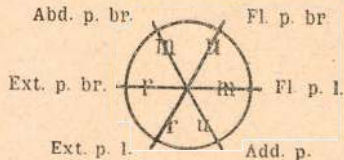
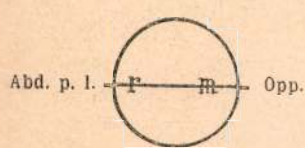
DIGIT IV.



DIGIT V.



POLLUX.



7. ábra.

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Adatok a fehér véresejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.

Irta: Elfer Aladár dr.

(Folytatás.)

Lokális genyedés, mely sokáig elhúzódik, nem okvetlenül jár erősebb hyperleukocytosissal; igen súlyos, halálos kimenetelű fertőzések pedig esetleg leukopeniával is járhatnak. A genyedő folyamatokat kísérő hyperleukocytosist már a mult század közepén is ismerték, így *Donders, Schulten, Patrigeon* tesznek róla említést, továbbá *Halla* és *Maragliano, Rieder, Limbeck* gyűjtöttek össze nagy szorgalommal meglehetősen számú erre vonatkozó adatot. *Grawitz* ily irányban folytatott vizsgálatai alapján figyelmeztet arra, hogy genygyülemek leukocytosis nélkül előfordulhatnak, a nélkül, hogy a fertőzésnek rendkívüli súlyos voltával igyekeznénk azt megmagyarázni. Részemről az ily irányban tett tapasztalataim egy részéről nem számolhatok be, mivel erre vonatkozó adataim nem állanak jelenleg rendelkezésemre. Azonban élénken emlékszem egy elgenyedő májehinococcus esetére, a hol a rázóhidegek daczára normális fehérvérsejtértéket kaptam.

XI. Mellhártyalob-esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C.º	Fehér-vérsejt szám
1	18 éves, férfi	Baloldali, a II. bordáig felterjedő izzadmány (genyes). Áttét a seb. kórodára.	d. u. 6 óra. 37.4	24000
2	17 éves, férfi	Exs. pleur. purul. l. dextr. Állítólag 2 hét óta fennálló panaszok.	d. u. 7 óra. 38.7	16500
3	18 éves, nő	Exs. pleur. purul. l. sin. V. bordáig terjedő tompulat. Állítólag 2 nap óta fájdalmak a bal mellkasfélben.	d. e. 11 óra. 37.6	14000
4	14 éves, fiú	Exs. pleurit. l. sin. 2 hét óta beteg. Javultan távozik.	d. u. 6 óra. 37.9	10200
5	32 éves, férfi	Exs. pleurit. l. sin. 8 nap óta beteg. Javultan távozik.	közvetlenül punctio után délután 5 óra. 37.4	11500
6	18 éves, férfi	Exs. pleurit. l. sin. 2 hét óta vannak fájdalmak. A scap. csücsáig terjedő tompulattal távozik 3 hét multán.	d. e. 1/212 óra. 37.6	5100
7	17 éves, férfi	Exs. pleurit. l. d. 2 hét óta fennálló, a jobb mellkasfélre vonatkozó panaszok. 3 hét multán javultan távozik.	d. u. 4 óra. 37.5	5200
8	11 éves, fiú	Exs. pleurit. l. dextr. 3 hét óta beteg. Tompulat a IV. bordáig terjedő. Th. 4 gm. natr. salic. Tompulat kisebbedik. VII/12. javultan távoz.	VI/23. d. e. 12 óra. 38.8	15000
9	50 é. férfi † Sectio carc. pulm. és a pleurán való metastasist mutatott.	Jobb oldalt az V. bordáig terjedő tompulat. Egyébként elgyengült. Fél év óta lábai dagadtak.	VI/24. d. u. 6 óra. 39.2 VI/29. d. e. 9 óra. 36.7 VII/6. d. e. 12 óra. 36.6	8500 6500 12000
10	22 éves, nő	Exsud. pleurit. l. sin. A tompulat a scapul. csücsig terjedő. Exsud. pleurit. l. sin. Egy hét óta fájdalmak a bal mellkasfélben, III. bordáig terjedő tomp. Ther. 2 gm. aspirin és 3x10 cgm. coffein. Remittáló hőmenet.	d. u. 1/28 óra. 39.0	7500
11	21 éves, nő	VIII/17. a tompulat felső határa enged. Jelentékenyen javulva távozik. Nephritis chronica. A jobb mellkasfél felett a IV. bordáig terjedő tompulat. Már hónapok óta dagadtak a lábai és hasa. A jobb mellkas felett a IV. bordáig terjedő tompulat. A próbapunctionál nyert folyadék transsudatiós jellegű. 3 hét multán	VIII/8. d. e. 9 óra. 37.4 VIII/9. d. e. 12 óra. 37.1 VIII/13. d. u. 6 óra. 39.6 VIII/15. d. e. 10 ó. 37.2 VIII/20. d. e. 12 ó. 36.5	23500 16600 15000 9500 6000
12	40 éves, nő	VIII/23. d. u. 4 ó. 38.2	12500	
13	18 éves, nő	A próbapunctionál nyert folyadék transsudatiós jellegű. 3 hét multán	d. u. 1/210 óra. 38.5	13500
14	11 éves, fiú	2 hét óta fennálló panaszok. Exsud. pleurit. l. sin. Egy hét multán jelentékenyen javulva távozik.	d. u. 6 óra. 40.2	12500
			VI/4. d. e. 11 óra. 36.5 VI/6. d. e. 11 óra. 36.3	7000 12000

Szám	Kor. Nem	Betegségekre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsejt szám
15	51 éves, férfi	4 hét óta beteg, jobb mellkas felett a III. bordáig terjedő tumor.	délelőtt 8 óra. 36.9	9500
16	21 éves, férfi	Pneumonia crouposa mellett fejlődő genyes izzadmány a bal mellkasfélben. Fennállási idő 5 nap.	XII/22. 37.1	30000

Fontosnak tartjuk minden ilyen eset felemlítését már csak azért is, mivel a körülbelül 2 év előtt tartott *Curschmann*-féle előadás alapján megindult nagyobb körű vizsgálatok szerint melyek a féregnyúlványlobnál található fehérvérsejtszám mennyiségéből következtetést óhajtának vonni a lokális folyamat természetére nézve is, a magas fehérvérsejtszámmértékből geny jelenléte óhajtának következtetni s ezzel kapcsolatban az operatív beavatkozás megengedését, esetleg szükségességét kötik az állandó hyperleukocytosis jelenlétéhez; ugyancsak a lipcei klinikáról jelent meg újabban *Stadler* közleménye, mely a *Curschmann* által közölt 60 féregnyúlványlob esethez csatlakozó 70 újabban észlelt és megvizsgált féregnyúlványlob alapján megerősíti, hogy 23,000-en felüli fehérvérsejtszám, feltéve hogy egyéb complicatiók nincsenek, geny jelenléte utal s e mellett újlag hangoztatja a már *Curschmann* által is felállított tételt, mely szerint főleg a hyperleukocytosisnak napokon át való tartama és növekedése az, a mely jellemzi a féregnyúlványlob genyedő természetét. Általában a fokozódó fehérvérsejtszám állandósága genyedés mellett szól, de határértéket nem állít fel; azonban heveny folyamatoknál, ha a fehérvérsejtszám csak egy ízben is túlhaladja a 25,000-et, geny jelenlétét biztosra veszi, ismételten hangoztatva egyéb complicatio kizárásának szükségességét. Mindenesetre *Grawitz*-nak ezen kérdésben elfoglalt álláspontját méltányolnunk kell a magunk részéről is, dacára annak, hogy közvetlenül appendicitisnél ilyen irányú nagyobb vizsgálati adataim nincsenek, de következtetve egyebütt lefolyó genyedésekkel és gyuladási folyamatokból, állíthatjuk, miszerint magas fehérvérsejtszámot kaphatunk genyedő folyamat fennállása nélkül is. Különösen az appendicitis, az epeutak hurutos lobja és a genitáliák körül lefolyó gyuladással elváltozások azok, a melyekben a fehérvérsejtszámlálás fontosságát hangsúlyoznunk kell, és az operatív beavatkozás indicatiojának felállítása előtt mindig gondoljunk ama kivételre — mert ezek csakugyan kivételek —, hogy a fehérvérsejtszámszaporodás kimaradhat.

A mit a lokális genyedő folyamatokról mondtunk, fokozottabb mértékben mondhatjuk az egész szervezetet elárasztó fertőzésekre vonatkozólag. Erre vonatkozó eseteinkben mindenütt láthatunk a nagy mértékben fennálló hyperleukocytosis, sőt egy előttünk fejlődő peritonitis esetében igen jól követhettük a fehérvérsejteknek 9000-ről 43,000-ig felemelkedő értékét, sőt még a közvetlenül az exitus előtt is 30,500 volt a fehérvérsejtszám. A legmagasabb számérték, a miről beszámolhatunk, egy diphtheriás fertőzés után fellépő pyaemiás folyamatnál volt, a hol 66,500 volt a fehérvérsejtek száma 38.5<sup>o</sup> C. hőmérsék mellett; az exitus előtti időszakban 55,500. Külön óhajtjuk felemlíteni, hogy valamennyi idevonatkozó esetünkben állandóan magas számértéket kaptunk, kivéven egy sepsis puerperalis esetét, a melyben — mint már mások is — leukopeniát találtunk, azonkívül említetek, bár pontosabb számértéket nem jelezhetek, másfél nap alatt exitushoz vezető appendicitis gangraenosát egy körülbelül 17 éves fiatal embernél, a kinél normális fehérvérsejtszám értéket kaptam (számítás a régi *Zeiss*-féle kamarával történt). Tehát az általános fertőzéssel járó folyamatoknál található számingadozásoknál is utalhatunk *Schlesinger* adataira, a ki az exitus bekövetkeztét egyaránt látta a hypo-, mint a hyperleukocytosis szakában.

Különös érdeklődéssel vizsgáltam a mellürben lefolyó gyuladásoknál található fehérvérsejtszámingadozásokat, ama gondolat reményében, mely szerint a tuberculosus és a nem tuberculosus alapon fellépő, egyéb fertőzések alapuló mellhártyalobokra vonatkozólag valamelyes különbséget talállok. (Folytatása következik.)

## Tárca.

Egy szép és kedves ünnepély az I. belgyógyászati klinikán.

25 éves találkozóra gyűltek össze f. hó 15-dikén azok az orvoskartársak, kik az 1878/9-diki tanévben végezték be orvosi tanulmányaikat a budapesti egyetemen. Több mint negyven orvos jelent meg az ország minden részéből az Orvos-Club-ban, hol vidám lakoma fűszerezte a régi barátok viszontlátásának örömét. A vidék kiváló orvosai nyújtották baráti jobbukat a budapesti és kolozsvári orvosi élet számos jelesének. A jelen voltak (köztük: *Szabó Dénes*, *Bókay Árpád*, *Havas Adolf* tanárok, *Tóth Lajos* min. osztálytanácsos, *Schwarz Arthur*, *Dirner Gusztáv*, *Morelli Károly* docensek, *Tóth Gyula* főtörzsorvos, *Kandás József* és *Kosztka Emil* törzsorvosok, *Popovics Pál* Szerbia protomedicusa stb.) egyértelmű lelkesedéssel elhatározták, hogy másnap reggel megjelennek szeretett régi tanáruk, *Korányi Frigyes* előadásán.

Folyó hó 16-dikán a reggeli vizit után, midőn az ősz mester a tanterembe lépett, a régi tanítványok nevében *Bókay Árpád* tanár a következő beszédet intézte hozzá: „Szeretett mesterünk! 25 esztendővel ezelőtt hagytuk el a mi imádott Alma Materünket. Az egymás iránti meleg baráti érzés, mely az egyetem padjain fejlődött ki bennünk, most egy negyed század multával ismét egyesített bennünket. A boldog viszontlátás örömeibe azonban örömcseppek is vegyültek. Megváltozott sok minden körülöttünk. Persze megváltoztunk nagyon mi magunk is; megkoptatott, megvásott bennünket is az élet; derült diákéletünk kedves tanyáit hiába keressük, nevüket sem ismeri már a mai fiatalság; a hatvani-utezai egyszerű, de nekünk kedves emlékü klinikai épület helyén bérpalota áll; régi szeretett tanáraink majd mind örök álmukat aluszák, helyüket új nemzedék foglalta el: csak Te maradtál meg nekünk változatlanul! Kedves Mesterünk! Munkakedved, munkabírád nem csökkent; ékesszólásod a régi fényű; elmeéled az idő csorbát nem tudott ütni; tanítványaid iránti szereteted állandó, s az ő szeretetük Irántad is változatlanul ragaszkodó. Ez a 25 év óta bennünk is változatlan tanítványi szeretet, melyet magunkkal vittünk s magunkban ápoltunk, vezetett ma ide bennünket. Látni és tisztelni akartunk ismét Tégedet s hallgatni ékes szavadat. Engedd meg nekünk Kedves Mesterünk, hogy ismét beülhessünk a kedves emlékü padokba s előadásodat meghallgatva, egy rövidke órán át azon édes esalodásban ringathassuk magunkat, hogy ismét ifjak vagyunk, ifjak, mint az itt jelenlevő mostani tanítványaid.“

Mélyen megindulva válaszolt régi tanítványa s most tanártársa szavaira *Korányi Frigyes*, üdvözölve azokat, kiket a szeretet hozott össze s vezetett hozzá. Ezután egy valóban mesterileg megépített előadást tartott egy vesetuberculosisban szenvedő betegről, beleszöve előadásába a 25 év óta felmerült összes belgyógyászati diagnosztikai módszerek ismertetését. Az élvezetes óráért ismét *Bókay Árpád* tanár mondott meleg köszönetet, megígérve, hogy 5 év multán, midőn ismét találkozhatnak, újra felkeresik szeretett tanárukat. Szünni nem akaró éljenzés közben szorította meg az ősz mester búcsúzóul minden egyes régi tanítványa kezét. A tanítványi ragaszkodás e kedves ünnepén mély meghatottsággal vettek részt a mester mostani hallgatói is, kiknek ez ünnep követendő példát szolgálhatott arra, hogyan kell és hogyan lehet ápolni már tanuló kortól kezdve nemcsak a collegiális együttérzést, hanem a tanárok iránti hálaérzetet is.

## Az 1904. évi állami költségvetés.

A vallás- és közoktatásügyi ministerium 1904. évi költségvetése. Az ismert parlamenti viszonyok folytán az állami költségvetést ugyancsak későn nyújtották be. A közoktatásügyi tárca újból jelentékeny fejlődést mutat, a kiadási többlet az öt és fél millió koronát közelíti meg, úgy hogy az összes kiadás 1904-re 53 millió korona.

A budapesti tudományegyetem 2.941,573 korona rendes, 77,000 korona rendkívüli kiadással, 420,000 korona beruházással, összesen tehát 3.438,573 koronával szerepel, az emelkedés tehát a mult évi 3.165,310 koronához képest jelentékeny. Ez összeg fedezéséhez a tandíjjövedelem 700,000 koronával, az egyetemi alap csak 520,629 koronával, a klinikák ápolási díjai 142,000 koronával járulnak hozzá, úgy hogy az állami háztartást közvetlenül két millió korona terheli.

A kiadások legnagyobb része az orvosi fakultásra esik, a menyiben a dologi kiadások javarésze ezen karnak van szüksége: a házi és klinikai szükségletek meghaladják az egy millió koronát, az elméleti és gyakorlati oktatás céljaira előirányzott 147,400 koronából

53,7000 korona, s a beruházások egész 420,000 korona összege is ezen fakultásra esik. A személyi kiadások a jogi karnál szaporodtak legnagyobb mértékben, a mennyiben az egyetemre visszatért két politikus számára új tanszékeket creálnak, míg az orvosi fakultás csak egy új tanársegédet s egy új díjazott gyakornokot kap, előbbi az általános kór- és gyógytani s a vele kapcsolatos Pasteur-kórház. Ugyanezen kórház igazgatásáért a megbízott tanár 3000 korona tiszteletdíjat kap.

A rendkívüli kiadások között jelentékeny emelkedést mutat a budapesti poliklinikai egyesület segélye (6000 koronáról 13,000 koronára) s új tétel: a gyógyszerészgyakornoki tanfolyam segélyezésére 5000 korona. A beruházások költségei következőképp oszlanak meg: az általános kórtani tanszékkel kapcsolatos Pasteur-intézet felépítésére utolsó részletül 100,000 korona, a törvénytörvényi orvostani intézet halottas házának és beszentelő kápolnájának felépítésére 120,000 korona, a kisebb klinikák épületének első részete: 200,000 korona.

A *kolozsvári* tudomány-egyetem 1.323,055 korona kiadásával szemben csak 146,211 korona bevétel áll, külön tételt alkot a Karolina-kórház az egyetemi klinikákkal, 612,851 korona kiadással és 425,173 korona bevétellel, utóbbi legnagyobb részét az ápolási díjak (410,000 korona) teszik. A beruházások 260,000 koronányi összegét majdnem teljesen az új egyetemi könyvtár s az egyetem továbbfejlesztésére szükséges telkek foglalják le. A közoktatásügyi kormányzat előrelátóan egyszerűre nagyobb telket szerez meg, miáltal az egyetem jövődjét fejlesztését nagyon megkönnyíti.

A *bábaképezdek* tétéle a kassai új bábaképezdek építésének első részletül 80,000 koronát irányoz elő.

A *belügyi tárca költségvetése*. A belügyi tárca 58 és fél millió költségvetésében az emelkedés több mint 14 millió. Ez összeg jelentékeny részét alkotják a *közegészségi* kiadások, a mennyiben a beteg-ápolási költségek azon része, melyek közvetlenül a kineztárt terhelik, majdnem 1 millió koronával emelkednek, de még sokkal nagyobb az országos betegápolási alap kiadásainak emelkedése. A *tényleges* kiadás 1903-ban már megközelítette a 10 millió koronát, melyből 4 millió korona a gyermekvédelmi s 6 millió a betegápolási költségekre esik, s ez összegek fedezésére összesen 4½ millió állott rendelkezésre, a *deficit* tehát 5½ millió!

A *minister* 1904-ben összes kiadásra 7.889,600 koronát irányoz elő, ebből 3 milliót gyermekvédelemre; a *tényleges* kiadás s előirányzás különbözötét takarékosággal óhajtja eltüntetni, *így is az országos betegápolási pótadónak 30%-ról 50%-ra való felemelését kénytelen kérsni!* A közegészségi kiadások a belügyi tárca költségvetésében meghaladják a 13 millió koronát.

Grósz Emil.

### A XXXIII. berlini sebészcongressus.

(1904. április 6—9-dikéig.)

(Vége.)

A congressusnak határozottan legérdekesebb mozzanata közé tartozott a Mikulicz boroszlói klinikájáról közölt és bemutatott pneumatikus kamara, melyet *Sauerbruch* ismertetett és az ebben végzett intrathoracalis beavatkozások physiologiai és physikai alapelveiről értekezett. A pneumothorax elkerülése céljából az intrathoracalis műtéteket ezen kamarában előállított ritkított levegőben végzi állapotokon. Az operatív sebészetnek a jövőben talán új aerát nyit. Tudjuk, hogy a mellkas megnyitása után az atmosphaerikus levegő behatására a tüdő összeesik, pneumothorax jó létre s a légző és vérkeringési zavarok életveszélyesek. *Sauerbruch* a műtőkamarában a levegőt ritkítja, a negatív nyomás körülbelül 10—12 mm., tehát 300 meter magasságban tartózkodásnak felel meg. Így a műtő segédeivel ezen elzárt kamarában veszély nélkül működhetik. Az operálandó egyén tüdejének normális feszülési viszonya az így előállított negatív nyomással fenntartható. Az egyén narcotizálása a kamara egyik falán kívül helyezett fején történik. Műtő és altató telefon által bármikor érintkezhetnek egymással. A műtőket a kamara felső üvegfalán keresztül a környeztet állandóan figyelemmel kísérhette. A congressus ideje alatt naponta 2-szer volt alkalmunk *Sauerbruch*ot ezen kamarában kutya mellkasán műtétet végezve látni s elég meglepő, mikor a mellkas felmetszése és felhajlítása után a tüdőt és szívet normálisan látja működni a szemléző. Tüdő- és szívvarratokat mutattak be. Mikulicz ezek alapján az oesophaguschirurgiájának is nagy jövőt jósol.

Ezen intrabronchialis és pleuralis nyomás különbözöket megfordított úton is igyekezett *Sauerbruch* kiegyenlíteni, a mennyiben intrabronchialis 10 mm. higanyoszlopnak megfelelő túlnyomás által a megnyitott pleurát az atmosphaerikus nyomásnak képes volt nyugodtan kitenni. Ép állapot szíve ezen túlnyomást kibírta. Embereknél ezen eljárás alkalmazását még nem merné ajánlani. *Sauerbruch* alapvető kísérleteit *Bauer* és *Petersen* felkarolva modifikálták. *Braun*, a congressus elnöke, igen helyesen, a discussiót az eljárás értékét illetőleg egy évre elhalasztani kérte.

*Perthes* és *Lassar* rákos eseteket mutattak be, melyek Röntgen-sugarakra gyógyulni látszóttak. *Perthes* úgy vélekedik, hogy a Röntgen-sugarak a rákoknál a sejtosztást gátolják, a mint kísérletileg tyúktojásnál és növénysejtekkel kimutatta a sejtosztást gátló hatást.

Urogenitalis sebészetbe vágó előadások közül *Kümmel* és *Krönlein* a vesegümőre vonatkozó tapasztalatai figyelemre méltók. *Kümmel* a vesetuberculosis korai műtétét ajánlja. 48 eset közül a primaer gócot rendszeren a test más részén megtalálhatta. A vesegümő korai stadiumban objectív és subjectív tünetek úgyszólván teljesen hiányoznak, mert sem fájdalom, sem tumor nem jellemzik a bajt, legfeljebb a hólyagtuber-

culosisra gyanús tünetek vannak jelen, kevésbé zavaros vizelet mellett. Az ureter-katheter által constatalhatta a vese tuberculosisát. Figyelmeztetett, hogy különösen asszonyoknál a hólyaghurut, ha nem blennorrhoea, trauma vagy katheterizálás által okoztatott, tuberculosisra absolut gyanús. Hólyagtuberculosis sohasem operálandó, mindig a vesegümő diagnosizására fektette a súlyt, mert az infectio leszálló. A vizelet gümőbacillustartalma rendkívüli súlyt helyez s e nélkül a diagnosit sohasem mondja ki. A *Völkerst* és *Joseph-féle* carmin-befecskendés az ureternyílás könnyebb fellelésére kezdőknek igen jó segédeszköz. Epen tuberculosisnál néha igen nehéz az ureter feltalálása, ennyit ez eljárással elérhetünk, többet nem. Ha a diagnosit megvan, mindig totalexstirpatio kövesse. Az uretert körülbelül 10 cm. hosszú, fehérizzó fémsonda segélyével égetve elpörköli és elroncsolja, a mit *Küster* nem tart szükségesnek, mert az ureterek a vese eltávolítása után úgy is gyógyulnak.

*Krönlein* a vesetuberculosis gyakoriságára Svájcban utal s hiszi, hogy nőknél sokkal gyakoribb. 51 esetben operált vesetuberculosis miatt, úgy hogy ma már ezen betegség teljesen a sebész kezére bízandó. Gyermekeg, terhesség, hólyaghurut és retentiók kedvezően készíthetik elő a talajt a vesetuberculosis kifejlődésére. Ezen localis factorok képezik a praedispositiót s ezért „fängt die weibliche Niere früher Feuer”. A III—IV. decenniumban a leggyakoribb; 92%-ban tapasztalta egyoldalúnak, 80%-ban kétoldalúnak, a bal és jobb vese egyenlően szerepel. A functionalis vesediagnosticanak consequens követője, a másik vese állapotáról teljes biztonsággal azonban ez sem győzheti meg. Szintén mindig a teljes nephrectomiát ajánlja. 39 eset közül csak 5 esetben nem végzett teljes nephrectomiát. Rögtön a műtét után készített aquarel-képek demonstratioja mellett a következő beosztását adja a vesetuberculosisnak: 1. abscedáló tuberculosis, elfolyósodott, destrualó cavernákkal, communicatioval a tok és medenceze felé; 2. tömött tuberculosisok, a midőn egyes sajtos góczok vannak, rendszeren a velő- és kéregállomány határán, genyedés nélkül. Ezek alosztályai: a) diffusz infiltráló forma, legtöbbször az alsó polusban, b) a tuberosus alak, sok kicsiny gócz a veseparenchymában, melyek azonban a miliaris tuberculosisnál nagyobbak. Ezt a formát már *Israel* is jellegette, s vele együtt igen rossz prognossal bírónak tartja; c) az infarctus, az emboliás fejlődés, melynél, a mint kifejtette magát, a fejlődés datumát ki tudja mutatni. Példa rá egy tuberculotikus fiú, ki lehajol, lumbagoszerű fájdalomról panaszkodik, lázas lesz, állapota folyton rosszabbodik. 7 héttel később végzett nephrectomai a haematogen infectió infarctus alakjában bebizonyította. Figyelmeztet, hogy a parenchymában sohasem hiányzott tuberculosis, ha az az ureterben és vesemedencében kimutatható volt. Egész határozottan kijelenti, hogy urinogen ascendáló vesetuberculosis nincs, hanem egyedül haematogen van. 34 esete közül 12-ben látszott solitaernek a vesetuberculosis, t. i. más gócot nem találtak a szervezetben.

Combinált vesetuberculosis 34 esete közül 22-ben volt constatalható, és pedig a tüdő, csont, ízület vagy az urogenitaliak voltak gümősek. A 34, legtöbbször előhaladott nephrectomizáltja között, melyek közül az elsőt 14 évvel ezelőtt végezte, még 24 van életben, 10 meghalt. Ezen 10 közül műtét után közvetlenül meghalt 2; 6 esetben a halál 2—9 hónap alatt a még be nem gyógyult sebek mellett történt, a mit „entfernte operative Mortalität”-nek nevez. 1 hat év mulva tüdőgümőben, 1 pedig 8 év mulva a másik vese tuberculosis miatt halt meg. 34 esete közül egy sem halt meg a másik vese insufficientiája miatt, beleszámítva a functionalis diagnosit ismerete előtti időt is. Azzal végezte előadását, hogy vesetuberculosisnál a vese kiirtása a legáldásosabb műtétek közé tartozik.

A tanulságos discussio ismertetésébe nem foghatok bele, csak egy másik igen actualis sebészi eljárásra, az *Edebohls-féle* műtétre vonatkozólag akarok referálni. *Zondeck* házinyulakon azon tapasztalatot tette, hogy a vese decorticatioja után a legalább egy bizonyos fokig elastikus tunica fibrosa helyén kemény hegszövet képződött, mely bizonyosan rosszabb, mint az előbbi még bizonyos fokig elastikus szövet. A capsula edényeinek pusztulása sem lehet jó hatással a vese táplálkozására. *Rosenstein* szerint *Israel* a vese decapsulatioját 6 esetben végezte. Nehéz nephritiseknél az *Edebohls* műtétet veszélyesnek tartja. Állandó gyógyulást általában nem értek el. *Kümmel*, *Franke*, *Riedel*, *Stern* nem értek el állandóbb számba vehető eredményt az *Edebohls* műtéttel. Általában az a vélemény, hogy *Edebohls* számos egyoldali veseműtéteknél elért jó eredménye a vándorvesékre vonatkozik. *Bares* ajánlata tehát, mely szerint a denudált vesének a vérszegény zsirtokba való visszahelyezése okozná az eredmény kimaradását, mert így a gyors collateralis vérkeringés nem jöhet létre, már elkésztettek tekintethető, annál inkább, mert csak hullákon tett kísérletek alapján ajánlja, hogy a vesét a csepleszbe varrjuk vagy a decorticált vesét intraperitonealiter dislokáljuk.

Az érdekes előadások hosszú sorából csak néhányat óhajtok még ismertetni. Így *Mikulicz* experimentalis kísérleteit, melyek a peritoneum ellentálló képességének fokozására szolgáltnak, gyomor- és bélműtétek közben fellépő infectio ellen. Az ellentálló képességet a leukocytosis fokozásával óhajtja elérni, erre pedig a nucleinsav 20%-os oldatának bőr alá fecskendését tartja alkalmasnak. A hyperleukocytosis a befecskendés után 12 órával jelentkezik, azért ennyi idővel a műtét előtt kell a befecskendést végezni. A hasüreg konyhasóoldattal való bőséges öblítését, tekintettel a leukocytosis jelentkezésére ajánlja. Tudjuk, hogy épen *Mikulicz* régebben ily alkalmakkor a száraz műtétek pártolója volt.

*Brunner*, a kinek a sebkezelésre vonatkozó oly sok szép experimentalis munkát köszönhetünk, a béltartalom különböző pathogenitására tett tapasztalatait közli a peritoneummal szemben. E szerint a vékony-



bél alsó részletének tartalma fertőzőbb a felsőbb vékonybél részletekénél. A processus vermiformis feltűnő infectiositást mutat.

*Friedrich* előadásáról akarok még említést tenni, a ki mester-séges subcutan táplálási kísérleteiről számol be, melyek a gyakorlati sebészetben értékesíthetők. Ide tartoznának súlyos táplálkozási zavarokkal járó esetek, melyeknél a táplálkozás nem történhetik, mert a hashártya lobos folyamatai a tápláló sipoly alkalmazását nem engedik, ide tartoznak azok, melyeknél állandó hányás lehetlenné teszi a gyomron keresztül való táplálkozást, melyeknél klysmát nem alkalmazhatunk. Ezelőtt két évvel ajánlotta már a steril olajnak subcutan injeccióját 100 gm. mennyiségben pro die, és a szőlőcukor vizes oldatának infúzióját 40–100 gm. mennyiségben 3–5%-os oldatban. *Siegfried* lipesei élettan tanárnak most teljesen tiszta pepton előállítására, melynek alapján azután a subcutan táplálkozásra egy tiszta, albumosementes pepsin-pepton használ. Ez nem okoz vérnyomásváltozásokat, nem változtat a vér alkalicitásán, hőemelkedést nem okoz, és sem a vér megaladási viszonyaira, sem pedig a vértessetek alakváltozásaira nincs befolyással. Ebből 20 gm. napi adag teljesen elég; pepton-fehérje a vizeletben nem mutatható ki. E szerint olajon és szőlőcukron kívül fehérjét is, habár csekély mennyiségben, képesek vagyunk az organismusba bevinni, s ezáltal az organismusnak energiát bocsátunk rendelkezésére.

Ilyen combinált subcutan táplálással peritonitissnél, gyomor- vagy vékonybél-perforációnál képes volt 10–14 napig az életet fenntartani, míg a táplálkozásnak természetes módja megint helyreállt. *Siegfried*-féle pepsin-pepton Drezda mellett *Radebeul*-ben a *Heiden*-féle vegyi gyár készíti.

A jövő évi congressus elnöke ismételt szavazás után *Körte*-vel, a congressus fáradhatatlan jegyzőjével szemben *Krönlein* zürichi tanár lett, a ki, mint látszik, a tagok nagy sympathiáját bírja. A jövő évi congressushoz csatlakozik majd egy nagyszabású Röntgen-kiállítás is.

*Haberern J. Pál dr.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

#### A rák mult évi irodalmának összefoglalása.

Közli: *Erdős Adolf dr.*, Biharmegyei közpórházának segédorvosa.

(Vége.)

#### Az inoperabilis rák gyógyítása.

*Cooper* a különböző gyógyszerek irodalmának áttekintése után a következő megfigyeléseket közli:

1. Inoperabilis sarcoma (különösen ha ez orsósejtű) esetében a *Coley*-féle folyadékot kell alkalmaznunk, mert ez már sok esetben gyógyulásra vezetett.

2. Körülbelül 40 éves asszonyoknál, gyógyíthatatlan rák esetében petefészekkiirtást kell javasolnunk; ezt a gyógykezelést egyesíthetjük thyreoid-tabletták szedetésével.

3. Ulcus rodens inoperabilis eseteiben és bizonyos felületes rosszindulatú fekélyesedésnél a Röntgen-sugarak biztatnak jó eredménnyel.

4. Olyan esetekben, a melyekben a felsorolt kezelési eljárások nem alkalmazhatók, vagy kivételtenek, a *celandine*-nek belső adagolását kísérhetjük meg, és ha az eset teljesen reménytelennek látszik, akkor morphiumra kell támaszkodnunk minden habozás nélkül.

5. Végül akármelyikét próbáljuk meg ezen elősorolt gyógyeljárásoknak, a beteget mindig fel kell világosítanunk a veszedelem nagyságáról, s a gyenge reményt, melyet azok nyújtanak, nem szabad túlságos élénk színekkel kifestenuünk, sőt magának a kezelésnek kellemetlenségeiről is előre be kell számolnunk, szóval ne tegyünk egyebet, mint felajánljuk a gyógykezelést, s a betegre hagyjuk annak eldöntését, hogy elfogadja-e azt, vagy visszautasítja.

A West London Medico-Chirurgical Society 1903. február 7-dikén vitaestélyt rendezett a rák kezeléséről.

*Mac Adam Eccles* megnyitván az ülést, a következőket mondotta: Azt érezni egy rákesetnél, hogy már műtéttel semmi eredményt elérni nem lehet, sőt a műtét meg sem kísérhető, kétségbejítő úgy az orvosra, mint a betegre nézve. Épen a műtét az, a mitől a beteg szabadulását várja. Ha neki egy külső látható rákos daganata van, akkor belső szerek adagolásával nem nagy vigaszt nyújtunk neki, mert ő csak a késtől várja gyógyulását. Az nem aggasztja a beteget, ha egy belső zsigeri rákja van, a mit ő nem láthat, de ha csak bármily csekély látható külső rákja van, akkor mindaddig kétkedik életbenmaradása felett, a míg a sebész készt nem látja. Kétségtelen, hogy az x-sugarak jó hatásúak felületes rákos fekélyeknél. Kétséges oophorectomia is kétségtelenül jó eredményekkel járhat. De legfontosabb dolog az, hogy fel tudjuk állítani az indicatiót arra nézve, hogy mikor operáljunk és mikor ne. Inoperabilis rák esetén a különféle gyógymódokkal meg tudjuk nyújtani a beteg életét, de kellemessé, sőt tűrhetővé csak akkor tehetjük az életét, ha a látható daganatot eltüntetjük.

*Stanley Boyd* főleg oophorectomiát végez, s thyreoid-tablettákat csak akkor rendel, ha meggyőződött, hogy az oophorectomia eredménytelen volt. Igyekezett kitűnő, hogy mit tesz az oophorectomia egyedül, és esetlegesen azt is észlelte, hogy mit tett a pajzsmirigykivonat, ha az előbbi hiábavaló volt. Sikeres petefészekkiirtás eredményeként a fájdalmak enyhültek, lágyulás, zsugorodás és a csomók eltűnése észleltetett, továbbá a közérzetnek és az általános egészségnek lényeges javulása.

Ha recidiva lépett fel, akkor ez csak akkor mutatkozott, a mikor a beteg már igen jó állapotban volt. A recidiva igen hosszú ideig elkínosza a beteget, míg ennek halálát okozta. Csak egy lehetősége volt annak, hogy a javulást egyéb, s nem az oophorectomia okozta, s ez az, hogy a laparotomia mint olyan lett volna jó hatással. 46 oophorectomia-eset közül 17-nél, tehát 35%-nál lényeges javulás állott be.

Ezen kezelésmód hasonló úton gyógyíthat, mint a *Coley*-féle serum sarcománál. *Coley* által gyógykezelt 148 eset közül 120% 1–6 évig ment volt a betegségtől. Ezek az eredmények nem voltak olyan jók, mint az oophorectomiával elért eredmények. Ezt illetőleg a tapasztalatok bizonyos indiciók felállítására vezettek. Az első dolog az, hogy főleg az emlőrák az, a melynél az oophorectomiának valami befolyása van. A másik az, hogy a rákos tömeg nagysága nem képez ellenjavallatot a műtétre nézve.

Lassan növekvő rákok jobb eredményt adnak, mint hirtelen növekvő. Jobbak az eredmények 40 évnél fiatalabb, mint idősebb egyéneknek. A zsigereknek és esontoknak szemmel látható laesioi nem mutattak lényeges javulást oophorectomiára. Végül a menopausának teljes beállása nem képez ellenjavallatot a műtét kezelésével szemben. Ennélfogva, ha jó eredményeket akarunk elérni, akkor válasszunk ki 40 éves még menstruáló asszonyokat, kiknek rákja idült típusú és csak lokális recidivájú. *Beatson* kérdezte, hogy nem jön-e el az az idő, a mikor a petefészekkiirtás lesz az elsődleges műtét (emlőráknál) s a helyi operatio csak ennek egy kiegészítő része.

A mi a pajzsmirigy kivonattal kezelést illeti, az előadó nem látott jó eredményeket tőle, de igenis észlelte, hogy az az általános egészséget károsan befolyásolja. Egyes szerzők szerint a cervixcarcinoma jobban hajlik a pajzsmirigykivonatos kezelésre, mint az emlőrák. Az x-sugarak is jó eredményre szoktak vezetni.

*Henry Morris* arra hívja fel a kartársak figyelmét, hogy a legtöbb műtét igen helytelenül ítél valamely ráknak operabilis vagy inoperabilis volta felett. Hivatkozik egy esetre, a melyben valaki egy végbélpolyput (körte alakkal, hosszú kocsánnyal) gyógyíthatatlan ráknak minősített, holott ez az eltávolítás után már pár napra szépen meggyógyult és 5 év alatt nem recidivált.

A mi a palliatív kezelést illeti, *morphin* a legáltalánosabb panacea; azonban bár enyhíti a fájdalmakat és így alkalmas az élet meghosszabbítására, mégis nagyban hozzájárul az étvágy romlásához, és ilyen módon anaemiához és lesoványodáshoz vezethet. Emelgés és hányás ellen *cocain* és cerium oxalat (angol pharmakopoea) a leghatásosabb gyógyszer. A rákos váladék bűzének megszüntetésére legjobbnak a vaselint, eucalyptolt, kalihypermangant és jodoformot találta.

A mi a különleges gyógyszereket illeti, melyeket a lapokban hirdetnek, ezek egyike sem ér semmit. Az előadó alkalmazta a *Coley*-féle serumot, azonban alkati zavarok léptek fel a betegnél, úgy hogy annak vételeit abban kellett hagyni. Sok évvel ezelőtt *Campbell* szokott volt arra hivatkozni, hogy ő több olyan esetet észlelt, a melyben a rákbetegséget egy közbeeső erysipelas meggyógyította. Az x-sugarak a sejt szövetében idéznek elő változást, úgy hogy gyógyulás lép fel, a fájdalmak csökkennek és a váladék mennyisége apad; azonban valószínűs gyógyulást az x sugaraktól még nem látott.

*Ryall* a petefészekkiirtás gyógyító hatását úgy magyarázza, hogy egy eddig még ismeretlen és érthetetlen szöveti változást indít meg.

*Herbert Snow* azt mondja, hogy a kéztőizület vagy a láb epitheliomája igen lassan fertőzi meg a hónalj, illetve a lágyék mirigyeket. Ezen jelenség észleléséből formulázta ő azt az elvet, hogy a rák magas sejtjeinek vagy fertőző részecskéinek el kell pusztulniuk vagy a nyirokkeringésben vagy a nyirokmirigyben magában vagy ennek váladékában. Az említett jelenség más módon meg nem magyarázható. A mi a *morphin* alkalmazását illeti, idézi egy esetét, a melyben egy 32 éves asszonnyal, kinek emlőrákja volt, radikális műtét után 6 éven át szedett morphint, és azt észlelte, hogy a rákos csomók lágyultak és fokozatosan eltűntek.

*Webb* új gyógyeljárást ajánl szappan-oldat helyi befecskendezésével. E célra az *Allen* és *Hanbury*-féle túlzsirosított szappant használja, azonban megteszi közönséges mosószappan is. Egy darabkát forró destillált vízben oldunk fel és azután ezt selymen vagy finom kalikón át megszűrjük. Befecskendezésre 3 gramot használunk fel, mivel több collapsust okozhat. A beteg az injectio után egy órára lefekszik. Legjobb a befecskendést kéjgáz-anaesthesia mellett végezni és kezdetben mindennap injiciálni és azután a mint az eset javul, nagyobb időközökben. Csak egy-két esetben okoztak az injectiók tályogot. *Webb* elmélete az, hogy a rosszindulatúság a cholesterin kritályosodásának a következménye, a mi az élő sejtben folyik le. A kristályokat oldja a szappan és így gyógyítólag hat. Az eljárás érdemes a próbára.

#### Serumtherapia ráknál.

*Leyden* tanár és *Blumenthal* az először *Dunger*től ajánlott serumtherapiáról írtak a *Deutsche med. Wochenschrift*-ben. Rákos daganatokból készült emulsiót fecskendeztek be tengerinyulakba heteken át és azután a nyúl vérből serumot állítottak elő. Ezen serum hatását egy kétségtelenül rákban szenvedő kutyán próbálták ki; az eredmény egy esetben a daganat zsugorodása és lágyulása, továbbá a ráksejtek elzsírosodása volt, egy más esetben meg a daganat teljes eltűnése. Felbátorodva ezen eredményektől, ezen kezelésmódot három emberen is megkísérelték. Két esetben azt észlelték, hogy bár a daganat nem ment keresztül feltűnő változáson, mégis metastasisok nem léptek fel a kezelés ideje alatt és a megnagyobbodott környéki mirigyek visszafélődtek. A harmadik esetben (inoperabilis méhrák) az általános állapot teteme-

sen javult és úgy látszott, hogy a befeeskenések meghosszabbították az életet. Így hát az injectiók további kísérletre buzdítanak bennünket.

*Hoyten* annyiban módosította az előbb leírt befeeskenési kezelésmódot, hogy ő a rákos daganat nedvéhez konyhasó-oldatot adott. A befeeskenések egy hónapon át adtak. A daganat nem kisebbedett ugyan, azonban a táji mirigyek csodálatosan visszafejlődtek. Végérvényes ítélet még erről a módszerről sem mondható.

### Könyvismertetés.

**Hasenfeld A.: A szívbetegek gyógyítása.** Budapest, 1904. Singer és Wolfner kiadása.

Mint hogy anyanyelvünkön belorvostani kézi- és tankönyveink vannak, szerző a könyv címéhez híven csak terapiát írt, mellőzve az ily könyvekben szokásos kóroktani, kórbonezolástani és tünettani bevezetéseket. Természetesen nem mellőzte a therapiai szempontból fontosabb diagnosztikai megjegyzéseket. A prophylaxist mindenütt kimerítően tárgyalja.

E könyvön meglátszik, hogy szerző therapiai tapasztalatait a rendelkezésre álló nagy szívbeteganyagon gyűjtötte. A vérkeringési szervekre vonatkozó kísérleti kórtani, gyógyszer-tani és kórbonezolástani munkálkodásának alapján a therapiai eljárásokat szigorú kritikának veti alá, s ennek köszönheti, hogy távol maradt a therapiai munkák leggyakoribb hibájától, a túlzott optimizmustól.

A mennyiben nem is annyira az anatómiai elváltozásokat, hanem aránytalanul inkább a vérkeringési szervek zavart működését igyekezünk befolyásolni, azért Hasenfeld könyvében elejétől végig helyesen azon elvet hangsúlyozza, hogy therapiai szempontból a legfontosabb annak az eldöntése, vajjon az adott esetben a szív kimelésére vagy gyakorlására van-e szükség.

Az általános rész, mely helyesen a munka nagyobbik felét képezi, a szükséges részletességgel tárgyalja a prophylaxist és a szívbajosok életmódját. Külön fejezetekben tárgyalja a szívbetegek nemi életét, diétáját és a balneotherapiát. Szerző a megkívánható határozottsággal állapítja meg ezen a divat által annyira felkapott eljárások javait és ellenjavait.

Bőven tárgyalja a keringési zavarok gyógyszeres therapiáját. Ezt két részre osztja. Az első csoportban a szívre és erekre ható orvosságokat (digitalis, strophanthus, coffein, camphor, alkohol stb.) tárgyalja, a másodikban a szív munkáját megkönnyítő szerek (értágítók, hashajtók, húgyhajtók, izzasztók) ismerteti. Különösen értékes tanulmány a digitalisnak szánt fejezet. Szerző ezen legfontosabb szívreható orvosságunkról 15 oldalon értekezik. Az indicatiónak nagy határozottsággal vannak megállapítva. A használatos készítmények hibáira rámutat és nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a gyógyszer-tárak digitalis készítményeit erősebben kellene ellenőrizni. A digitalis alkalmazásának különböző módjait világosan és részletesen írja le. Szívbeteg-osztályán tett bőséges tapasztalatainak itt fényes bizonyítékát adja.

Míg szerző azt mondja, hogy nincsen orvosság, melylyel annyira visszaélés történne, mint az alkohollal, addig tökéletesen egyetértünk vele. De szeretnénk volna, ha az alkoholnak indicatiónak még szűkebbre vonta volna. Nem hisszük, hogy collapsusban az alkohol a vérkeringési rendszer zavarain segít.

A vízkór orvoslása, főként a bőrvizenyők eltávolítása kellő részletességgel van leírva. Az érmetszés és konyhasós infúziók is külön fejezetben tárgyaltnak.

Az általános rész utolsó fejezete az incompensatiós szakban levő szívbajok tüneti kezelésének van szánva. Szerencsés gondolat volt a szívbetegek különböző panaszai ellen irányuló therapiai beavatkozásokat összefoglalva tárgyalni.

A részletes részben a szívbélhártyagyulladások, a szívizombetegek, a billentyűbajok, a szívburokgyulladások, a szív ideges betegségei, az arteriosclerosisos szívbetegedések és az aorta aneurysmájának therapiáját találjuk. Az arteriosclerosisról szóló fejezet különösen sikerült, a mi szerzőnek a szegényházban főként öreg betegekben tett bőséges tapasztalata mellett bizonyít.

Mint ezen rövid ismertetésből is látható, a gyakorló orvos e könyvben tudományos alapokra fektetve megtalálja mindazt, a mire a vérkeringési rendszer kezelésénél szüksége van, a miért is a művet minden orvosnak a legmelegebben ajánljuk. W.

**Új könyvek.** *Martini*: Symptome, Wesen und Behandlung der Malaria. Berlin, R. Schoetz. — *Philippson*: Vermintliche Probleme in der Pathologie. Die allgemeine Pathologie vom Standpunkte des Arztes aus bearbeitet. Wien, W. Braumüller. — *Cohnheim*: Chemie der Eiweisskörper. II. Auflage. Braunschweig, Vieweg. — *Lesser*: Hautkrankheiten. XI. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Chipault*: L'état actuel de la chirurgie nerveuse. Paris, J. Rueff. — *Guermontprez*: L'assassinat médical et le respect de la vie humaine. Paris, J. Roussel. — *M. Allen Starr*: Organic nervous diseases. London, Baillière, Tindall and Cox. — *W. Leslie Mackenzie*: The medical inspection of school children.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

Az idült veselob sebészi kezeléséhez szolgáltat adatokat *C. Stern*. Operatív beavatkozás idült veselobnál néhány esztendeje egyaránt képezi érdekét belklinikusnak és sebésznek. *Edebohls* messzemenő kíván-

ságával, a Bright-kór minden esetben való megoperálását illetően, a belorvos a kérdés gondos megfontolását méltán helyezi szembe. Mindenesetre csak lassan gyarapszik az anyag, mely e téren a helyes útra vezető tapasztalatokkal szolgálhat.

*Israel, Harrison, Edebohls* az idült veselob sebészi gyógyításának kezdeményezői. *Israel* eseteit ama mindeddig fel nem derített vesevérzések képezik, melyek néphralgie hématurique néven ismeretesek (vérzés „ép“ veséből). *Israel, Albarran, Malherbe*, a belgyógyászok részéről *Naumyn, Pel* több más bűvárral egyetemben ezen kórkép okát organikus (nephritikus) folyamatnak tartják s a veseincisio sokak szerint jótékony hatással bír nála. A műtét az esetek legnagyobb részében diagnosztétel (gyanú tumorra, kőre, tuberculosisra) céljából eszközöltetett s csak a posteriori vált nyilvánvalóvá a műtét beavatkozás előnye a felismert idült veselobnál. *Langemak* vizsgálatai szerint a nephrotomizált vese embernél is valószínűség szerint infarctusképzéssel gyógyul, a mi nagyobb zsgorodáshoz vezethet (*Bratz*). A vese felhasítása tehát semmiesetre sem közömbös beavatkozás. Mindenesetre azonban *egyoldali haematurianál*, hol tumor vagy tuberculosis kezdeti fejlődésének lehetőségé meg van, a felhasítás és revisio a bizonytalanság elébe helyezendő. Szerző ily bizonytalan esetet ismertet, hol a nephrotomia idült veselob meglepő kórisméjét szolgáltatva. Egyoldali profus haematuria (cystoskop), lues, tuberculosis negatív, vizeletben sem fehérje, sem cylinder (csak vörösvérsejtek). Az eset bizonyítja, hogy profus vérzések állandóan vagy időszakonként idült veselobnál is felléphetnek s vesetumor teljes külső képét nyújthatják, s hogy ezen vesevérzések, mint az szerző esetében történt, nephrotomia után megszűnhetnek. Mindazonáltal szerző nem tagadja az angioneurotikus vesevérzések fennállását sem, sőt fel is hozza például egy fiatal leány esetét kétoldali vesevérzéssel, feltevése szerint „ép veséből“.

Ezekkel ellentétben *Harrison* a nephrotomiát veselobnál fennálló fehérjevizezés gyógyítása céljából ajánlja. Indicatiók szerinte a műtét kivételére:

1. Heveny veselob, melynél a fehérjevesztés nem csökken, hanem megmarad vagy emelkedik.
2. Vizeletválasztás erős csökkenése.
3. Veselobnak szívbántalommal való combinatioja.

*Harrison* a nephrotomiát ezen esetekben az iridectomiával állítja szembe, mint a vese belső nyomását csökkentő motivumot. Ilyeténképen az egyoldali nephrotomiát is elegendőnek tartja, mely reflex úton a másik vesére is befolya. Hasonlóan nyilatkozik *Pousson, Guiteras, Horwitz*.

A sebészekkel ellentétben *Pel* csak egy indicatiónak ismeri el e téren a sebészi beavatkozásnak: a teljes anuriát, mely acut nephritistnél ritka esetben felléphet, mikor is egyoldali vesetok, esetleg veseszövet incisio is a kívánt eredményt megteremtene. Szerző *Edebohls* kissé túlzott álláspontjával szemben *Pel*-ét teljesen helyesli. Hogy nephrotomia bármily okból fellépő anuriának egyenest életmentő beavatkozás, azt *Nélaton, Chavannaz, Korteweg* tapasztalatai eléggé igazolják. Szerző uraemia tünetei között parenchymás nephritistnél fennálló teljes anuria esetében egyoldali vesetokfelhasítást végzett, mire 2 óra múlva profus vizeletválasztás lépett fel. Később egyidei javulás után az anuria recidivált s a beteg elpusztult.

*Harrison* és *Pel* nézeteit összevetve, szerző azon meggyőződésre jutott, hogy ha a nephrotomia, illetőleg vesefistulaképzés teljes anuriát parenchymás nephritistnél gyógyít, úgy annál inkább megkísérélhető az idült veselobnál fellépő csökkent vizeletválasztás javítására. Szerző által műtét két esetben az idült veselob oedemákkal, látási zavarokkal, usque 70/00 fehérjével és felére csökkent napi vizelettel, egyik esetben egyoldali nephrotomia, a másik esetben decorticiatio után csaknem teljesen gyógyult (kivéven a látási zavarokat). A fehérje nyomokig csökkent. Két másik esete ezzel szemben exitussal végződött, mindkét esetben azonban a nephrotomiát, illetőleg decorticiatiót hirtelen nagyfokú vizeletválasztás követte s utána néhány napig a fehérjetartalom nagyban csökkent, csakhogy azután az előbbi állapot ismét teljesen visszaállott s a betegek csakhamar exitáltak.

A felhozott esetek tehát csupán a műtét beavatkozás megkísérlésének jogosultsága mellett érvelnek, olyankor, a midőn már a belorvoslás egész készenléte felmondta a szolgáltatást. A vesevesztés csökkentését kísérő ilyen gyógykísérlet megengedhető, de hogy vajjon melyik műtét mód ajánlatos, az a tapasztalatok hiányossága, azoknak mindeddig széttérő eredményei mellett a jövő bűvárokodás tárgyát kell hogy képezze.

*Szily dr.*

**Rosszindulatú daganatoknak Röntgen-sugarakkal kezeléséhez** szól *R. Hahn*. E még a kísérlet stadiumában lévő therapiai beavatkozást rosszindulatú daganat 11 esetében alkalmazta, és pedig 4 emlőráknál, hol előment műtét után újultak ki a daganatok, operált gyomorrák egy esetében, hol a has bűrében lépett fel recidiva, egy pajzsmirigyrák, egy oesophagus-rák és három ulcus rodens esetében; a 11-dik esetben egy a hónaljban ülő sarcoma miatt történt a Röntgen-sugarakkal való egy besugárzás.

Az esetek rövid ismertetése után arra a conclusiora jut szerző, hogy a fájdalom a besugárzás következtében minden esetben megszűntek, a gyögyeredmény azonban nem oly kecsgetető, mint azt más szerzők említik, a mennyiben definitív gyógyulás egyetlen esetben sem mutatkozott és csakis az egyik carcinoma mammae és három lap-hámrák esetében volt határozott javulás constatálható. A legszebb eredményt a sarcoma esetében sikerült elérni, de ennél is csak a besugárzott területen, míg annak környezetében mindig új meg új góczok keletkeztek.

Szerző elismeri, hogy a Röntgen-sugaraknak rosszindulatú daganatoknál mindenesetre van jó hatása, azonban szerinte a hatás csak felületes, a bőrben székelő elváltozásnál nyilvánul, a test mélyében ülő daganatoknál az eljárás nem fog célhoz vezetni. Végül csakis oly esetekben ajánlja, midőn az eltávolítás műtéti úton már lehetetlen. (Fortschritte auf dem Gebiete d. Röntgen-Strahlen, VII. kötet, 2. füzet.)

Holzwarth.

A spondylitis deformans és az úgynevezett merevítő csigolyagyulladás kórbonecztnál különbségeiről értekezik *M. Simmonds*. 300 esetben vizsgálta spondylitis deformansnál a gerincoszlopot s két úgynevezett merevítő csigolyagyulladás esetében. A vizsgálat, mely részben a kipreparált gerincoszlopon makroszkopice, nagy részben pedig Röntgen photographiakon történt, igen kimerítő s e vizsgálatok alapján szerző a két kóralakot egymással szembe állítja. A spondylitis deformansnál talált elváltozásokat összefoglalva azt látjuk, hogy e kóralaknál a csigolyák közötti porczkorongok degeneratioja, exostosisok és synostosisok a csigolyatesteken, valamint némelykor az ízületeken is, továbbá a csigolyatestek osteoporosisa következményes kyphosis-képződéssel találhatók. Lényeges elváltozás azonban a főképen a csigolyatestekből kiinduló exostosis-képződés. Ezzel szemben a merevítő csigolyagyulladásnál a csontból kiinduló exostosis képződés hiányzik és a kórképet épen a gerincoszlop ízületi szalagrendszerének hatalmas elesontosodása characterizálja a megbetegedett ízületet következményes megmerevedésével. Míg tehát a spondylitis deformansnál az ankylosis kiválóan osteogen synostosis által jön létre, addig az merevítő csigolyagyulladásnál az ankylosis syndesmogen synostosis alapján fejlődik. Számos ábra és Röntgen-felvétel illusztrálja a szöveget. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen, VII. kötet, 2. füzet.)

Holzwarth.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Aspirinnal** *Wateff* nagyon jó eredményeket ért el izom- és ízület-csúsz eseteiben, valamint ischiásnál is. Előnye a natrium salicylicummal szemben, hogy nélkülözi ez utóbbi kellemetlen mellékhatásait és hogy idült folyamatoknál is használ. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1903. 35. szám.) *Dibailow* heveny izületésáron kívül influenza eseteiben használta az aspirint nagyon jó eredménnyel. Naponként 3-szor adott 0.5 grammot. (Wratschebnaja Gasetá, 1903. 13. szám.)

A hetol gyógyító hatásának bizonyítására szolgálhat az a két eset, a melyet *Fischer* a tuberculin-próbáról irt dolgozatában említ. Mindkét esetben hetol-injectiókra gyógyulás következett be, a mit a megejtett tuberculin-próba negatív eredménye is bizonyított. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1903. 19. szám.)

**Chorea gyógyítása aspirinnal.** *Williamson* chorea 35 esetében használta az aspirint. Eredményei alapján nem tartja ugyan specificumnak az aspirint, de mindenesetre olyan szernek, a mely képes a betegség tartamát tetemesen megrövidíteni. 7 éves gyermekeknek 0.7 gramm adható 2-szer naponként, kisebb gyermekeknek megfelelő kisebb adagok rendelendők. Minthogy az aspirin alkalikus közegben bomlik és így a gyomorra káros befolyást gyakorolhat, figyelmeztetni kell az illetőket az alkalikus italoktól tartózkodásra. (Lancet, 1903. augusztus 22.) *Dresch* chorea eseteiben hashajtók, nyugalom és tejdiéta mellett szintén jó eredménnyel használja az aspirint, a melyből 0.2—0.5 grammot ad tejezükkel citromos vízben. (Revue internationale de médecine et de chirurgie, 1903. 16. szám.)

**Theocinnal** tett kísérleteik alapján *Combemale* és *Vasseur* oda nyilatkoznak, hogy ezen új szer sokszor, főleg ha a szív működés még jó, kitűnő diuretikus hatást fejt ki. A gyomor részéről jelzett kellemetlen mellékhatások szerintük elkerülhetők, ha étkezés után tejeben adjuk a szert. Azokban az esetekben, a melyekben használatukor szédülés, fejfájás, orrvérzés jelentkezik, többnyire hatástalan marad. A theocin 15—25 napon át vehető; használatának abbahagyása után a diuresis többnyire hirtelen tetemesen csökken, jelöl a cumulativ hatás hiányának. Ha három napon át használata dacára nem fokozódik a diuresis, czéltalan a theocint továbbra is adni. (Echo médical du Nord, 1903. 34. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1904. 20. szám. *Preisich Kornél*: A gyermekek heveny fertőző betegségeinek prophylaxisáról és terapiájáról általánosságban. *Blum József*: A syringomyeliának osteo-arthritises alakja. *Klein Fülöp*: A cukor qualitativ kimutatása a vizeletben.

**Orvosok lapja**, 1904. 19. szám. *Kelen József*: A gyomor- és bélbántalmak physico-balneotherapiája Előpatakon. *Lévai Ödön*: A Balaton szerepe a gyermekvédelemben.

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 19. szám. *Tauszk Ferenc*: Újabb gyógyszerek a tuberculosis tovaterjedésének meggátolására és a tüdő-tuberculosis tüneti gyógykezelésére. *Plesch János*: A rajeczfürdői hévíz radioactivitása.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 19. szám. *Zappert*: Zsíranyagok jelentkezése az embryonalis és gyermekkori gerinczvelőben. *Alt*: Operatív beavatkozások a hátulsó koponyaárokban. *Peham*: Méhenkivüli

terhesség elő érett gyermekkel. *Franze*: Méhenkivüli terhesség élő gyermekkel. *Koschier*: A gégerák operatív kezelése.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 20. szám. *Piskacek*: A terhesség korai diagnosisa. *Mayer*: Az intermediaer szénhydratanyagcsere néhány kérdése. *Stolper*: Dysmenorrhoea. *Ehrlich*: Mastitis lactantium. *Schmeichler*: Szembetegségek simulatioja. *Presslich*: Adat a kérődzés ismeretéhez.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 20. szám. *Heller*: Adatok a gümőkór kérdéséhez. *Volhard*: Májpulsusok és a billentyűbajok compensatioja. *Morgenroth*: A diphtheriatoxin és antitoxin egyesülése. *Sperling*: Sérvek laparotomia-hegekben és a sérvtömlőben levő belek rosszindulatú elfajulása. *Hueppe*: Fertőző betegségek megelőzése az iskolában. *Lassar*: Adatok a radiotherapiához.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 20. szám. *Riegel*: Hyperaciditas és hypersecretio. *Richartz*: A bázisgung mélyen ülő diverticulumának és orsóalakú tágulatának differentialdiagnosisa. *Wullstein*: Antethoracalis oesophago-jejunostomia. *Schmidt*: Korai reactiók röntgenezés után. *Neufeld*: Idült diphtheria. *Fricke*: Gelatina-injectiókkal kezelt aneurysma. *Pfeiffer*: Veronal.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1904. 17. szám. *Rovsing*: Az idült Bright-kór kezelése nephrolýsissal és nephrocapsectomiával.

**Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie**, 1904. április. *Nissl*: A lumbal punctio jelentősége a psychiatriában. *Hoppe*: Test és lélek.

**Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane**, 15. kötet, 4. füzet. *Rothschild*: Aetiologiai vonatkozások a gonorrhoea és a prostatatümlengés között. *Bakó*: Perinealis prostatectomia öt esete.

**La semaine médicale**, 1904. 19. szám. *Debove*: Lithiasis mint a cirrhosis hypertrophica biliaris oka. *Lejars*: Heveny initialis ascites mint az appendicitis súlyosságának korai jele.

**Bulletin général de thérapeutique**, 147. kötet, 16. füzet. *Robin*: Az ízületi köszvény kezelése. *Zimmern*: Az entero-colitis mucos-membranacea kezelése villamozással.

**Archives générales de médecine**, 1904. 17. szám. *Marion*: Craniectomia Gigli-fürészszel. *Hallion* és *Cantonnet*: A chlorürök szerepe a kórban. *Rudaw*: Az appendicitis diagnosisa és kezelése a terhességben. *Delherm*: A habitualis székrekedés és a colitis mucos-membranacea kezelése villamozással.

**Le progrès médical**, 1904. 19. szám. *Le Fur*: Fiatal prostatikusok. *Millant*: A gyenge áramú elektrolyseur módosítása.

**Revue de médecine**, 1904. 4. füzet. *Bertoye*: Adat a Bence Jones betegség ismeretéhez. *Canter*: Tüdőgümőkór: pathogenesis, fejlődés, véraaciditas. *Nicot*: Diphtheria-járvány typhus-osztályban.

**Revue de chirurgie**, 1904. 4. szám. *Vautrin*: A térd lefelé luxatiojának esete. *Férvé* és *Deniker*: A sajkacsont symmetriás exostosisai. *Gross*: A gyomor fekély okozta átfúródása. *Bert* és *Vignard*: Egyszerűsített cranio-cerebralis topographia és a Krönlein-féle cranio-meter. *Mally* és *Richon*: Izület-traumák következtében beállt functionalis rendellenességek. *Soubeyran*: Tiszta csontmyxoma. *Cahier*: A traumás myosteomák, különös tekintettel keletkezésükre és operatív kezelésükre. *Cambet* és *Mercadé*: Az öregujjak veleszületett hypertrophiája. *Guyot*: A femur felső végének heveny osteomyelitise.

**The lancet**, 1904. I. 19. szám. *R. Hutchison*: A vér és a vérképző szervek némely zavara a fiatal korban. *G. Oliver*: A szövetyrkkeringés. *E. Noble Smith*: Rendellenes izomösszehúzódások. *E. P. Baumann*: Mesenterialis cysták. *W. E. De Korté*: Amaas (tej-himlő a kaffereknél). *W. Johnson Smyth*: Diagnostikailag érdekes eset. *A. J. Sharp* és *Hugh N. Keeling*: Septikus pneumonia esete; tüdőtályog; aspiratio; gyógyulás. *J. E. Hine*: Vállpraesentatio esete, melyben a szülés beavatkozás nélkül folyt le. *L. E. Stevenson*: Carbolmérgezés csecsemőben. *H. W. Allingham*: Prostatectomia három esete.

**New-York and Philadelphia medical journal**, 1904. 14—15. szám. *J. Wright*: A tuberculosis újabb irodalma. *C. P. Ambler*: Mikor küldendő el a gümőkóros beteg otthonról? *M. P. Overholzer*: A laboratoriumi diagnosiz. *L. G. Cole*: Tévedések röntgenezéskor. *S. W. Sappington*: Fertőző bacillus aërogenes capsulatus. *Stewart Leroy Mc Curdy*: Csontvarrat. *W. P. Spratling*: Az epilepsia prognosisa. *Ellice M. Alger*: Trachoma-járvány. *H. Richardson*: Az epeelválasztás élet- és kórtana. *Ch. A. Oliver*: Exophthalmus pulsans műtett esete.

**British medical journal**, 1904. április 23. *J. Macintyre*: Lupus, ulcus rodens és más rosszindulatú betegségek kezelése villamozással. *Reginald Morton*: Kezelés Röntgen- és radium-sugarakkal. *A. W. Wigmore*: A Röntgen-fény gyógyhatása. *J. A. B. Hammond*: Radiummal kezelt ulcus rodens eset. *G. Stopford Taylor*: Ugyanaz. *J. Danysz*: Egy patkányokra nézve pathogen mikroba és ennek használata patkányok kiirtására. *G. W. Bampfylde Daniell*: Az aethylechlorid és somnoform használata egyedül, vagy kéjgázzal és aetherrel együtt. *A. S. Gubb*: Intraspinalis cocainisatio. *E. S. G. Fowler*: A szív, a diaphragma és az arteriák elmeszesedése 32 éves egyénben.

**The practitioner**, 1904. május. *F. W. Mott*: Progressiv izom-sorvadás. *F. M. Sandwith*: Typhus recurrens Egyiptomban. *A. P. Luff*: A diaeta köszvényben. *Guthrie Rankin*: Az öregkor. *Th. Watts Eden*:

A méh hátra dislocatiojának kezelése. *L. Williams*: Adatok a kövérség ismeretéhez. *P. Paterson*: A sejtanyag rosszindulatú álképletekben. *F. E. Taylor*: Némely látszólag jóindulatú ovarialis cysta rosszindulatúsága.

## Hetiszemle és vegyesekek.

Budapest, 1904. május 20.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 17. hetében (1904. április 24-dikétől április 30-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszülte 484 gyermek, elhalt 285 egyén, a születések tehát 199-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.2, az egy éven felüli lakosságnál: 19.9, az öt éven felüli lakosságnál: 16.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykéreg 6, gümös agykéreg 7, agygyuta 6, ránggörcs 5, terjedő hűdés 8, hátgerinczsorvadás 0, szivbaj 11, hörgőlob 0, tüdőlob 8, hurutos tüdőlob 24, mellhártyalob 4, tüdővész 73, tüdőlégdag 3, bélhurut 7, májbajok 0, hashártyalob 2, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 20, gyermekaszály 1, aggaszály 13, rák 5, méhrák 3, egyéb álképlet 6, gümös bajok 4, kanyaró 1, vörheny 7, álb. gégelob 3, roncsoló toroklob 8, hőkhurut 2, gyermekági láz 4, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 1, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdűh 0, genyver 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 1, baleset 9, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3431 beteg, szaporodás 854, csökkenés 931, maradt e hét végén 3286 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi április 24-dikétől április 30-dikáig terjedő 17. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 107 (117), vörheny 77 (78), álb. gége- és roncsoló toroklob 33 (30), hőkhurut 35 (27), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 2 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 16 (18), vérhas 0 (0), orbáncz 27 (20), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömörigylöb 0 (5), trachoma 0 (4), lépfene 0 (0), ebdűh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Kinevezések.** A pozsonyi állami kórház másod orvosává a belügyminister *Márton Sámuel Sándor* dr.-t nevezte ki. A pécsi állami gyermekmenedékhely igazgatófőorvosi teendőinek ellátásával a belügyminister *Göbbi Gyula* dr.-t bizta meg.

△ **Raisz Gedeon** dr. osztálytanácsost ö Felsége a király közegészségi főfelügyelővé nevezte ki. Az ő buzgó és odaadó munkásságának az országos közegészségi kormányzat eddigelé is már sokat köszön, jövőbeli szélesebb működésének sikerességéhez és hasznosságához alapos reményeket fűzhetünk.

— **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén megválasztottak: Az I. számú belklinikához ifj. *Elischer Gyula* dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás), a II. sz. női klinikához: *Barta Andor* dr. díjas gyakornoknak, a gyógyszerkerti intézetbe: *Fenyvessy Béla* dr. első tanársegédnek (meghosszabbítás), az élet- és körvegytani intézetbe: *Hári Pál* dr. tanársegédnek. — A *Schordann*-féle utazási ösztöndíjat a tanártestület az 1904/5. évre *Kubinyi Pál* dr.-nak, a II. sz. szül. és nőklinika első segédjének, a *Kovács-Sebestyén Endre*-féléit pedig *Bradách Emil* dr. műtönvendékeknek ítélte oda.

— **Orvoskollegák találkozója 55 év után Balatonfüreden.** Azon tisztelt kartársak, kik 1849-ben, közvetlen a szabadságharc után iratkoztak be a budapesti egyetem első évi orvosi tanfolyamába, felkértek, hogy 1904. június hó 12-dikén Balatonfüreden, a „Stefánia főhercegnő-udvar” I. emeleti termében megjelenni sziveskedjenek, hogy 55 év után még egyszer találkozzán, élményeiket közöljék egymással. A találkozón résztvenni szándékozók forduljanak *Mangold Henrik* dr. kir. tanácsoshoz (Balatonfüred) vagy *Jávör Béla* dr. t. b. főorvoshoz (Ó-Gyalla). Lakásról gondoskodva van.

— **Küldöttség a kassai egyetem ügyében.** A harmadik egyetemnek Kassa sz. kir. városban leendő felállítására ügyében Abauj-Torna vármegye és Kassa város nevében népes küldöttség járt a vallás- és közoktatásügyi ministernél. A küldöttséget *Berzeviczy Albert* kultusminister szivesen fogadta és válaszában jóindulatú támogatását ígérte.

— **Az „orvosok és gyógyszerészek árvái otthonának”** f. évi május hó 25-dikén d. u. 6<sup>1/2</sup> órakor az orvosegyesület helyiségében (Szentkirályi-utca 21) tartandó alakuló gyűlésén a következő tárgysorozat fogják megbeszélni: 1. A tervezett alapszabályok megvitatása. 2. A tisztikar megválasztása. 3. Esetleges indítványok. — Az „Otthon” célja: A magyar orvosok és gyógyszerészek vagyonatlan árva vagy fél árva gyermekeinek ápolása, neveltetése és oktatása nemi különbség nélkül 6 évtől 16 éves korukig. A mennyiben azonban az „Otthon” anyagi viszonyai meg fogják engedni, úgy gondoskodását a 6 évnél fiatalabb árvákra is kiterjeszti, működését azonban csak akkor kezdheti meg, ha jelenlegi tőkje 200,000 koronára gyarapodott. A tisztikar elnökből, 3 alelnökből, 2 titkárból, 1 jegyzőből, 1 pénztárosból és 1 ellenőrből fog állni. A 100 tagú választmány 2/3-át adát nökből fogják választani.

△ **Magántanári próbaelődás.** *Kéty László* dr. f. hó 20-dikán tartotta próbaelődását a belgyógyászati diagnosztika köréből.

— **Füredőorvosok.** *Sugár Rezső* dr. füredőorvosi gyakorlatát Buziáson május 15-dikén megkezdte. *Cukor Miklós* dr. nőorvos füredőorvosi működését Franzensbadban (Hotel Holzer) újra megkezdte. Tátrafüreden e hó 20-dikán *Jármay László* dr. kezdte meg füredőorvosi működését. *Gager Károly* dr. kir. tanácsos az idei nyáron megint Gasteinban működik mint füredőorvos. — *Turán (Engel) Bódog* dr. Franzensbadban kezdett füredőorvosi működést. — *Packi Miklós* dr. füredőorvos működését Buziáson újra megkezdte.

∞ **A „British Medical Association”,** mely üléseit július 26, 27, 28 és 29-dikén Oxfordban tartja, ez évben első ízben alakított stomatologikus szakosztályt. Minden szakosztálynak joga van két külföldi vendéget meghívni, a kik az üléstartam alatt a szó szoros értelmében a szövetség vendégei. Az új szakosztály első vendégeiül felkértek *W. D. Miller* tanár (Berlin) és *Arkeley J.* tanár (Budapest). A szakosztály elnöke *E. A. Bevers* M. R. C. S., ki Oxford város e. i. polgármestere, alelnöke *Howard Mummery* F. R. S.

† **Bársony professor** szülészeti poliklinikája segítségét 1904. áprilisban 88 esetben vették igénybe 42 műtéttel.

— **Megjelent.** *Vámosy Zoltán* dr.: A máj méregvisszatartó képességéről. Magyar Orv. Arch. 1904. — *Pfeiffer Emil* dr.: A fachingeni ásványvíz. Wiesbaden. Bergmann. 1903. — *Beck-Krompecher*: Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome. Voss. Hamburg-Leipzig, 1903. — *Schächter*: Sebészeti gyógyítás. — *Hasenfeld*: A szívbetegségek gyógyítása. — *Weisz*: Az izületi betegségek. — *Körmöczy*: A vér betegségei. Singer és Wolfner. Therapia. 1904. — *Weisz J.*: A fertőző nemi betegségek, azok okairól és gyógyításáról. V. kiadás. A prophylaxisról szóló első kötetet átdolgozta *Weisz Emil*. Budapest. Márkus. 1904. — Ugyanattól. A tehetetlenség okairól és gyógyításáról. V. kiadás. A prophylaxisról szóló részt átdolgozta *Weisz Emil*. Ugyanott. — *Clemm*: Die Gallensteinkrankheit. Klemm. Berlin. 1903.

† **Elhunytak.** *Ungár Samu* dr. Zemplénmegye t. főorvosa 86 éves korában. — *Schmidt Sándor* dr., a József-műgyetem ny. r. tanára, az akademia levelező tagja stb. 49 éves korában Budapesten.

— **Nenádovics Lázár** dr. folytatja praxisát Franzensbadban. (Villa Klein.)

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

„**Fasor**” (Dr. Herczel-féle) sanatorium **vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízigyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.** Telefon 697.



**Szt. Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő, Buda.

**Természetes forró-meleg kén források. Iszapfürdők, iszapborogatások,** zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olesó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt. Lukácsfürdő Igazgatósága** Budán.

**Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)** dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúz** stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Réh Béla** dr.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet**  
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)  
teljes berendezésű mechanikai és manuales gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógy mód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20.  
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1904. május 16-dikán.) — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes tudományos ülés 1904. évi május hó 14-dikén.) 325. l. — Magyar balneológiai congressus. (II. ülés 1904. április 18-dikán.) 326. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi január hó 26-dikán az egyetemi I. számú sebészeti klinika tantermében tartott évről-évre közgyűlés.) 327. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.) 327. l.

### Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1904. május 16-dikán.)

Elnök: Konkoly Miklós; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű értekezések voltak:

Jendrassik Ernő lev. tag „További adatok a járás élettanához“ czimen mutatja be dolgozatát, a melyben a járást vízszintes talajon, továbbá rézsűt emelkedő, süllyedő talajon és a lépcsőfokra fel és arról lelépést tanulmányozta. Vizsgálati eljárásai photographiai, nagyrészt kinematographiai felvételeken alapultak, ezekből azután megszerkesztette az egyes izületek pályáját. Ezen görbék felvilágosítást nyújtanak a járás egynemű sajátságáról, az aktivan mozgató láb erőkifejtéséről, az izületek hajlás-szögletéről stb. Legfontosabb eredményeit a lépcsőfokokon fel- és lelépés mellett nyerte, a mennyiben kimutathatta, hogy ilyen körülmények között a test súlypontjának területi pályája csaknem egyenes vonal, míg ugyanannak időbeli emelkedési görbéje csaknem tökéletes parabola. Ebből következik, hogy ezen mozgásban (magasabb lépcsőfokra fel-, vagy arról lelépés) jóformán csak a talajt később elhagyó alsó végtag vesz aktivan részt, míg a fent megtámasztott végtag csupán a pályának területi kiszabására van befolyással.

Lenhossék Mihály r. t. előterjeszti Guszman József „Kísérletek bőrreszek implantatiojával“ czimű dolgozatát, melynek eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. Kísérleti eljárásuk szerint végzett bőrimplantációkkal csaknem kivétel nélkül cystákat sikerül létrehozni.

2. A cysták falának egy része az implantált bőrlebensből áll, a többi része újonnan képződött. Az újonnan keletkezett cystafalrészlet kötőszöveti része a régi bőrlebensből fejlődött, hámborítéka pedig az implantált hámlébensy továbbterjedő burjánzásából ered.

3. A hámnövekedés, mely a cystaképződés alapját teszi, kétféle alakban nyilvánult. Az egyik alak azt a typut követi, melyet Kaufmann és mások kísérleteiben megismertünk és a mely abban áll, hogy az implantált bőrlebensy széléről a hám a szomszédos kötőszövetre lép s azt lassanként kibéleli. Ezzel szemben a hámosodásnak másik alakja úgy jelentkezik, hogy a burjánzó hámszövet a bőrlebensy epidermalis felszínéről a szemközti fekvő kötőszövetre terjed, a honnan annak felületén tovább kúszik. A lebensy hámszöveve olyképen jut a szemközti kötőszövetre, hogy vezető pályául felhasználja a lehántás által keletkezett, nagyrészt hialakú intracystosus összeköttetéseket.

4. A cysták falzatának újonnan kifejlődött részében a többrétegű hámburkolatnak magas differentiáltságán kívül főleg az a szembeszökő, hogy elsőtán szörtüszökhöz többé-kevésbé hasonló képződményeket találunk, melyeket secundaer implantatio eredményeinek kell felfognunk.

5. A 4. pont alatti tulajdonságok arra a fontos eredményre vezetnek, hogy mesterségesen előidézett cystáink egész kiterjedésükben, tehát nemcsak az implantált bőrlebensy megfelelő részükben, szerkezetileg az egyszerű dermoidecystákhoz igen közel állanak.

Tangl Ferencz lev. tag bemutatja Farkas Kálmán-nal együtt végzett vizsgálatainak eredményét „Vizsgálatok a megtermékenyített pisztrángpete anyag- és energiatartalmáról“ czimű dolgozatban. A költetlen és költött peték viz, szaraz anyag, N-, C- és energiatartalmának összehasonlítása alapján megállapították, hogy a pisztráng fejlődése közben a pete szarazanyag- és víz-tartalma megfogy; de a veszteség relatíve kisebb, mint a tyúk és selyempille petéjében. A zsír nem fogy meg, sőt ellenkezőleg, gyarapodása mutatható ki. A zsír csakis a pete fehérjéből képződhetett, mert a költetlen peték glycogent nyomokban tartalmaznak. A költés közben elhasznált kémiai energia — a fejlődés munkája — egy-egy petében 668 gm. caloriát tesz ki; ezen energia a fehérjék N-mentes tömegrészletéből származik. Az elhasznált szaraz anyag energiatartalma nagyjában meg is felel tényleg a fehérjé-tömege N-mentes részletére eső kémiai energiának.

Tangl Ferencz levelező tag bemutatja Detre László és Sellei József biochemiai tanulmányát „A sublimat véroló hatásáról“.

Ezen tanulmány főbb eredményei a következők:

1. A sublimat a vörösvérsejt-mérgekhez tartozik, a mennyiben bizonyos töménységű oldatai haemolysist hoznak létre; túlerős oldatok már fixálják a vörösvérsejtet, igen gyengék csak részben vagy nem oldják. A két véglet között van a sublimat „oldási zónája“, melynek nagyságát a felső és alsó határtiter szabja meg.

2. Az oldás erőssége az idővel és hőfokkal arányos. Egyazon idő és hőfok mellett a hatás az oldási zónán belül a töménységgel arányos.

3. A vérolást lappangási idő előzi meg, a mely a hőfokkal és töménységgel fordítva arányos.

4. Normális egyének határtiterei megközelítőleg állandók. Syphillises egyének látszólag nagyobb ingadozásokat mutatnak, kivált ha higanykezelésben részesülnek.

5. A vérsavójuktól megfosztott vörösvérsejtekre nézve a sublimat oldótitere alacsonyabban fekszik a nativ vérnél, a minek oka az a védőhatás, a melyet a serum a mérge ellenében kifejt.

6. A serum quantitative is kimutatható módon védi a vörös vörösvérsejtet: több mérge hatástalanítására több serum szükséges.

7. A serum védőhatása erősen thermostabil, csak 80°-on felüli hevítésre pusztul el; az előálló fehérjealvadék nem véd.

8. Aetherrel vagy chloroformmal való kezelés megfosztja a serumot védőerejétől; az aetheres kivonat védőtulajdonságokat nyer. A serum védőhatása tehát aether- és chloroformban oldható, sublimatot lekötő védőanyagok útján jön létre, a melyek párhuzamba hozhatók az Overton-féle „lipoid“-okkal.

9. A vörösvérsejt oldata a seruméhoz hasonló, csak hogy sokkal erősebb védőhatással bír, a melynek törvényei a serum védőhatásának törvényeivel egyezők. A vörösvérsejt belsejében is hasonló, sublimatot lekötő „lipoid“-anyagok foglalhatók, a melyek a mérge hatásközvetítésében szerepelhetnek. E feltevés annál is valószínűbb, minthogy a véredv védőképessége, más szóval sublimatlekötőképessége nagyjában arányos a vörösvérsejt érzékenységével.

10. A lecithinnek aetheres vagy chloroformos oldatával össze-rázott sublimat-oldat vérmérgező hatásának egy részét elveszíti; az eltűnt sublimat a lecithinnel lép kapcsolatba, a mikor is talán kémiai vegyület („higany-lecithid“?) képződik. Tekintve a lecithinnek a sublimat iránt való jelentékeny aviditását egyrészt, másrészt pedig azon körülményt, hogy a minden élő sejtben előforduló lecithin a lipoidoknak jelentékeny részét alkotja, szerzők nem zárkoznak el azon feltevés elől, hogy a sublimatnak haemolysises hatását az élő vörösvérsejtben is a lecithin-csoport közvetíti.

### Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1904. május 14-dikén.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ilyés Géza.

Van-e az osmosisnyomásnak befolyása az alkoholos erjedésre?

Kiss Gyula: A mindennapi tapasztalat szerint megkülönböztetünk mérge és nem mérge anyagokat. Az utóbbiak alatt azokat értjük, melyek vegyi sajátágaik alapján semmi, vagy csak lényegtelen káros befolyást gyakorolnak az élő sejt működésére. Ezekről a nem mérge anyagokról azonban közönségesen felveszik, hogy physikai tulajdonságaik alapján képesek károsan hatni a sejtre, és pedig akkor, ha oldataiknak osmosisnyomása nem olyan, mint a melyet az élő sejt elviselni képes. Ez a felfogás átmegy a köztudatba és újabb felfedezések által úgy látszik, mintha tudományosan be lett volna igazolva. Főképen Hamburgernek a kísérletei alkalmasak arra, hogy bizonyítékul felhasznál-tassanak. Ezen kísérletek azt mutatják, hogy indifferens sók egymással isotonias oldatokban okoznak haemolysist, a vörösvérsejtek festényé-nek diffusioját. Előadó az élesztősejten próbálta ki, vajjon isotonias oldatok hasonló módon befolyásolják ennek a sejtnek a működését. Ezt oly módon tette, hogy a thermostatban 38-50° hőmérséknél meghatározta az élesztőnek erjesztőképességét és azután sorozatos kísérletek-nél a kaliumnak és natriumnak a chlorid, bromid, illetve joddal alkotott vegyületeit keverte a cukoroldathoz és megkereste, hogy milyen határnál gátolják ezen sók az erjedést annyira, hogy az erjedés gyorsasága körülbelül 600-szor lesz lassúbb, mint a tiszta cukoroldat-ban. Ily módon azt találta, hogy a KCl 2-88 gm. molekula-töménység-ben, a Na J ellenben 1-65 gm. molekula-töménységben egyenlően gátolják az erjedést, tehát egyáltalán nem isotonias oldatokban. A többi só töménysége ezen két határ közt foglal helyet.

A vizsgált hat sónak fagyáspontja pedig — 11-21° C. és — 7-27° C. között fekszik. Kétségtelen tehát, hogy az élesztő koncentrált oldatok-ban nem úgy viselkedik, mintha egyedül az oldat osmosisnyomása be-folyásolná. De vannak körülmények, melyek valószínűvé teszik, hogy az osmosisnyomás egyáltalában nem játszik lényeges szerepet. Ilyen az a körülmény, hogy pl. a kísérleteknél használt KCl-oldat osmosisnyomása körülbelül 64 légköri nyomásnak felel meg és nehezen lehet azt elképzelni, hogy a sejt, vagy annak részei ilyen nagy nyomáskülönbséget elbirjanak. Továbbá az osmosisnyomás a hőmérsékkel emelkedik, 0°-tól 38-50° C-ig, az emelkedés körülbelül 9 légköri nyomásnak felel meg, holott a só gátló hatása a hőmérsék növekedésével csökken. Végre észlelhetjük azt is, hogy az élesztő még tömény sóoldatokban is az edény fenekére alászáll. Például 5%-os jodkali-oldatban, a melynek faj-súlya 1-630, az élesztő idővel leülepszik, holott az élesztőnek faj-súlya 1-100 körül van. Az utóbbi jelenség legjobban abból magyaráz-ható, hogy az élesztő az oldatban teljesen átvivődik; ha pedig tényleg átvivődik, akkor nincs osmosisnyomás-különbség, és így az osmosis-nyomásnak nem lehet hatása. Különbözik pedig a megvizsgált sók hatá-sában bizonyos törvényszerűségeket lehet felismerni. Ugyanis a kalisók mindenkor erősebb gátlóhatással bírnak, mint a megfelelő natriumsók, a három halogen közül a legerősebben negatív chlor a vegyületben kevésbé mérge mint a brom, ez pedig kevésbé mérge mint a jod. Közöl állott a gondolat, hogy ezen sók viselkedésében egy nagyobb általános törvénynek a részjeleusége ismerhető fel. Ezen általános tör-

vényt valóban sikerült megállapítani és az erre vonatkozó közlemény a közel jövőben fog megjelenni.

**Matócsy Miklós:** A készülékre nézve az a megjegyzése, hogy az áramló szénsavnak bizonyos vízszlopot kell nyomnia és így nagyobb munkát kell végeznie, míg ha a víz a palackz feleként a beáramló szénsav arányában távozna el, akkor ez a számadatokat is befolyásolná és regularisabb görbét lehetne nyerni.

**Róth-Schulz Vilmos:** Nem előadónak vizsgálati eredményeit, de azt kifogásolja, hogy előadó azokat Hamburger egyszerű vérsajt-kísérleteivel veti párhuzamba.

Míg az utóbbiak egyszerű physikai kísérlet jellegével bírnak, előbbiek az osmosisnyomás befolyását tulajdonképpen két folyamat összevetésére vizsgálják, t. i. az élesztősejtek életműködésére, s az általuk képezett fermentum katalitikus hatására. A mi pedig a sóknak a szervezetben való hatásmódját illeti, úgy az mint osmosisnyomás csak olyankor jut érvényre, ha, a mint azt előadó is kiemelte, valódi „semi-permeabilis“ hártya választja el az oldatokat, s a physiologiai vizsgálatok egész sora állapított meg hasonló függést az összetevő aniontól s kationtól a sejtekre való hatásban, mint a minő előadó vizsgálataiból az alkoholos erjedésre folyik.

**Kiss Gyula:** A készülék eszméje nem szólóé, hanem hasonló készülékek az élesztő iparban vannak elterjedve és hogy melyik jobb, a körül nagy vita folyt. A *Matócsy* ellenvetése gyenge, mert a vizokozta csekély ellentállás elenyésző a nagy mennyiségű szénsavnyomásához képest. Nagyobb hiba, hogy a thermostatban túlsaturálás áll be és ez lassúbbá teszi az erjedést. De hát ezek a kísérletek nem bírnak physikai kísérletek pontosságával, mert 5% hibát maga szóló is concedált.

Pontosabb a *Roth-Schulz* felszólalása, a ki dicséri az előadást, de szóló mégis kénytelen vele ellenkezésbe jutni.

Olyan dolgokat említett felszólaló, a miket annak, ki a dolgokkal foglalkozik, tudni kell. Ilyen a permeabilitás kérdése. Ezzel sokan foglalkoznak, hogy megmagyarázzák, miért tér el minden sónak viselkedése attól a törvénytől, melyet Hamburger megállapított. Ez az osmosis törvényét erősíteni látszik. De szóló olyan sokat vizsgált, melyeknél különböző permeabilitásról nincs szó. Különbben érdekesnek tartja, hogy a permeabilitás kérdését physikai-chemiai kérdésnek tekintik, holott ez se bizonyos, mert lehetséges, hogy bizonyos vegyi tulajdonságok lépnek érvénybe, melyeket közelebbről nem ismerünk. Hiszen el kell ismerni, hogy a vegytan nem állott meg a vegyértékre és vegyrokonságra vonatkozó megállapításnál.

*Buchner* vizsgálatait a zymazéről ismeri szóló, de részletes összehasonlításokat az idő rövidsége miatt nem tehetett. A különbség a zymazeerjedés és az élesztőerjedés között az, hogy az előbbinél a sók gyorsító hatása a hig concentrationál nem észlelhető és a zymazeerjedés görbéje egyáltalán közel áll a logaritmikus görbéhez.

Az osmosisnyomás kérdését általánosságban megfejteni nem akarja. Sőt szólónak is az az aggálya van, hogy a mint a physikai chemiában, úgy esetleg a physiologiában is a concentrált oldatokra más törvények irányadók, mint a hig oldatokra. Mivel pedig szóló vizsgálatai épen csak az élesztőre állanak meg, ezért fel van mentve attól, hogy *Roth-Schulz* többi ellenvetésére reflektáljon.

#### A gyomorműködés vizsgálatára szolgáló eljárásról.

**Unterberg Jenő:** A gyomor élettani munkájának megismeréséhez külön kellene mérni tudni a két főműködés nagyságát: a motilitását és a secretioét. Ezek ismerete nélkül a kórisme és a gyógykezelés is gyenge alapon áll. Bár a kórtünetek mérlegelése és egyszerű próba-étkezések beadása és vizsgálata is ad némi, sőt sokszor kielégítő eredményt, de teljes és biztos eredményt csaknem soha. Sőt ily eljárás mellett könnyen származhatnak diagnostikai csalódások és a kórlényegnek helytelen felfogása, melyek közül néhány gyakrabban előfordulót fel-említi a felolvasó.

Az eddig ajánlott módszerek, úgymint *Pfaundler*-é, *Mathieu*-é, a *Schüle* és a legújabb *Sahli*-féle hibásak és nehezen kivihetők. A legjobb a *Sahli*-féle, melynek nagy árnyoldalait azonban *Böniger*, *Zweig* és *Cavallo*, *Robin*, *Hebe* és *Humbert*, *Strauss*, *Akimow-Peretz* és *Konieczkowsky* vizsgálatai mutatják ki. Utóbbi 400–1000%-os hibákat talált.

*Pfundler*én kívül mindezen módszer, valamint *Unterberg* módszere is első feladatnak tekinti a gyomorban visszamaradt összes maradék mennyiségét pontosan megmérni. E cél meg van oldva a *Mathieu-Bernard*-, vagy a vele közel egyező *Cohnheim*-, *Strauss*-, vagy *Goldschmidt*-féle methodika segítségével. Ha egy kivett részlet mennyisége  $A$ , aciditása  $a_1$ ; a  $B$  vízmennyiséggel felhígított maradék aciditása  $a_2$ ,

úgy az össztartalom  $T = A + \frac{B a_2}{a_1 - a_2}$ . Sokszor a gyomortartalom kevés

vagy sűrű és sondán át semmi sem ürül ki. Ilyenkor a felolvasó a vizsgált egyénnek először 100 cm<sup>3</sup> vizet önt a gyomrába, majd ennek egy részletét kiveszi és a maradékot ismét 100 cm<sup>3</sup> vízzel hígítja fel. Ha az első hígításból kivett részlet mennyisége  $A_1$ , aciditása  $a_2$ ; a második hígítás aciditása  $a_3$ , úgy a gyomortartalmat a következő képlet adja meg:  $T = (A_1 + 100) + \frac{100 a_3}{a_2 - a_3}$ .

Ezenkívül  $a_1 = a_2 \left(1 + \frac{100}{T}\right)$ .

Az új módszer lényege és legfontosabb része az, hogy a próbareggeli 200 cm<sup>3</sup> 4–5%-os fehérjéből áll. A reggeli fehérjetartalmát

nem kell okvetlenül ismerni, ellenben meg kell határozni savkötő képességét  $2(a - \beta) t = 2kt$ . Ha a kivett gyomortartalom 100 cm<sup>3</sup>-ének savkötőképessége  $(a_1 - b_1) = k_2$  jeleztetik, úgy a gyomortartalomban  $(R)$  a reggeli maradékának mennyiségét  $e$  képlet adja  $P = R \frac{a_1 - b_1}{\alpha - \beta} = R \frac{k_2}{k_1}$ . Ebből a gyomorfall által elválasztott nedv mennyisége  $S = R - P$ , aciditása pedig  $a_2 = \frac{Ra_1}{S} = 0.3650/100$ .

Valamint a methylenkék vagy phloridzinpróba a vesének csak ezen anyagokra nézve méri munkáját, úgy e módszer is csak a fehérje feldolgozására szükséges munkát méri. Tény, hogy úgy a tiszta fehérjéből, mint a pontosan nem analizált ételekből álló Boas, Riegel stb. próba-étkezések más és más munkát követelnek a gyomortól és nem mindig egészen egyező eredményeket adnak. Az ily módszer sem méri tehát, és ez belátható időn belül nem is lesz lehetséges, a gyomor által minden alkalomkor kifejtett energiát: de pontosan megadja a gyomorfall által elválasztott nedv aciditását, a motilitás és secretio arányát és segélyével mindennemű igen csekély functionális eltérés már mérhető és numerikusan kifejezhető. Boas poliklinikáján közel 30 esetben próbálta ki szóló és néhány igen érdekes eredményt kapott, a mit legközelebb szándékozik ismertetni.

## XIV. magyar balneologiai congressus.

(II. ülés 1904. április 18.)

Elnök: **Taufer Vilmos**, később **Bókay Árpád**. Jegyző: **Lőw Sámuel**.

(Vége.)

Adatok a szovátai forró sóstavak chemiai viszonyainak megismeréséhez.

**Hankó Vilmos:** Ezeket a balneologiai objectumokat mint első rendű természeti ritkaságokat ismerteti az erdélyi sóstavak buzgó kutatóinak: *Kalecsinszky* és *Rigler* professzoroknak, valamint magának megfigyelései, vizsgálatai alapján. A szovátai fürdőnek nagy nevezetességei langyos és forró sóstavai. Ezek közül a 8 kat. hold kiterjedésű pompás „Medvetó“ valóságos természet csodája. A tó vize erősen sós. Minél mélyebben haladnak benne, annál inkább növekszik tömörsége, sótartalma. A 12 m. mélységű vízréteg vízének egy literében már 304:1 gramm konyhasó van feloldva.

A víz hőmérséklete nem egészen másfél méternyi mélységben 65° Celsius.

A felszinen megközelítőleg olyan hőmérsékletű, mint a milyen a legelső vízréteg (21° C.) Másfél metertől lefelé ugyanis a hőmérséklet fokozatosan alászáll. Ez a tó, mely a hőmérsékleti viszonyait illetőleg páratlanul áll Európában, a nagy jövőre hivatott szovátai fürdő középontja és legfőbb ékessége. *Kalecsinszky Sándor* illeti az érdem, hogy ma teljesen tisztában vagyunk a tóvíz felmelegedésének az okával. Magyarazatát a tudományos világ teljesen magáévá tette. Szerinte a tóvíz felmelegedésének az okát a napsugarakban kell keresnünk, melyeket a lefelé mind tömörebbé váló sósvíz nemcsak elnyel, de össze is gyűjt.

A Medvetón kívül egész sorával találkozunk Szovátán a meleg sóstavaknak. Ilyen példának okáért a hatalmas sósziklakkal övezett „Vöröstó“. *Hankó* ebbe a tóba édes víz beáramlását nem vette észre. A víz rétegeiben nincs meg a nagy sűrűségkülönbség. A tó felső rétegeinek hőmérséklete — a honnan a vizsgálatra való vizet vette — 27° C.; a legalsóé 50-2° C. A sekély tó fenekét a folyton folyvást képződő vassulfidtól koromfekete iszap borítja, melytől a sekély tó vize is feketének látszik. Mi okozza a „Vöröstó“ felmelegedését? *Hankó* nézete szerint a Vöröstónál *Kalecsinszky* theoriája némi kiegészítésre szorul. Szerinte a Vöröstó felmelegedésében része van a tó fenekét borító fekete iszapnak, mely a nap sugárzó melegét nagy mértékben absorbeálja. Az iszap az absorbeált hőt közli az érintkező vízrétegekkel, a melyek nagyobb sűrűségüknél fogva nem szállanak fel. Másnap a meleghez újabb melegség járulhat.

Hogy Szovátá természeti kincsei már a közel jövőben tevékeny tényezői lesznek a Székelyföld gazdasági fellendülésének, az iránt biztosítékot nyújt az a meleg érdeklődés, melyet *Sándor János* államtitkár megváltozott viszonyai, országos gondjai között is mutat Szovátá iránt. A szepet szerető, az egészségét megbecsülő világ szívesen fizeti itt a gyönyörködésnek és a gyógyulásnak az adóját.

#### A gyomor- és bélbántalmak balneo-physiotherapiája Előpatakon.

**Kelen József:** Előadása statistikájából kitűnik, hogy a fürdőn az utóbbi 2 év alatt megfordult mintegy 3000 fürdővendég 75%-a gyomor-bajos volt. A gyógyulási eredmény a 315 betegre vonatkozó összeállítás szerint igen kedvező volt. 53% gyógyulás, 36% javulás és 10% változatlan állapot volt feljegyezhető. A fürdőn az újabbban létesített gyógytényezők (svédorna, massage-intézet, vízgyógyintézet, gyógykonyha) segítségével az eseteknek megfelelő kombinált balneo-physiotherapia divott és a kimutatott gyógysikerek biztosításában a gyógyforrások és többi gyógytényezők együttesen megtették a magukét. A fürdőnek régi és megérdemelt hírneve van a gyomor-bántalmak terén és e hírnevét az újabb gyógytényezők öregbíteni fogják. A Székelyföld e gyönyörű fekvésű és páratlan hatású forrásai sok tekintetben felülmúlják a külföldi fürdőket, mindezt felolvasó érvekkel is bizonyította.

**Ormai József:** A gyomortágulás diagnózisában nagyon óvatosnak kell lennünk, de kezelésében a balneophysikális eljárás roppant fontos. Sok ember 3 liter vizet is megiszik és elbirja, tehát gyomra nem atoniás, sem nem dilatatiós.

#### A női betegségek conservatív kezelése balneotherapiával.

**Cukor Miklós:** A modern tudományos bűvarkodás alapját képező statistika azon meggyőződésre vezette a külföldi gynaekologusokat, hogy ama törekvésük, miszerint a méh függelékeinek lobos bántalmainál a gyógyításnak helyes útját az operatív irányban megtalálják, kudarcra vezet. Még 10 év előtt Schauta minden ujnyi vastag, lobos gonorrhoeikus tubánál annak exstirpációját indokoltak tartotta. Miután azonban csak az uterus egyidejű exstirpációjánál látott jó eredményeket, conservativebb lett, mert eme radikális műtétet, mint súlyos beavatkozást, csak súlyos esetekre reserválja.

**Fritsch** és mások viszont úgy találták, hogy még az uterusnak egyidejű exstirpációja sem nyújt kielégítő eredményt, mivel pelveoperitónikus fájdalmak továbbra is fennállnak, azért ő is, úgy mint a német műtők legtöbbször, visszatért az elvileg conservatív therapiához. A balneologia szempontjából tehát örömmel üdvözölhetjük a tudomány e legújabb, kiforrott álláspontját, mivel a conservatív therapia érvényesítésében az elsőség a modern balneotherapiát illeti meg.

**Tóth István:** Előadó egy rendkívül nagy, nehéz kérdésben, jórészt laikus közönség előtt tartott az adnexummegbetegedésekről történeti áttekintést, elmondva, hogy a külföldön mely szempontból operáltak, de most már eltértek ezen úttól és felvirult a balneologia napja. De hogy így milyen sikereket lehet elérni, erre nézve nincs tapasztalata. Hogy felszólal, annak oka, hogy egy ilyen tisztán szakemberek gyűlékezete elé való themát ilyen módon nem lehet tárgyalni, csak odavetni, ezen dolgokban statistice kell dolgozni, kimutatni, hogy szólnak ennyi és ilyen tapasztalata van.

Másrészt itt tartja ezen előadását előadó Magyarországon, de egyetlen egy adatot sem hoz fel, hogy e kérdésben a magyar gynaekologusok milyen állásponton vannak. Ha a külföldi irodalmat figyelemre méltatta, akkor érdemes lett volna a magyar gynaekologusok munkásságának is némi figyelmet szentelni.

Ezen előadását oda kell vinnie, a hol ezen urak működtek, ő reájuk vonatkoznak kifogásai a túlzások ellen. E themát a budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya számos ülésben megvitatta, és dicséretükre legyen mondva a magyar nőgyógyászoknak: a conservatív Kézmarszky és az úttörő Tauffer vezetése alatt nem volt szükségük, hogy személyesen szerezzenek szomorú tapasztalatokat.

Nem akar a részletekbe belemenni, de olyant állítani nem lehet, hogy nem kell operálni, mert magától is meggyógyul. Még meggyógyulható esetekben is operálni kell néha, mert nem minden asszony feketik 3-4 hónapig és mehet évente 4-6 hétre Franzensbadba vagy egyéb fürdőbe. Ezeket hamar kell meggyógyítani, hogy munkaképessé legyenek.

Örömmel osztja előadó nézetét, melylyel a túlzások ellen kikel, de ismerje el, hogy a magyar gynaekologusok kezdetől fogva a legnagyobb lelkiismeretességgel operáltak és igen conservative jártak el.

**Rottenbiller Ödön:** Felhívja a figyelmet a mult évi balneologiai congressuson tartott előadására a megváltozott nyirokkeringésről, mely épen a felszívódásra fejt ki hatását.

**Platzer Sándor:** Nélkülözi a Cukor előadásában a statistikát, mert statistikát kell szembeállítani statistikával.

**Nedanovits Lázár:** A fürdőorvos nincs azon helyzetben, hogy pontosan megmondhassa hány betege gyógyult meg, mert elkerül szeme elől, erre inkább a házi orvosok volnának képesek. De nem is szükséges, mert a publikum a legfelső foruma a gyógyító tudomány sikerének és daczára annak, hogy a nőgyógyászat, sebészet nagyot lendült, a balneotherapia sem maradt el mögöttük.

**Cukor Miklós:** Statistikaival még nem rendelkezik, mert csak 3 éve működik Franzensbadban. Különben is ez magyar balneologiai congressus, ezért nem akart osztrák fürdőn szerzett tapasztalatokról beszélni. A feltétlenül operálandó esetekre vonatkozólag említette, hogy az eljárásokban a magyar műtők is különböző iskolákat képviselnek. A magyar irodalmat csak azért nem említette, mert a világirodalomban nincs nyoma.

**Tóth István (közbeszól):** A gynaekologikus szakosztály üléseiről rendszeres tudósítások jelennek meg a Centralblattban.

**Cukor Miklós:** Egyébként ez még pótolható.

## Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi január hó 26-dikán az egyetemi I. számú sebészeti klinika tantermében tartott évrő közgyűlés.)

Elnök: Réczey Imre. Jegyzők: Haberern Pál, Dapsy Viktor.

**Elnök:** Üdvözlő a megjelent tagokat, s midőn az évrő ülést megnyitja, örömeinek és meglepedésének ad kifejezést, hogy a lefolyt évben a szakosztály tudományos működése oly nagy lendületet vett; kéri a jegyzőt jelentése megtételére.

**Dapsy Viktor** jelentése a budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1903. évi működéséről.

**Tisztelt szakosztály!** Midőn a sebészeti szakosztály második évi működéséről kell beszámolnom, örömmel végzem ezen feladatot, mert

szakosztályunk tudományos működése s tagtársaink érdeklődése hatalmas előhaladásról tesz bizonyosságot. Alapítási évében szakosztályunk 4 előadással és 22 bemutattal második helyen állott, fennállása ezen második évében pedig 11 előadással és 25 bemutattal messze túlszárnyalta az orvosegyesület többi szakosztályának működését.

Az 1903. évi január 15-dikén az orvosegyesületben tartott tisztújító közgyűlésen elnökké: Réczey Imre, elnökhelyettesé: Dollinger Gyula, jegyzővé: Haberern J. Pál, jegyzőhelyettesé: Dapsy Viktor, pénztárossá: Kertész József választották meg.

Ezen tisztújító gyűlésen kívül 8 rendes tudományos ülést tartottunk és pedig:

Az I. ülést a szt. Rókus-kórház első sebészeti osztályán,  
a II. ülést a szt. János-kórház sebészeti osztályán,  
a III. ülést a tud. egyetem I. számú sebészeti klinikáján,  
a IV. ülést az izraelita kórház sebészeti osztályán,  
az V. ülést az egyetemi I. számú sebészeti klinikán,  
a VI. ülést a szt. János-kórház sebészeti osztályán,  
a VII. ülést az Irgalmas-rend kórházában,  
a VIII. ülést az egyetemi I. számú sebészeti klinikán.  
Ezen üléseken 8 tag 11 előadást és 14 tag 25 bemutattat tartott.

Előadást tartottak:

1. **Navratil Imre:** Adatok a traumatikus Jackson-epilepsia operatív kezeléséhez.
2. **Manninger Vilmos:** Könyökizületi törések.
3. **Pólya Jenő:** Férőgyújtvány és gyomornyirok erei.
4. **Báron Jónás:** A cseplesz üszkösödéséről.
5. **Alapy Henrik:** A gyermekkori appendicitis sebészeti kezelése.
6. **Horváth Mihály:** A veseizületett czombizületi ficzam kezelését illető tapasztalatok.
7. **Manninger Vilmos:** Hordképes csonkokról.
8. **Lovrich Sándor:** Az Irgalmas-rendi kórháznak bemutatása, különös tekintettel a sebészeti szakosztályra.
9. **Dollinger Gyula:** A nyak gümös mirigyeinek subcutan kiirtása 100 eset alapján.
10. **Dollinger Gyula:** Az idült vázizületficzamodások helyreterevésében újabb tapasztalatok.
11. **Dollinger Gyula:** Idült térdkalácstörés egyesítése a quadriceps inának meghosszabbításával.

(Vége következik.)

## Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

Elnök az ülést megnyitja. Köszönetet mond megválasztásáért. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Körmöczy Zoltán és Goldzieher Vilmos tagtársakat.

#### A vese gümös megbetegedésének operált esetei.

**Makara Lajos:** K. K.-né, 31 éves, atyja és 7 testvére közül egy tüdővészen halt meg. 7 év előtt tüdőgyulladás volt, vért nem köpött, nem köhög. Hat gyermeket szült, az utolsó 14 hónapos. 1903 februárban vette észre az első vizeleti zavart, mely hirtelen támadó és vissza nem tartható ingerben nyilvánult, kiürített vizeletében reggelre nyúlós üledék támadt. Egy hónappal később a vizelet után fájdalmak és erőltetés lépett fel, később gyakrabban is kellett vizelnie. Májusban Budapetre jött baját kezelteni, de az alkalmazott hólyagmosásokra állapota csak rosszabodott, étvágya megfogyott, lesóványodott. Augusztus 17-dikén vétette fel magát a szent Margit-kórházba. Ekkor éjjel-nappal 2 óránként vizelt, vizelet után a húgycsőben és végbélben 1/2 óráig tartó égető fájdalma van. Csontrendszere jól fejlett, izomzat és zsírszövet megfogyott, testsúlya 50 kgm. A mellkasi szervek épek. A has puha, tágtul. A jobb bordaív alatt a legnagyobbodott vese alsó fele könnyen tapintható és a helyére feltolható. A hüvely felől a jobboldali ureter lefutásának és beszájadásának megfelelően lúdtoll vastag, érzékeny köteg tapintható. A hólyag kapacitása csak 30-40 gm. A vizelet savi, fs. 1015, állásánál sűrű genyes üledéke van néhány véres csikkal. Gümöbaccillus kimutatható. A szűrt vizeletben 0.50/00 (Esbach) fehérje, vesealakelemek nem mutathatók ki. Napi mennyiség 1600-2000 cm<sup>3</sup> közt változik. Általán láztalan, de többször délutánoként emelkedtebb a hőmérsék (37.2-37.8 közt).

Állapota meleg fürdők, morphiumpók és guajacol-olaj-injectio mellett nem javult, sőt rosszabodott. A vizelet véresen festenyzett, a fájdalom állandó, soványodik. A hólyagvizsgálat annak érzékenysége és csekély kapacitása miatt csak ismételt kísérlet után sikerült cocain-adrenalin-anaesthesia mellett, ekkor kitűnt, hogy a jobb ureternyílás környéke belővelt, itt-ott szűrkés gümös szemcséktől környékezett. A belőle kiürülő vizelet zavaros, genyes. Maga az ureter szájadék a megváltozott nyálkahártya redők közt nem látható. A bal ureterszájadék környéke ép, a belőle ürülő vizelet tiszta. A beteg jobboldali vesét október 28-dikán előadó a Witzel-féle aethernarcosisban ferde lumbal-metése át eltávolította. Az edények bekötése catguttal, az ureter átmetszése és a nyálkahártya elroncsolása Paquelinnal történt. A seb nagyrésze összevarratott, közepén steril gazetamponálása a sebürengnek.

Az eltávolított vese nagy, barnás-vörös, tokja könnyen lehúzható. A vesemedence és kelyhek egészen gümösen infiltráltak, detritussal fedettek. A vesében itt-ott miliaris gümők, az egyik pyramis-csúcscon ellágyult sajtos gócz.

A lefolyás zavartalan. A fájdalmas vizelet mindjárt a műtét után megszűnt. A vizelet az első 24 órában 430 gm., fs. 1027, sok geny és vörös vérsajt az üledékben. Azontúl fokozatosan feltisztul és szaporodik, eléri a műtét előtti mennyiséget, 1600—1800 gm. közt változik. November 15-dikétől a hólyag újból guajacol-olaj-injectioval kezeltetik. A sebüreget kitélt lassan, de egy 4 cm. mély úrjárat még ma is fennáll.

Erőállapota fokozatosan javult: testsúlya jelenleg 61 kgm. 2 1/2—3 óránként vizelet, a vizelet még mindig vörhenyes, mársékelten genyes üledék támad állásnál. Egyébként egészségesnek érzi magát és hazakivánkozik.

2. A második eset. M. E.-né, 32 éves, magas termetű, megbetegedése előtt 82 kgm. testsúllyal. Terhes nem volt. Két év előtt 2 hétig köhögött. Köpete kissé véres is volt, de azontúl köhögése megszűnt. 1902. szeptember 10-dike óta beteg, mikor állítólag furdésnél megfázott s fájdalmas vizeleti ingerek léptek fel. Néhány hónap múlva már 5 percenként kellett vizelnie. Vizelete időnként zavaros, genyes üledékében véres csíkok is mutatkoztak, napi mennyisége 200 cm<sup>3</sup> körül változott. Baját februárban és márciusban a szent János-kórházban gyógyították, de a hólyagmosások, különösen a lapis csak fokozták fájdalmát. Ezután otthon kezelték hólyagját cocain-érzéstelenítés után guajacollal és sublimattal. Ezen időben már többször volt láza és rázóhidege. Juniusban megint bement 8 napra a kórházba. Junius 12-dikén állapították meg, hogy hasa bal felében izzadmányos daganata van. Otthon a cocaint maga alkalmazta, sokszor elhasznált 5 gm. cocaint egy nap alatt, úgy, hogy midőn augusztus 12-dikén a szent Margit-kórházba jött, nagyfokú érzékenység és izgatottság mutatták a cocainismust. A beteg ekkor lesoványodott, 56 kgm., rendkívül halvány, gyenge, izgatottsága miatt egyelőre nem vizsgálható. A vizelet bőven genytartalmú, savi, fehérje-mentes, gümöbacillus ki nem mutatható. Az oltott állapotok rövid időn belül elpusztulván, felvilágosítást nem nyújtottak (Krompecher).

A cocainról leszoktattuk, az alkalmazott meleg gőzölés, fürdők, morphiumpók némi javulást eredményeznek. A hasfalak feszessége miatt szeptember 23-dikán narcoisban történt vizsgálat, mely alkalommal a bal bordaív alatt a lumbal tájra áterjedő, tömeges, a köldökig leterjedő daganat tapintható. Az anteflectált, virginális méh szorosan fixált, le nem húzható. A hólyag tükrözvizsgálata annak csekély, 40 gm., kapacitása miatt nem sikerült.

A daganatot vesekőrüli genyes lóbtól származottnak tételezve fel, műtét ajánlatott. Ebbe október 29-dikén egyezett bele, mely aether-narcosisban egyelőre a lobos daganat megnyitásától állott ferde lumbal-metszéssel. Ez alkalommal 1/2 liter sűrű geny ürült ki, melyből Krompecher m. tanár ismeretlen bacillust tenyésztett ki, gümöbacillust nem talált. Műtét után az erőállapot némileg javult, de a vizelet gyakorisága és fájdalmassága nem szűnik. A vizelet állandóan zavaros, genyes. E miatt a bal vese műtéti feltárását, esetleg eltávolítását javasoltuk, s november 19-dikén hajtatott végre a második műtét. Az erősen összenőtt és megnagyobbodott vesét kigördíteni nem lehet, azért morcellement útján távolították el. A hilus-edényeket lefogó csipők a sebben maradtak és csak 4 nap múlva távolították el. A lelet a kiirtott vesén Minich főorvos vizsgálata szerint: Nephritis et pyelitis chronica. Tuberculosis disseminata renis. Tyrosus partialis tuberculosa pelveos. A vese felső csúcsában mintegy diónyi gümös tályog van.

Műtét után az általános állapot lassanként megjavult, testsúly fokozódott, távozáskor, december 20-dikán, testsúlya 62 kgm., a vizelet fokozatosan tisztult, bár még ma is mutatkoznak néha göresök. Vizeletét rendszerint 1 1/2—2 óráig tartja, máskor gyakrabban kell vizelnie. A sebgyógyulás lassan halad, jelenleg is 8 cm. mély járata van még. Fenn jár, arciszíne javult, egyedül a néha delutánonként megjelenő apró hőemelkedések keltenek aggodalmat.

Mindkét esetben a hólyag tükrözvizsgálatát Rihmer Béla, a vizelet kryoskopias vizsgálatát Kövesi Géza végezte.

(Folyt. következik.)

## PÁLYÁZATOK.

47/904. sz.

Arad vármegye eleki járásához tartozó Sikló nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona fizetés és a nappali 40, éjjeli 80 fillér látogatási díjak, a halottkémlésért 40 fillér, a hússzempléért megállapított díjak szedhetők.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket, melyhez eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismereteiket igazoló okmányok is csatolandók, hozzám június hó 3-dikéig terjeszszék be.

A választást június hó 4-diken d. u. 4 órakor fogom megéjteni.

E l e k, 1904. május 11-dikén.

Mladin Miklós főszolgabíró.

1530. sz.

Abauj-Torna vármegye esereháti járásához tartozó szepszi körorvosi állásra, a melyhez összesen 13 község tartozik és a mely állás ez évi július hó 1-jén foglalandó el, ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat 1904. évi június hó 18-dik napjáig bezárólag alulírt főszolgabíróhoz adják be.

A körorvosi állással egybekötött javadalom 1200 korona évi fizetés és 400 korona úti átalány, mely utólagos évnegyedi részletekben a szepszi kir. adóhivatal által fizetetik.

A közel 2000 lakossal bíró székhelyen, hol rendes gyógyszerár van, a halottkémlést is tartozik teljesíteni, a melyért Szepszi város pénztárából 100 korona díjazás jár.

A himlőoltásért iáró díj átlag évente 100 korona.

Látogatási, illetve rendelési díj (tehát az orvos lakásán is) nappal 1, éjjel 2 korona.

Az országos gazdasági munkás- és cselédszervező pénztárnak a legközelebb fekvő községekben mintegy 200 tagja van, mely szám szaporodik.

A választás 1904. évi június hó 20-dik napjának d. e. 10 órájkor fog a kör székhelyen, Szepsziben megtartatni.

S z e p s i, 1904. évi május hó 2-dikán.

2-2

Géczy Gyula, főszolgabíró.

### Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	C z i m
máj. 20.	m.-orv.	Nagyvárad	1200 korona	Rácz Ödön ig.-főorv., Nagyvárad
" 20.	kórh. r. o.	Gyergyó-Szent-Miklós	1600 korona, lak.	Dobribán Antal dr. ig. Csikm. főispánh. cz.
" 20.	kórh. s. o.	Szolnok	1100 k., lak., élelm.	Papp Gábor dr. igazg.
" 20.	kórh. s. o.	Sarajevo	1200 k., lak., élelm.	Glück dr. igazg. (országos kórház).
" 20.	áll. kórh. segédorv.	Marosvásárhely	1000 korona, lakás élelmezés	Kozma dr. ig. Belügy-miniszterhez czím.
" 21.	körorv.	Csik-Karczfalva	2200 k., lak.	Fejér Sándor fszb. Csikszereza
" 21.	kórh. alo.	D.-Szt.-Márton	1200 k., ellát.	Csató alisp. Csikszereza
" 23.	körorv.	Vaal	1600 korona	Főszolgabíró Vaal
" 25.	közs. o.	Jurkovác	1600 korona	Lőwieser Imre fszb. Antalfalva
" 31.	gyári, pénzt. o.	Nagy-Boeskö	1600 k., 500 k. lakb. fűtés, világítás	„Klotild“ vegyipar r.-t. N.-Boeskö.
" 31.	körorv.	Székelykocsárd	1000 korona, gyógytár	Mészáros István fszb. Felvinc
jun. 11.	téb. s. o.	Budapest-Lipótmező	1200 k., élelm., lakás	Bolyó, ig. belügymin.-hez czímzeve
" 11.	körorv.	Ráczpetre	1200 k., fuvar ingyen	Waniss Sándor fszb.
" 14.	kórh. alo.	N.-Beeskerek	1000 k., lak., élelm.	Jankó alispán
jul. 1.	iskola o.	Nagy-Kőrös	400 korona	Filó Lajos ev. ref. lelkész Szatmárnémeti
" 1.	körorv.	Krassó	1200 korona	Csaba fszb. Szatmárnémeti

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

**Salvator** kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eperj. sor.



**Dr. WEISZ EDE**  
**PÓSTYÉNI INTÉZETE**

Medicomechanikai (Zander és Herz) osztály.  
Modern kényelem. Vízvezeték. Villanyos világítás.

Stóbták hull. ár 20 koronától felül. \* \* \* Minden felül.  
gondnivaló költséggel szállít. Dr. WEISZ EDE.



Vegy, göröcsövészeti és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUM**

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50. (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

**Dr. Römpler sanatoriuma**

tüdőbetegek számára

**Görbersdorf, Sziléziában (550 m.)**

Elsőrendű intézet remek fekvésű hegyvidéken. Nagy fekvőcsarnokok, sétafolyosók, villamos világítás, lift, magyar orvos. Képes magyar prospektusok.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravosik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kertész József: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár.) A belső bélstrangulatio mechanizmusa. 329. lap.

Gescheit József: Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.) Gerincevelői daganat esete. 331. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérséjtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél. 332. lap.

Trajtler István: Batizfalvy Sámuel dr., a testgyógyintézet volt magántanárának sanatoriuma és vizgyógyintézete XLV. évi működése. 334. lap.

Tárca. Magyarország szemorvosainak egyesülete. 335. lap. — Nékám: Sir Henry Thompson. (1820—1904.) Samuel Smiles. (1812—1904.) 335. lap. — Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről. 336. lap.

Irodalomszemle. Könyvismertetés. F. Kornfeld: Gonorrhoe und Ehe. (R á s k a i.) 337. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Hartz: Thiosinaminnal kezelt pylorusstenosis. — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Domke: Mesotan. — Sigmundt: Helmitol. — Biedert: Bismutose. — Folyóiratok átnézete. 337—338. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Községi és körorvosok congressusa. — A vármegyei közkórházak tisztelgése Tisza gr. miniszterelnöknél. — A király látogatása az Erzsébet-sanatoriumban. — Kinevezés. — Magántanári képviselő választás. — Turán (Engel) Bódog. — Tuszka Ödön. — Schwarz Alajos. — Ismétlő tanfolyamok orvosok számára. — Nemzetközi orvosi congressus. — Rákvizsgáló-intézet. — Kérem a hazai fürdők érdekében. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A Mattoni-féle Erzsébet-sófürdő. — Megjelent. — Elhunytak. 338—339. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar balneológiai congressus. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 2. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár.)

### A belső bélstrangulatio mechanizmusa.

Közi: Kertész József dr. műtőorvos.

A belső bélelzáródás mechanizmusának értelmezésére nézve az adatok az irodalomban meglehetősen szórványosak. Úgy látszik, hogy a szerzők legnagyobb része a sérvlelzáródással analog mechanizmust vesz fel, a mi persze, tekintettel arra, hogy még a sérvlelzáródás mechanizmusa sincs véglegesen tisztázva, egészen kielégítőnek nem mondható.

Legutóbb Wilms<sup>1</sup> állított fel arra nézve egy teoriát, hogy miként hatolnak át feltűnő nagy béltömegek valamely erősen kifestített köteg alatt, vagy valamely szűk nyíláson keresztül. Wilms felveszi, hogy kezdetben a kiható bélkaes rövid és hogy az csak később nagyobodik meg. Ez a megnagyobbodás Wilms szerint a kacs peristaltikája folytán és pedig az elvezető szár rovására (a kacson kívüli és a leszorításán túl levő elvezető bélrészlet értendő) történék. A kacsnak aborális irányban továbbhaladó peristaltikája ugyanis a maga előtt tolt béltartalom továbbításában, az elvezető szár leszorításának helyén akadályra talál, miáltal az elvezető kacsszárnak közvetlenül a leszorítás előtt fekvő részlete erősen tágul, tehát falzata vongálódik. Ennek következtében az elvezető szárnak a leszorításán túl fekvő részéből vonatnának be részletek a kacs körébe.

Ezzel szemben én<sup>2</sup> kétségbe vontam azt, hogy a transsudatio

<sup>1</sup> Wilms, Mechanismus der Strangulation des Darmes. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1903. Nr. 5.

<sup>2</sup> Kertész József, Zur Frage vom Mechanismus der Darmstrangulation. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1903. Nr. 23.

által megtöltött és tágitott bélkaes peristaltikája ennek a munkának elvégzésére képes volna, miután (házinyulakon végzett) állatkísérleteimnél azt találtam, hogy az ilyen bélkaes peristaltikája a telődéssel fokozatosan folyton és rohamosan csökken, sőt teljesen meg is szűnik. Kezdetben ugyan elég élénk a peristaltika, ekkor azonban hullámai üresen futnak le, miután a kacs üres. A mint pedig a kacs telődik, a peristaltika csökken. Kísérleteimnél sohasem észleltem azt, hogy a kizáródott kacs körébe, annak meglehetősen nagyfokú megtelődésénél is, mely a kacs peripheriáját (a convexitáson mérve) csaknem a kétszeresre (pl. egy esetben 5 cm.-ről 9.5 cm.-re) nagyobbította, jelentékenyebb (alig 2 mm. volt) bevongálás történt volna. Ennek okát pedig abban véltem találni, hogy a hanyatló peristaltika a leszorítás helyén levő surlódási akadályokat leküzdeni nem képes, annál kevésbbé, miután a bélfalzat nagyfokú tágulékonyasága ennek a munkának jó részét feleslegessé teszi.

Ugyanott kifejtettem azt is, hogy nézetem szerint igen gyakran, már elsődlegesen, mindjárt a kacs áthatolásakor nagyobb bélrészletek hatolnak át, a mennyiben azt a mesenterium hossza és a kapu kalibere megengedi, mert eléggé erélyes és tartós hatásnál nem tudnám felfogni azt, hogy miért kellene csupán egy kis kacsnak a leszorításba belépnie.

Mindamellét azonban kétségtelennek tartottam azt, hogy vannak esetek, melyekben a primaer ok oly rövid tartamú s oly csekély erejű, hogy csakis egy kis bélkacsot strangulál a szűk leszorítás. Az ily esetekre nézve én is felvettem azt, hogy a kacs utólag és pedig az elvezető bélrészlet rovására megnagyobodhatik. Csakhogy ezt nem a kacs peristaltikájának tudtam be, hanem az odavezető bélrészlet kapu előtti részének, habár csak rövidebb szakaszon is beállott tágulása mellett, ugyanazon behatás, tehát a hasprés fokozott működése megismétlődésének (ismétlődő köhögés, hányás, erőltetett székelési kísérletek, a beteg nyugtalanodása, stb.). Erre nézve bizonyítékul a következő kísérletemet hoztam fel.

A házinyúl hasfalának kicsiny sebén keresztül rövid vékonybélkacsot húztam ki, melyet a nyílás középerősen comprimált (a mesenterialis erek pulzálása látható volt). Az odavezető bélrészlet meghatározása után annak intraabdominalis részébe a kacs felől körülbelül 15 cm. vizet fecskendeztem be. A canule eltávolítása után a kacs üres maradt. Az állat nyugtalankodásánál, a hasizmok faradikus ingerlésénél, valamint a has manuális compressiojánál a nyíláson át több bél lépett ki és pedig csak az elvezető szár hosszabbodott meg és nem az odavezető. A kacs megtöltésénél az eredmény ugyanaz volt.

Felfogásom helyességét *Wilms*<sup>1</sup> a következőkben véli megdönthetni.

Elismeri azt, hogy a házinyúlon végzett mesterséges bélstrangulationál a kizáródott kacs peristaltikája az elvezető szárból jelentékenyebb részleteket nem képes bevonni. Ebből azonban szerinte, az emberi bélre vonatkozólag, melynek izomzata és peristaltikája erősebb, semmiféle következtetést sem lehet vonni. Szerinte ismernünk kellene az emberi bélkacs peristaltikájának erejét egyrészt, a leszorítás helyén levő surlódási akadályokat másrészt. Ezeket a faktorokat azonban kísérletileg természetesen meg nem állapíthatjuk, s így csak műtétek és obductiók leleteiből vonhatunk le következtetéseket.

Abból, hogy az elvezető szár rovasára történik a meg-nagyobbodása a kacsnak, a mit én is elismertem, *Wilms* szerint arra kell következtetni, hogy azt a kacs peristaltikája idézi elő.

Az általam feltételezett mechanizmus nem állhat meg, mert a hasprés nyomása folytán az üres elvezető bélrészlet nem nyomulhat a nyíláson keresztül, miután ekkor az exsudatum és tartalom által megtöltött incarcerált bélkacs ép oly nyomás alatt áll, mint az elvezető szár. Az az állatkísérlet, a melyet állításom bizonyítására felhoztam, nem bizonyít semmit sem, mert kísérletemnél a nyomás a hasüregben és a hasüregben kívül különböző. Ha a kihatólő bélre kívülről ép oly nyomást gyakorolnánk, mint a melyet a hasprés idéz elő, eltolódás nem történhetnék, mert a külső és belső nyomás egyensúlyban volna. Felfogásom csak a sérvképződésre és kizáródásra vonatkozhatnék, s épen abban, hogy a herniaképződés mechanizmusát átviszem a belső strangulatio-ra és hogy figyelmen kívül hagytam azt, hogy a hasprés hatása a belső strangulationál mindenütt egyforma, rejlik *Wilms* szerint az én tévedésem punctum saliens.

Ugyanezen az alapon téves az a nézetem is, hogy az esetek nagyobb számában a hasprés nyomására mindjárt egy hosszabb, s ezzel definitív hosszát elért bélkacs hatolna keresztül a strangulatio kapun, mert ennek is feltétele volna az, hogy a kihatólő bélkacs magasabb nyomású helyről alacsonyabb nyomású felé hatolhasson, miután pedig *Wilms* szerint a hasüregben ilyen nyomás-differenciák nincsenek, nézete szerint nagyobb béltömegek egyszerre való keresztülhatolása szűkebb nyíláson át csak nagy ritkaság lehetne.

Feltűnőnek találja *Wilms* azt, hogy dacára annak, hogy a bélkacs megtelődését és tágulását észleltem, nem jöttem arra a közelfekvő gondolatra, hogy a tartalom szaporulata által okozott megtelődés és tágulás is vonhat belet a kacs körébe. Első közleménye óta további tanulmányai alapján ő rájött arra, hogy úgy a passiv tágulás, mint a peristaltika oly momentumok, melyek mindketten tekintetbe veendőek. És itt elismeri azt: „hogy szűk elzáródásnál a peristaltikának nem mindig lesz elegendő ereje ahhoz, hogy a kacsot rögzítettségéből és a leszorító gyűrűből kiszabadítsa, hanem, hogy ezzel együtt, egyes esetekben tán magában is, a béltágulás lép működésbe, s ez a belet elvezető szára felől keresztülvonja. Ha a kacs ismét felszabadult és ha összehúzódásra képes bél vonódott be ismét, akkor a peristaltika és tágulás ismét mint közös erők működnek együttesen. Laza és mérsékelt erő elzáródásnál nézetem szerint az emberi bél peristaltikája magában elégséges ahhoz, hogy a belet az elvezető szár felől keresztülhúzza“.

Annak oka, hogy én erre a gondolatra, vagyis a tágulás szerepére nem jöttem rá, ismét csak abban rejlik, hogy nyúl-kísérletekből vontam le következtetéseimet, vagyis nem vettem

fel olyan erős hatásokat az emberi bélen, mint a milyenek *Wilms* gondolatmenetének követéséhez szükségesek.

Hogy a kacs tágulásának activ szerepe miért nem von be az odavezető bélrészlet felől is részeket, annak okát *Wilms* abban keresi, hogy az odavezető bélrészlet, habár csak mérsékelttel is, telt, a minek hatását még fokozza annak peristaltikája, továbbá miután az odavezető szár jobban van fixálva, mint a helyét többször változtató elvezető szár.

Mindezek alapján az általam felállított mechanizmust a belső strangulationál elveti és azt állítja, hogy az elvezető szár bevongálásának lényeges factora a peristaltika, persze annyiban, a mennyiben ez a surlódási akadályokat leküzdeni képes. Ha a peristaltika ereje fogy, akkor a kacs telődése folytán beállott tágulás vonja be a belet, a mely még erősebb elzáródást is képes megoldani. Ezt a kapu előtti tágulást a kacs elvezető szárán még fokozhatnák a hasprés ismételt összehúzódásai folytán a kacsban keletkező hullámok.

A mint tehát látjuk, *Wilms* saját teoriáját egy új, lényeges factorral kibővítve teljességében fenntartja, az én nézetemet pedig ép oly teljességben visszautasítja.

Nézzük meg kissé közelebről elsőbbed a *Wilms*-féle, azután az én felfogásomat a strangulatio mechanizmusáról.

Első közleményében *Wilms* a következőkből indult ki: „Képzeljünk el egy kis kacsot, melyet valamely külső behatás, hasprés, köhögés egy köteg alatt keresztül tol, s melyet ez utóbbi erősen megrögzít, akkor ezen kacs tartalmát, mely nyálkából avagy egy erősebb leszorításnál nyálkából és vérből áll, a kacs peristaltikus hulláma abból kihajtani iparkodik. Ha már most a bél kilépési helyén annak átjárhatósága akadályozott stb.“

Tehát a mint látjuk, egy eléggé erősen strangulált kicsiny bélkacsról van szó. Ennek a kacsnak a peristaltikája okozná azután a már fentemlített módon az elvezető szár bevongását. Mire alapítja *Wilms* ezt az ő nézetét? Arra, hogy ha egy szűk gyűrűn áthúzott bél egyik végébe fecskendővel folyadékot vagy levegőt préselt bele, akkor a bél másik vége a gyűrűből kicsúszott, a megtöltött bélrészlet tehát meghosszabbodott.

S itt közbe kell szúrnom azt a megjegyzést, hogy én sehol és sohasem állítottam azt, hogy állatkísérletek eredményeit minden kritika nélkül át lehetne vinni az emberre. De még kevésbé tartom az ilyen átvitelre alkalmasoknak az ezeknél sokkalta primitívebb physikai kísérletek eredményeit.

Hogy a *Wilms*-féle kísérletnél a holt bélen a mechanikus hatás más, mint a strangulált bélkacs peristaltikájának működésénél in vivo, az kézenfekvő. Hogy a peristaltika ilyen hatást kifejteni nem fog, az azok előtt, a kik a belek peristaltikáját figyelmesen észlelték, kétséget sem szenvedhet. Mert eltekintve egyelőre attól, hogy a peristaltika a bél telődésével, feszülésével (a kacs compressiojánál) mindig csökken (és hogy csökken, azt nemcsak állatkísérletekből tudjuk, de erősen tágult emberi belek gyakran észlelt paresiséből is), magának a peristaltikának a mechanizmusa is más. A peristaltikának gyűrűszerűen tovahaladó contractioi nem oly erőteljesek (egy tágult bélen pedig épen nem), hogy azok helyén a bél lumenét teljesen elveszteni és zsinór-szerűvé válnék. Ha pedig nem olyanok, a mint hogy kétségtelenül nem olyanok, akkor communicatio fog fennállani a circularis contractio előtti és mögötti bélkacsszakaszok között. Ennek következtében tehát a *folyadék* által telt bélkacs (a strangulált bélkacs tartalmát pedig folyadék alkotja) tartalma a contractiók aboralis tovahaladásakor a kacs orális része felé is fog szorulni s ott is tágítani fogja a belső feszülés fokozásával a bél falzatát. S így semmiesetre sem fognak olyan tágulást előidézni a kapu előtt, hogy ez, az ilyen strangulationál meglehetősen tetemes surlódási akadályokat leküzdeni képes volna, mert a peristaltika contractioi folytán beállott nyomásfokozódás az egész kacsra (minus: a contractió gyűrű felülete) egyenletesen fog eloszolni.

De még ha egészen helytelenül felvennők azt, hogy a peristaltika a kacs odavezető szára leszorítása helyétől oly intensív működéssel haladna aboralis irányban, hogy a *Wilms* által felvett erős tágulást az elvezető szár beszorított része előtt kifejteni képes volna, akkor sem szabad szem elől téveszteni azt, hogy az odavezető bélrészletnek a kapun inneni (a kacsval

<sup>1</sup> *Wilms*: Der Mechanismus der Darmstrangulation. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1903. 43. szám.

ellenkező oldalon) részének erősebb peristaltikája ugyanazt a működést szintén elvégezhetné. Ezáltal pedig csak a kacs megrövidülése, belső nyomásának fokozása s ezzel peristaltikájának még rohamosabb gyengülése állhatna be.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.)

### Gerincezvelői daganat esete.<sup>1</sup>

Irtá Gescheit József dr. volt segédorvos; jelenleg az Erzsébet királyné-sanatorium segédorvosa.

(Vége.)

Az előbb elmondottak értelmében már a kórelőzmény is nagy fokban gyanússá tette az esetet, hogy gerincezvelői daganattal van dolgunk. A jelenállapot ezen gyanunkat még inkább megerősítette.

Kétségtelen volt ugyanis, hogy a betegnél compressió s myelitis volt jelen, még pedig oly compressió s myelitis, mely a gerincezvelő keresztmetszetére nem egyformán terjed ki, s a mely lassan progrediál. Meg voltak a gyöktünetek s meg volt a vezetési tünetek legjellemzőbbje is, a *Brown-Séguard* féle tünetesoport, a *jobb alsó végtag teljes mozgási s a bal alsó végtag és törzsfél teljes érzési bémulásával*.

Igaz, hogy a *Brown-Séguard* féle tünetesoport némely jelensége a beállott elváltozások folyamán elmosódott. Hiányzott a hyperaesthesia zóna az anaesthesia terület felett, baloldalt is paresis, s jobboldalt is hypaesthesia s hypalgesia volt észlelhető. Mindezek dacára azonban a kórkép *Brown-Séguard* féle typusa annyira előtérbe nyomult, hogy az összes felsorolt körülmények számbavételével egy meglehetősen circumscript s folyton növekvő elváltozás — tumor medullae spinalis — diagnosisa lehetővé vált.

Most azt a kérdést kellett eldönteniünk, hogy a tumor hol van s operabilis e?

A tumort *Brown-Séguard* értelmében jobboldalt kellett supponálnunk, mert csak így magyarázható a jobboldali mozgási s a baloldali érzési bémulás. A keresztmetszeti laesio megítélésének szempontjából fel kellett tenniünk, hogy a tumor a jobboldali mozgató és érző pályákat jelentékenyen comprimálja, azonkívül a baloldali mozgató és érző pályákat is kisebb fokban, talán csak távolhatás útján.

A fokozott tonusból s a patellareflexek fokozásából, továbbá a jelenlevő Babinski tünetből a pyramis-pályák laesioját is fel kellett vennünk. Atrophiák legalább jelentékeny fokban s az első időben nem állottak fenn, villamos vizsgálat nem történt (a rendelkezésünkre álló eszközök hiányában).

A keresztmetszet laesiojának megítélésénél azonban sokkal fontosabb a tumor magasságának a diagnosisa: a niveau vagy segmentaris diagnosisa. Erre nézve útbaigazítást adott nekünk a VI—VII. cervicalis s az I. és II. dorsalis csigolya érzékenysége, a mindkét kar belső felületéig kiterjedő hypaesthesia s a baloldali anaesthesia felső határa. (Oculo-pupillaris tünetek a kissé renyhe fényreaction kívül nem voltak.)

*Gowers* ábrája szerint a VI. csigolya érzékenysége a VII. cervicalis gyök, illetve gerincezvelői segmentum megbetegedésére mutat.

A mindkét kar belső felületére kiterjedő hypaesthesia, mint gyöktünet jobboldalt a tumor helyén, s mint esetleg vezetési tünet is az ellenkező oldalon a VIII. cervicalis, I. és II. dorsalis gyök, illetve segmentum laesiojának az eredménye. Azonban *Sherrington* szerint az anaesthesia vagy hypaesthesia okát legalább egy vagy két segmentummal magasabban kellett keresnünk s így már a VI. cervicalis gyököt, illetve segmentumot is betegnek kellett vennünk.

A baloldali anaesthesia oka az elmondottak értelmében a vezetési laesiojában van; a laesiót a felső határnak megfelelőleg s *Sherrington* értelmében a VIII. cervicalis segmentum magasságában kellett felvennünk. *Eddigi fejtegetéseink eredménye ennél fogva az, hogy a tumor a VI. cervicalis gyökénél, illetve segmentumnál kezdődik s az I. dorsalis gyök, illetve segmentum magasságában is fennáll.*

Maradna még a törzs jobb felén észlelt s alul a X. borda magasságában éles, horizontalis vonallal végződő anaesthesia s analgesia okának a magyarázata. Ezen anaesthesia s analgesia okául in vivo, a betegágnál gyöklaesiót kellett felvennünk, mely leterjed a VII. dorsalis gyökig, illetve a IX-ig, azon elvből kiindulva, hogy valamely bőrterület teljes anaesthesiájához a középső gyökön kívül még legalább 1—2 felső s alsó gyök laesioja szükséges.

Gyöktünetnek kellett ezen anaesthesia azért tekinteniünk, mert a tumort is jobb oldalt localizáltuk, minélfogva plausibilisnek látszott előttünk, hogy egy a tumor oldalán levő anaesthesia épen tumor által okozatik olyképen, hogy a daganat a megfelelő ideggyököket comprimálja. Analognak kellett vennünk ezen a tumor oldalán levő anaesthesia a *Brown-Séguard* féle metszésnél a sértés oldalán fellépő anaesthesia zónával: minél több gyököt ér a sértés, esetünkben a tumor, annál nagyobb az anaesthesia.

Megvalljuk, a tumor alsó határának a kórisméje részünkről diagnostikus tévedés volt és épen ez a tévedés teszi esetünket különösen tanulságossá és figyelemre méltóvá. Ma a posteriori, a midőn a kórboneczteni készítmény előttünk fekszik s látjuk azt, hogy a tumor ezen általunk supponált gyöklaesiót a mi értelmezésünk szerint nem okozhatta, ezen anaesthesia másképen is meg tudjuk magyarázni. A betegágnál azonban, a midőn arról van szó, hogy megmenthető e a beteg élete egy rendkívül súlyos sebészi beavatkozás által, az ilyen távol fekvő, az eddigi casuistikában minden alapot nélkülöző magyarázatra gondolnunk sem volt szabad. Mert a tumor operabilitása első sorban ennek nagyságától függ, már pedig az elmondottak értelmében a tumor felső határát a VI. cervicalis segmentum, alsó határát a IX. dorsalis segmentum magasságában kellett felvennünk, nem zárkozhatva el természetesen azon eshetőség elől sem, hogy esetleg egy multiplex tumorról van dolgunk. A tumor supponált nagysága vagy multiplicitása miatt a sebészi beavatkozást indikálnak nem tartottuk s ezért az ultimium refugiumhoz, a higanyhoz fordultunk. A beteg intramuscularis higanyinjekciókat kapott s ezen kezelés mellett — vagy dacára — javult. A beteg spontán vizelni tudott, fájdalmai enyhültek, merevsége — a mint ő mondta — esőkent, szabadabban mozgott, felült ágyában, a jobb glutealis tájon keletkezett decubitus elég gyorsan gyógyult, úgy hogy nem tartottuk kizártnak, hogy talán gummás elváltozás áll fenn.

A javulás azonban csak néhány hétig tartott. Körülbelül 6 héttel halála előtt ismét vizeletsurgás, cystitis, bélzavarok léptek fel, a bémulás fokozódott, a beteget rendkívül fájdalmas görcsök gyötörték, a sacralis tájon nagy decubitus keletkezett, ennek következtében septikus, 40 fokig emelkedő lázak léptek fel, míg végre a beteg november hó végén meghalt. A halála előtt néhány nappal végzett vizsgálat alkalmával az anaesthesia úgy jobboldalt, mint baloldalt a II. borda, illetve I. háti csigolya magasságáig ér, míg az analgesia határai valamivel lejjebb végződnek. Az analgesia felső s az anaesthesia felső határai között levő területen a betegnek nagy fájdalmai vannak, anaesthesia dolorosa. Azonkívül teljes paraplegiát találtunk. Egyebekre nézve a status ugyanaz volt, mint az előző vizsgálatok alkalmával.

A *sectio „tumor medullae spinalis“* diagnosisként beigazolta. A bonczjegyzőkönyvnek a tumorra vonatkozó része következőképen hangzik (l. 3. ábrát):

Tumor in superficie interna durae matris spinalis.

A gerincezszlop elég kemény. A kemény burok közti zsírszövet sorvadott. A kemény burok zsákja feszesen kitöltött, megnyitásánál sűrű zöldes-sárga geny ürül. Már megnyitása előtt constatálható, hogy az alsó nyaki rész kissé tágabb. A felmetésznél pedig kiderül, hogy a VI. és VII. jobb nyaki ideggyök között egy a kemény burokkal mintegy rajzszegfejnyi terjedelemben szorosan összefüggő, 2·2 cm. hosszú, 1½ cm. széles és vagy 1 cm. vastag, lapos, ovalis daganat foglal helyet, még pedig a gerincezagy jobb felének mellső felületén, úgy hogy a daganat bal széle épen a gerincezvelő mellső felületének középvonalába esik. A gerincezvelő jobb fele e helyen csaknem hártyszerűen megvékonyodott és a bal fele is alig felényi vastagságú, a mellett lágú. A VI. mellső ideggyök a daganat mellső felületének felső harmadában halad el, azzal össze van tapadva, kiszélesedett, vékonyodott, elszürkült. A VII. mellső ideggyök a dag alatt fek-

szik. Ez is kissé vékonyabb, de még fehér. A daganat mögött fekvő hátsó ideggyök rostjai vékonyak, szürkék. A VII-nek rostjai, ha nem is annyira, de szintén kissé vékonyabbak. A daganat tömöttek, halvány, szürkés-fehéres, itt-ott vöröses-szürke. *Míg a lágy burknak a daganat feletti része halvány, épen úgy, mint az agyvelőnek a lágy burka is, addig a daganattól kezdve*



3. ábra.

*aláfelé belövelt és hátsó felületén mindvégig zöldes sárga genyvel beszűrődött, mely aláfelé a kemény és a lágy burkot összetapasztja. A gerincvelő metszlapján secundaer degeneratio alig látszik. (Meningitis purulenta spinalis ex decubitu regionis sacralis magnitudinis palmae manus virilis. Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque. Myomata parvula subserosa uteri. Atrophia, anaemia*

universalis; oedema pulmonum.) A boncolást *Feldmann* dr. tanársegéd úr végezte. A tumort göresővileg *Genersich* tanár úr intézetében vizsgálták. *Diagnosis: fibrosarcoma.*

*A tumor felső határa ennél fogva teljesen a supponált magasságban ült s így a meglévő tünetnek magyarázata teljesen helyes volt, a jobb törzsön levő anaesthesia s analgesia nagy terjedelmének magyarázatát kivéve, a melyet a tumornak a valóságnál sokkal mélyebb leterjedésében vagy multiplicitásában kerestünk. A mint azt a bonczjegyzőkönyv bizonyítja, ezt az érzési eltérést gyök-compressiók, a mint azt mi supponáltuk, nem okozhatták. Következmenyes elváltozásokat a keresztetetlen anaesthesiás területnek megfelelő gyökökben in vivo felvennünk nem lehetett, azon okból kiindulva, hogy a centrifugalis pályák a laesio helyétől lefelé, a centripetalis pályák pedig felfelé degenerálódnak. És mégis következményes elváltozások okozták a legnagyobb valószínűség szerint ezen érzési eltérést. Szövetani vizsgálat nem történt, de azon analogia, mely esetünk s *Bálint* alábbi kísérletei között fennáll, ezen feltevésünket igen valószínűvé teszi. (*Bálint*: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Patellenreflexe bei hohen Querschnittsmyelitiden. Sonderabdruck aus der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde,“ Band XXIII.)*

*Bálint* ugyanis magas gerincevelői laesióknál tanulmányozni akarván a patellaris reflex centrumában fellépett degeneratív elváltozásokat, kétféle kísérleti sorozatot végzett. Először is átmetszette a cervicalis, illetve dorsalis gerincevelőt. *Nissl* és *Marchi* szerint végzett vizsgálatainál sem az idegsejteknél, sem a kötegekben vagy gyökökben jelentékenyebb elváltozást nem talált.

Második kísérleti sorozatában macskák gerincesatornáját megtrepanálva, abba laminariát helyezett. A laminaria ott megduzzadva tipikus compressió myelitist okozott. *Ilyen esetekben nemcsak az idegsejteknél, hanem a hátsó kötegekben és gyökökben is súlyos degeneratiókat mutatott ki, melyeket ő a laminaria által okozott circulatorialis s a liquor cerebrospinalis áramlási viszonyai-ban keletkezett elváltozásokból magyaráz.*

Esetünkben a laminaria szerepét a tumor vette át. S hogy mennyire változtatta ez meg a circulációs s a liquor cerebrospinalis áramlási viszonyait, eklatánsan bizonyítja azon körülmény, hogy a meningitis purulenta terjedésében csak a tumorig emelkedett, azon túl pedig annak nyoma sem volt található.

Esetünk, mint részben diagnostikus tévedés, azt bizonyítja, hogy a tumor medullae spinalis kifejezett tünete mellett a gyök-tünetek alsó határának lefelé tolását oly körülmények is okozhatják, a melyek a tumor alsó határának helyétől függetlenek, annak terjedelmét tehát megbízható módon nem jelzik és így az operabilitás szempontjából szerepet nem játszanak, bár a restitutio ad integrum szempontjából kétségtelenül szerepelnek.

Korányi Sándor tanár úrnak az eset közlésének átengedéseért s szíves támogatásáért hálás köszönetemet fejezem ki.

**Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról.**  
(Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

**Adatok a fehér vérsejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.**

Irta: *Elfer Aladár* dr.

(Folytatás.)

*Limbeck*, mint már említettük, a leukocytosis fokát az izzadmány növekvésével arányosnak találta. Azt hiszem, ha valahol, úgy az exsudatos mellüri elváltozásoknál leginkább a bántalomnak heveny jellegétől függ a leukocytosis foka. Idült izzadmányoknál azt hiszem, a mint adatainkból kitűnik, normális számértéket kapunk. Ezt láthatjuk főleg a lassan fejlődő és csak később, mechanikai nagyságánál fogva nehézségeket okozó izzadmányoknál, még akkor is, ha az illetőnek kisebb-nagyobb hőemelkedései vannak. Sőt oly esetben is kaptam körülbelül 8000 fehérvérsejtszámot, a midőn 39.0° C. hőemelkedés volt vele kapcsolatban és tünetek állítólag csak 4 nap óta állottak fenn.

Mindenesetre ilyen és más esetekben, hogy a bántalom

XII. Agyhártyalob- esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér- vérsejt szám
1	12 éves, fiú †	Meningitis purulenta. Meg nem határozható kezdet. Már napok óta fáj a feje. Kemény májszél, kislökű ascites, érzékeny has és subicterusos bőrszín. 2 nap múlán váratlanul eszméletét veszti, görcsök lépnek fel a végtagokban (clonikus rángások). Majd a bal testfelét nem képes mozgatni. Tarkómerevség, Kernig nincsenek. Az nap exitus. Klinikai kórisme haemorrhagia cerebri volt, de a sectio meningitis basil. tub.-t mutatott atrophia hepat. és perit. tubere. chron. mellett.	délután 6 óra. 39.7	32000
2	56 é. férfi †	Meg nem határozható kezdet; végtagok izmai merevgöresös állapotot mutatók.	délelőtt 9 óra 37.4	10000
3	9 hónapos gyermek † sectio meningitis thc.-t mutat általában gümös eruptio mell.	Mening. basilar. Biztosan meg nem határozható kezdet. Tarkómerevség és egyéb meningealis tünetek.	délután 8 óra. 40.0	24500
4	7 éves, fiú † sectio nem történt	Leptomeningitis purul.? Egy hét óta beteg; mérsékelt tarkómerevség; állítólag gyakran felsikolt (ambulantia). Egy hét múltán behozták a kórodára, a tarkómerevség és a végtagizmok fokozott tonusa van jelen. Lassanként eszméletlen lesz és ily állapotban viszik ki a kórodáról.	VII/14. d. e. 1/29 ó.	40000
5	1 1/2 é. gyermek.	Klinikai kórisme meningitis.	VI/21. d. e. 12 óra. 38.5 VI/24. délelőtt	14500 48500

aetiologiai természetére következtethessünk, az izzadmány pontos bakteriologiai vizsgálata volna elkerülhetetlen, melynek hiányában további következtetés távol áll tőlem. Azt mindenesetre érdemesnek tartom felemlíteni, hogy oly esetben, a melynek tuberculosis jellegét a későbbben megejtett sectio is igazolta, a mennyiben az időközben ezzel kapcsolatban elhatalmasodó peritoneitis tuberculosa chronica képezte a halál okát, normális fehérvérsejtszámértéket találtunk. A hevenyen fellépő pleuritis exsudatívánál, azt hiszem, bár ily irányban csak két esetről tehetek említést, a fehérvérsejtszámlálás elég jó útmutatóul szolgál, ismételten hangoztatom, egyéb tünetek egybevetése mellett; sőt a legnagyobb tartózkodás mellett mondhatom, hogy mind a két esetünkben az egyéb tünetek visszaféjlődését — hőemelkedés, izzadmány kisebbedés — megelőzte a fehérvérsejtszám fokozatos süllyedése. Természetesen, hogy a fehérvérsejtszám ilyenmódú csökkenését a prognosis szempontjából kedvező irányban felhasználhassuk, sokkal nagyobb észlelés mellett nyert tapasztalat jogosíthatna csak fel.

A genyedő mellúri lobokra vonatkozó 4 esetem nem alkal-

XIII. Hashártyalob- esetek.

Szám	Kor. Nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehér- vérsejt szám
1	37 éves, nő †	Peritonitis acuta. Állítólag 6 hét óta nincs havi baja, 2 hét óta hasfájdalmak. Mammákból váladék sajtolható ki. VI/11. a peritonitis-tünetek kifejezettek, csuklás, hányás. VI/12. Beteg nagy fokban elesett. D. u. 3 órakor exitált. Sectio abortus után fellépő peritonit. purulentát mutatott.	VI/10. d. u. 7 óra. 39.4 délután 6 óra. 38.4 déléltől 10 óra. 37.5 délután 1 óra.	9000 14500 43000 30000
2	20 éves, férfi	Appendicitis. Állítólag 5 hó alatt 2 ízben előrement appendicularis roham. Jelenleg 2 nap óta erős jobb oldali hasfájdalmak, puffadt has, csuklás, hányás. Meteorismus nő, többször hány.	IV/6. d. e. 12 óra. 38.2 VI/17. d. e. 12 óra. 38.0 18. délután 1/22 óra. 38.0 19. délután 1/22 óra. 37.4 20. délelőtt 12 óra. 37.4	17500 21500 14500 18500 12500
3	26 éves, férfi	Beteg subjective könnyebben van, nem csuklik, meteorismus engedett. Állapot folytonosan javul. VI/12. gyógyultan távozik.	22. délután 1/23 óra. 37.4 V/3. délután 4 óra. 36.7	13500 9000
4	26 éves, férfi	Appendicitis? 2 nap óta erős ileo coecalis fájdalmak, ugyanott nagyfokú érzékenység. Másnap némileg enged az érzékenység.	VII/5. d. e. 12 óra. 37.3 VII/7. d. e. 11 óra. 36.8	13000 13000
5	11 éves, fiú †	Appendicitis. 5 hó alatt a 3. roham. Jelenleg nagyfokú meteorismus, érzékenység, csuklás, hányás. Beteg állandóan subfebrilis. Beteg jelentékenyen könnyebben van. Szék ma van először. 3 hét múltán beteg gyógyultan távozik.	XI/26. d. e. 12 óra XI/27. d. e. 12 óra XI/28. d. e. 12 óra XI/29. d. e. 12 óra	31500 30000 12000 11000
6	17 éves, nő	Appendicitis perforat. Peritonitis acuta. Egy hét óta hasfájdalmak. 2 nap óta ezen fájdalmak fokozódnak. Jelenleg megfeszült hasfalak, nyomásra érzékenyek. Beteg elesettebb, csuklás, hányás. Parametrit. I. utriusque. Nagyfokú érzékenység az alhasban. Meteorismus, csuklás, időnként hányás. VIII/15. Az általános hastáji érzékenység csökken, azonban az alhasban resistentia tap. VIII/21. a nagy izzadmány a végbél mellső falát lefelé domborítja, az izzadmány fluctuatiót mutat. VIII/22. Az izzadmány a végbélen át ürül ki. Érzékenység csökkent.	XII/7. d. u. 6 óra. 37.5 XII/8. d. e. 12 órakor az exitus előtt VIII/12. VIII/15. d. e. 11 ó. 37.2 21. d. e. 10 óra. 37.1 VIII/22. d. u. 5 ó. 37.5 VIII/24. d. u. 8 ó. 37.2	22000 21000 17000 13000 33500 29000 10500

## XIV. Pyaemia és septicaemia esetei.

Szám	Kor. Nem	Betegségekre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. <sup>o</sup>	Fehérvérsajt szám
1	11 éves, fiú †	Állítólag 8 nap óta beteg; több izülete duzzadt. Pericarditis. IV/16.	d. e. 12 óra. 39.0	24000
		IV/17. d. u. 1 óra 20 perc 25 cm <sup>3</sup> 10/0-os collargol oldat a viszérbe; előzőleg	délután 6 óra. 37.9	27100
		IV/18. utána 10 cm <sup>3</sup> 10/0-os collargol a viszérbe.	délután 1 óra. 38.4	28000
			délután 8 óra. 39.1	14000
		Utána 20 cm <sup>3</sup> 10/0-os collargol; kb. 8 cm <sup>3</sup> jut be a viszérbe.	délután 8 óra. 39.1	23000
			IV/19. d. u. 1/23 ó. 38.8	25500
			délután 8 óra. 38.7	26000
			IV/20. d. u. 3/41 ó. 37.8	18500
		D. u. 1 óra 12 cm <sup>3</sup> 10/0-os collargol-oldat a viszérbe.	délután 2 ó. 10 p. 38.4	26500
			délután 6 óra. 37.4	23500
	IV/22. d. u. 1/23 ó. 37.2	26000		
	3/43 órakor 6 cm <sup>3</sup> collargol-oldat (10/0).	d. u. 1/44 óra	31000	
		d. u. 5 óra	16500	
		IV/24. d. u. 7 óra. 38.5	19000	
		IV/25. d. u. 3/42 óra. 36.8	26500	
	ugyanekkor 10 cm <sup>3</sup> collargol-oldat (10/0).	IV/25. d. u. 1/43 óra	28000	
2	28 é. nő † sectionál endocardit. ulceros. valv. mitralis; abscessus az agyban stb. volt kimutatható	Állítólag 5 hét óta beteg. Nagy lép, szívcsúcs felett fúvó syst. zőrej. Papulák a hason. Hasmenés stb. V—Re-mittáló hőmenet. VIII/22. Belvérzés.	VIII/19. estve 7 óra. 38.5	19000
			VIII/22. d. u. 7 ó. 37.2	37000
			25. d. u. 6 ó. 38.4	39000
		26. exitus.		
3	22 é. férfi † sectionál a venaportaeba bejutott szálcsa és phlebitis, multiplex májabscessusokkal volt kimutatható	Nagy anaemia. Nagy lép, heves gyomortáji fájdalmak. Icterus. Remittáló hő. Időnként rázóhideg, majd 40.00 C.-ra felszökő hőmérséklet.	IV/7.	17600
			IV/9.	36000
4	3 é. leány † sectionál phlegmone colli. Perit. purul. Pleur. purul. I. sin. volt található	2 hét óta véres vizelet; bal mellkasfél felett tompulat.	VII/22. d. e. 38.5	66000
			VII/24. d. e. 11 ó. 38.5	55000
		exitus		
5	45 é. nő † sectionál sepsis puerp. Omarthrit. pur. Phlegm. reg. sural. I. sin. stb.	4 hét előtt partus; bőrön vérzésék; nagyobb lép, a jobb vállizület és a bal alszár duzzadtak, fájdalmasak. Naponként 5/0-os arg. coll. oldatból 1 cm <sup>3</sup> a venába.	XI/1. d. u. 40.9	9000
			XI/2. d. u. 4 óra. 40.3	4000
			XI/3. d. u. 4 óra. 40.5	5000
			XI/4. d. u. 4 óra. 40.0	4500
		6-dikán exitus.		

mas arra, hogy belőlük általánosabb következtetéseket vonhassak s csak természetesnek találjuk még az elhúzódó esetekben is a leukocytosis jelenlétét, a melyet a differentialis kórisme szempontjából esetleg alkalmazhatónak vélünk egyéb idült mellíri lobokkal szemben.

(Folytatása következik.)

## Évi jelentés

Batizfaly Sámuel dr., a testegyenészet volt magántanárának sanatoriuma és vízgyógyintézete XLV. évi működéséről.

Közli: Trajtler István dr.

Az elmúlt XLV. évfolyamban (1903. év január 1-jétől 1903. év december 31-dikéig) 175 beteg (98 férfi, 77 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 6 az 1902. évről maradt az intézetben, 169 pedig az 1903. évben vétetett fel.

Az intézeti 175 beteg kezelése összesen 5541 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

hónap	hóban	14 beteg	186 napon	át ápolatott
január	"	11	"	170
február	"	22	"	371
márczius	"	41	"	561
április	"	53	"	953
május	"	43	"	727
június	"	33	"	506
julius	"	29	"	450
augusztus	"	30	"	516
szeptember	"	32	"	516
október	"	19	"	289
november	"	17	"	296
december	"	"	"	"

Megjegyzendő, hogy a betegek havi létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is befoglaltatik, a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

A tulajdonképeni betegeken kívül számos szülő, rokon és kísérő nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek korát tekintve volt:

5—10 éves = 1,	31—35 éves = 20,	56—60 éves = 14,
11—15 éves = 1,	36—40 éves = 24,	61—65 éves = 8,
16—20 éves = 7,	41—45 éves = 26,	66—70 éves = 4,
21—25 éves = 18,	46—50 éves = 21,	71—75 éves = 1,
26—30 éves = 17,	51—55 éves = 12,	76—80 éves = 1.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 2 Abauj-Torna, 6 Arad, 7 Bács-Bodrog, 2 Baranya, 1 Bars, 2 Békés, 1 Bereg, 4 Bihar, 5 Borsod, 1 Csanád, 3 Csongrád, 3 Esztergom, 2 Fehér, 3 Gömör-Kishont, 1 Győr, 4 Hajdú, 2 Háromszék, 1 Heves, 1 Hont, 1 Hunyad, 2 Jász-Nagykún-Szolnok, 2 Kis-Küküllő, 2 Liptó, 2 Mármaros, 1 Maros-Torda, 2 Nógrád, 3 Nyitra, 4 Pest-Pilis-Solt-Kiskún, 1 Sáros, 1 Somogy, 1 Szabolcs, 3 Szatmár, 3 Temes, 1 Tolna, 2 Torda-Aranyos, 5 Torontál, 2 Túróc, 1 Vas, 6 Veszprém, 2 Zala, 1 Zemplén-megyéből. Ezenkívül volt 74 Budapestről, 1 Romániából, 1 Oroszországból.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: szív ideges betegségei 2, hashártyagyulladás (idült) 1, kankó (gonorrhoea) és szövödményei 1, agy és agyburok vérbősége és agyvérömleny 2, gerinczagsorvadás 3, idegzsábák 4, idegbénulások 4, Vittáncz 2, előrehaladó izomsorvadás 1, hysteria 63, ideggyengeség (neurasthenia) 75, reszkető hűdés 1, fölpir (erythema) 1, idült izületi csúsz 2, bujakór 2, sápadtság 1, chronikus mérgezések 2, a látásfél hátsó odanövése 1, idült glaucoma 2, látóidegsorvadás 1, hályog 3, acut genyes középfülgyulladás 1.

A betegek közül gyógyultan és javultan távozott 164 (95 férfi, 69 nő), gyógyulatlanul 3 férfi, meghalt 1 nő, további gyógykezelés alatt maradt 7 nő.

Az intézet betegeit gyógyították: Ángyán Béla, Bartha Gábor, Bäcker József, Décsi Károly, Dirner Gusztáv, Feleki Hugó, Grósz Emil, Hajós Lajos, Havas Adolf, Hudovernig Károly, Jendrassik Ernő, Kopits Jenő, Krepuska Géza, Moravcsik Ernő Emil, Reutter Camilló, Schaffer Károly tudorok és tanárok, valamint az intézet vezető főorvosa Trajtler István dr.

Az intézet igazgató-tulajdonosa, magas koránál fogva, már teljesen nyugalomba vonult.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, ronesoló toroklob, kanyaró, az intézetből kizárva, nemkülönben az örültek is.

A rendszeres vízgyógyászati az intézeti tágas telek fenyves kertjében külön e célra emelt épület nagy gyógytermében, a beteg bajához és egyéniségéhez mérten, az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógytermék a tudomány mai kívánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyeszközökkel, s azok czélszerű berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt. A vízgyógyászati mellett az intézetben a villamosítás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő gyógyászati rendszeresen alkalmaztatik.

Az intézeti épület, mely Weber Antal műépítész tervei nyomán határozott rendszerrel bíró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren, 12 meternyi (38') magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara, árnyékos kertje 2988 négyszögmeternyi területet foglal el, széliránya a délkeleti és északnyugati közt változik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagsövekkel, a házon kívül a kerten át az utcai főcsatornába falazott. Városi vízvezetékkel van ellátva a kert és az egész épület, valamint a főző- és mosó konyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen butorozott betegszobák tágasak és világosak, s osztályzat szerint minden rangú igénynek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és francia nyelvű könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napilapok s különféle társasjátékok és a környékbe történő szintén társas kirándulások által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálat a betegek számára mérten több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalira és éjjelre oszlik.

## Tárca.

### Magyarország szemorvosainak egyesülete.

Pünkösöd vasárnapján a budapesti egyetemi szemklinikán összegyűlt Magyarország szemorvosainak jelentékeny része, hogy megalakítsák az országos szemészeti egyesületet. Az értekezleten megjelentek Budapestről: Béla Pál, Bilaskó György, Blaskovics László, Fejér Gyula, Fekete Sámuel, Genersich Margit, Goldzieher Vilmos, Grósz Emil, Kocsis Elemér, Leitner Vilmos, Linksch Árpád, Mohr Mihály, Paunz Márk, Pólya Jenő, Siklóssy Gyula, Scholtz Kornél, Szily Adolf, Török Ervin, Vermes Lajos, Vidéky Richard; a vidékről: Altstock Armin (Pécs), Brunner Lajos (Debreczen), Eisenstein Jakab (Szeged), Falta Marczel (Szeged), Hoór Károly (Kolozsvar), Lippai Sándor (Pozsony), Pap Dezső (Pozsony), Somogyi Zoltán (Debreczen), Waldmann Béla (Nagyvárad).

Elmaradásukat kimentették, de egyúttal belépésüket is tudatták: Csapodi István (Budapest), Imre József (Hódmezővásárhely), Issekutz László (Arad), Onodi Adolf (Budapest), Kaldrovits Andor (Zsarnócza), Pór Dezső (Temesvár), Kenessey Aladár (Pécs), Wilhelm Adolf (Szabadka), Fabritius Ágoston (Brassó), Pollacek Simon (Illava), Nagy Ernő (Gyoma), Schwarcz Ernő (Babócsa), Barlay János (Budapest), Tim József (Ápatin), Frank József (Komárom), Vajda Géza (Miskolc).

Az értekezleten a megjelenteket Schulek Vilmos távollétében mint házigazda Grósz Emil üdvözölte, az alapszabály tervezetét Blaskovics László ismertette, ez egészen a heidelbergi szemészetszövetség statutumai mintájára készült, a melyet a francia szemészeti egyesület is elfogadott. A társulat ügyeit 9 tagú választmány intézi s évente egy gyűlés tartását tervezik és pedig mindig pünkösd-kor, a midőn első sorban a választmány által kifizőtt tárgy kerül megvitatás alá s azután a tagok által bejelentett előadások és bemutatók. A tervezetet a megjelentek elfogadták s 9 tagú végrehajtó bizottságot választottak az egyesület ügyeinek ideiglenes intézésére, ezek a következők: Blaskovics László (Budapest), Csapodi István (Budapest), Goldzieher Vilmos (Budapest), Grósz Emil (Budapest), Hoór Károly (Kolozsvar), Imre József (Hódmezővásárhely), Schulek Vilmos (Budapest), Somogyi Zoltán (Debreczen), Szily Adolf (Budapest).

Az értekezleten a megjelentek egyhangú óhajára Linksch Árpád főtörzsvos, a XVII. sz. helyőrségi kórház szemészeti osztályának vezetője elnököl, a jegyzői tisztelet *Genersich Margit* dr. töltötte be. A megalakulás a legjobb auspiciumok alatt történt, kívánatos, hogy ezéjjel: a szemészet tudományos művelését sikeresen töltsse be!

### Sir Henry Thompson. (1820—1904.)

#### Samuel Smiles. (1812—1904.)

Az angol orvosi körök két nagyon kiváló tagjuknak halálát gyászolják, kiknek nevei messze túllépték hazájuk határát.

Thompson, kisvárosi puritán baptista szülők gyermeke, eredetileg kereskedőnek készült, hajlamai ellenére, mert atyja féltette fiának vallásos érzületeit az orvosi pályától. A fiu betegessége végre legyőzte az apa skrupulusait s így Thompson, az akkori idők szokása szerint egy vidéki sebészhez került tanonezának, majd 28 éves korában a londoni University College-be, hol főleg a sebészi boncztan volt kedvenc tantárgya s a hol csakhamar nagyon kitüntette magát.

Belső barátságot kötött az akkori legkiválóbb orvosokkal: J. Russel Reynolds, Erichson, Sharpey, Ellis, Parkes, R. Quain stb. voltak intímusai. Rendkívüli energiával dolgozott, főleg az urologia terén, hol Cuviale Párisban és Keith Aberdeenben voltak tanítói. Kétszer megnyerte a *Jacksonian Prize*-t, melyet kivülé 1801 óta csak Calvert nyert el két ízben; Számos munkát írt (A stricturákról. 1852. A húgyzervek betegségeiről. 8. kiad. 1888-ban. A prostata norm. és path. anatómiájáról. 1860. A lithotomia és lithotripsia gyakorlati kiviteleről stb.), mely munkák mind sok kiadást értek, igen elterjedtek és külföldi akadémiák előtt is dicséretet nyertek.

Mint tanár főleg az University College-ben működött 1866-tól s a R. College of Surgeonsban, hol Hutchinson utóda lett 1883-ban. Rendkívüli sebészi ismeretei, valamint kiválóan gyengéd, kedves modora csakhamar a világ legkeresettebb orvosai közé emelték. Mikor 1862-ben Victoria királynő nagybátyja, I. Leopold, belga király Párisban Cuviale, majd Berlinben Langenbeck kezelésében nem tudott hólyagkővétől teljesen megszabadulni, végre Thompsonhoz fordult, ki morzsáccsal és az általa már Bigelow előtt gyakorolt mosással két ülés alatt véglegesen meggyógyította koronás patiensét. E sikeres operatioért 2 rendjelet, lovagi címet és 72,000 kor. honorariumot kapott s hírneve olyan nagy lett, hogy évi keresménye állítólag az 1,000,000 koronát is elérte. Ugyanó kezelte III. Napoleont kőbájában és már 1872. júliusában sürgős

operatiót ajánlott. Napoleon azonban csak 1873. január 2-dikán és 5-dikén, súlyos vesebajjal, uraemiával, lázzal komplikált állapotban szánta magát el, midőn a Broglie herceg-féle államesinyterv miatt reménye volt trónjának visszanyerésére. Tudvalevő, hogy az operatio sikertelen volt s a beteg 1873. január 9-dikén meghalt.

Thompson ama ritka orvosok közé tartozott, kik az élet minden oldalát élvezni tudták. Pillanatokra sem volt tétlen s ambitioja volt még szórakozásaiban is hasznosan foglalkozni. Anyja S. Medley festőnek leánya, neje — Kate Loder — hírneves zongoraművész nő volt; természetes, hogy ily környezetben komoly művészi érke fejlődött. Szorgalmasan és igazi tehetséggel festett s Alma Tadematól, Elmoretól, Gerómetól tanulva, végre rendszeresen kiállított a londoni Royal Academy és a párisi Salon évenkénti tárlatain; illusztrált könyveket; azután novellákat és regényeket írt Pen Oliver álnév alatt (Charlie Kingston's Aunt, All But stb.), melyek közül az elsöben érdekesen rajzolja az 50-es évek orvosi viszonyait, az utóbbiban a vidéki angol életet. Mások kertészkedésre és baromfitenyésztésre adta magát és ambitioja volt a legszebb paradicsomokat és csirkéket produkálni. Hatalmas mozgalmat indított meg a hullaelégetés mellett és sikerült is hosszas agitatio után keresztülvinnie, hogy 1885. márczius 26-dika óta a holt tetemek elégetése Agliában megengedett. Később astronomiával, majd automobilozással foglalkozott és pár év előtt, 80 éves korában könyvet is írt erről.

Thompson általában mindent jól végezett. Kitünő társalgó, neves színházkritikus, jó whist játékos, nagy gourmet volt, ki meghonosította az Angliában orvosi körökben szokásos *professional dinner* (12—14 személyes vacsorák) helyét az *octaves*-okat, nyolcz fogású, nyolcz vendégre terített vacsorákat, hol írók, politikusok, tudósok ültek egy kerek asztal körül s a kulináris művészet legremekőbb primeurjeit vig csevegés közben élvezték. Maga a mostani angol király is többször résztvett ez intím estélyeken. Hogy boldog családi élete közben mi mindenre ráért óriási praxisa daczára, azt bizonyítják apró munkái az ételekről, a diétáról, az imádkozás által való gyógyítás értékeltelenségéről stb. Évenként nagyokat utazott leányával (nejét paralysis tartotta vissza), bejárva a kontinens képtárait; e megfigyelések eredményeit Miss Thompson 1877-ben „Európa nyilvános képtárainak kézikönyve“ czimű, sok kiadást ért munkájában adta ki.

Thompson mindvégig boldog, nyugodt, derült életet élt. Elhalmozva kitüntetésekkel és címekkel (1899-ben báró lett), rengeteg vagyonnal (egy hálás betege pár év előtt közel 2 millió koronát hagyott reá), teljes szellemi frissességben, minden iránt érdeklődve, betegségekétől alig szenvedve, késő öreg korig — 84 évet ért — élvezte szorgalmának, szerencséjének és egy intelligens nemzet haláljának adományait. Kevés orvos volt minden időkben, ki kellemesebb, hasznosabb, sokoldalúbb, kívánatosabb életet élhetett volna, s mindez majdnem kizárólag saját magának köszönhette. Thompson mindenkor példája lesz annak, hogy miként kellene az orvosnak élnie, ha intelligens pályájának nemcsak terheit viselni, de jogos előnyeit élvezni is tudná.

\* \* \*

Smiles Sámuel hasonlóképen nagy kort — 92 évet — ért. Neve már gyermekkorul óta ismeretes előttünk, mert sok munkája le van magyarra is fordítva és forog mint ifjúsági irat hazánkban is közkézen.

Smiles régi, de elszegényedett családból származott. Rendkívül intelligens özevgy anyja 11 gyermekét kis üzettel tartotta fenn. Smiles orvossá lett és Haddingtonban, egy 3000 „egészségos“ lakossal bíró városkában, 7 másik orvos után telepedett le. Hogy megélhessen, népszerű cursusokat tartott a chemiából, physikából, természetrajzból, és jellemző, hogy ily módon már a mult század elején egy kis vidéki angol városkában meg lehetett élni. Később irogatni kezdett, első munkáját a physikai nevelés tárgyából választva. Hosszú küzdelmek, hányatások után, miközben tanító újságíró, titkár, népszónok, kortes stb. volt, majd nemzetgazdasági és történeti (Irland és az Ir nép 1844.) munkákat adott ki, végre vasút-társaságok titkára lett (1845.) és miközben itt fárastott nappali munkáját végezte, közlrol megfigyelte azokat a kiváló angol mérnököket, feltalálókat, iparosokat, kiknek a világ oly rendkívül sokat köszön s a kirkül későbbi munkáit írta. E páratlanul energikus, buzgó emberek gondolkozásmódját, szilárd jellemét, szorgalmát általánosítani, ez lett csakhamar életcélja s így születtek meg híres könyvei: „Stephenson élete“, „Önsegély“, „Jellem“, „Kötelesség“, „Munkások keresménye, bérvharczai és megtakarításai“, „Mérnökök élete“, „Fulton és Watt“, „A Hugenották“ stb. Mind e munkákat éjjel, rendes elfoglaltságán kívül írta, de megvolt az elégtétele, hogy megérte azoknak sok százezer példányban, 17 nyelven való elterjedését.

Csaknem 60 éves volt, midőn a túlfeszített munka következtében paralysist kapott, ennek daczára azonban még közel 20 évig dolgozott és közölte kolossalis olvasottságról, történetiről és értekezésről és mindennekfelett az emberi faj iránti lángoló szeretetéről tanúskodó számos munkáját. Rendkívül sok oly ember életét kutatta ki, ki alacsony, nyomorult sorsból nagy energiával, szorgalommal és becsületességgel kiváló positoria küzdötte fel magát (Dick: pék, majd botanikus; Moore: kereskedő és philanthrop; Edward: pásztor, később híres természet-tudós; Nasmyth: feltaláló; Murray: könyvkiadó; Jasmin: borbély, majd költő és akademikus stb.).

Mindezek a könyvek igen könnyű stylusban, plastikus előadásban oly megkapóan illusztráltak az emberi szorgalomnak, energiának sikereit, hogy pár év alatt az egész világon elterjedtek s páratlanul nagy hatást fejtettek ki a kulturállamok lakosságának mostani generatiójára. Smiles egész élete a munka gloriifikálása volt, egy folytonos agitatio az emberiség becsületes törekvéseinek stimulálására. Az orvosi

pályától lassanként eltérítették őt a sors szeszélyei; büszkén mondhatjuk azonban, hogy sohasem lettek volna neki ily sikerei, ha a kutató szemét, a reális alapot azokhoz orvos-természettudományi nevelése meg nem adta volna neki.

Nékám.

**Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről.**  
(Folytatás.)

*Terheltség* 588 betegünk között kimutatható volt összesen 195 esetben (férfiaknál 119, nőknél 76 eset) és pedig:

	férfiaknál	nőknél
apai részről	44 esetben	27 esetben
anyai részről	32	34
testvér és rokon részéről	84	50
több oldalról kimutatható terheltség volt	41	35

Feltűnően szembeszökők a számsorozatban a nőknél aránylag kiválóan gyakori anyai terheltség, a mi más szóval annyit tesz, hogy a nők az ő gümőkóros anyjukkal sokkal szorosabb és állandóbb együttélésben lén, gyakrabban is esnek az infectio áldozatául ezen a téren mint a férfiak.

*Stadiumok.* 588 betegünk közül:

	Férfi	Nő	Összesen
I. stadiumbeli volt	78 = 21.6%	37 = 16.2%	115 = 19.6%
II. " " "	210 = 58.3%	128 = 56.1%	338 = 57.4%
III. " " "	72 = 20.1%	63 = 27.6%	135 = 23.0%

A mint látható, a betegek túlnyomó része még mindig jó későn fordul a sanatoriumi kezelés segédelméhez, s így van ez főleg nőbetegeinknél, kiknek pedig kettős okuk volna minél korábban fogni a baj rendszeres gyógyításához, mert a tuberculosis-fertőzéssel szemben szervezetük az ő kisebb ellenálló képességét nap-nap után igazolja.

A bacillaris lelet a következő volt:

Az I. stadiumbeli férfiaknál: pozitív 14, negatív 38 esetben, nem volt köpet 26 esetben; nőknél: pozitív 3 esetben, negatív 22 esetben, nem volt köpet 12 esetben; összesen: pozitív 17 esetben, negatív 60 esetben, nem volt köpet 38 esetben.

A II. stadiumbeli férfiaknál: pozitív 155 esetben, negatív 45 esetben, nem volt köpet 10 esetben; nőknél: pozitív 71 esetben, negatív 51 esetben, nem volt köpet 6 esetben; összesen: pozitív 226 esetben, negatív 96 esetben, nem volt köpet 16 esetben.

A III. stadiumbeli férfiaknál: pozitív 68 esetben, negatív 4 esetben, nem volt köpet 0 esetben; nőknél: pozitív 52 esetben, negatív 7 esetben, nem volt köpet 4 esetben; összesen: pozitív 120 esetben, negatív 11 esetben, nem volt köpet 4 esetben.

A köpetvizsgálat eredménye tehát pozitív volt összesen 363 esetben (= 61.7%), negatív 167 esetben (= 28.4%), végül egyáltalán nem volt köpete a betegnek 58 esetben (= 9.9%).

A negatív bacillaris leletű esetekben újabban a Korányi Frigyes tanár által eszközölt felvételi betegvizsgálaton vagy, ha ez a klinikán meg nem történhetett, utóbb a sanatoriumban *diagnostikus tuberculin-injectiót* végzünk, s ha annak eredménye is negatív, a beteget, miként ez az utóbbi hónapokban már ismételt előfordult, mint nem gümős megbetegedési egyént vagy fel sem vesszük, vagy rövidesen elbocsátjuk.

Egyoldali volt a tüdőmegbetegedés 70 esetben és pedig 15 férfinnál és 7 nőnél, összesen tehát 22 esetben jobboldali, ellenben 30 férfinnál és 18 nőnél, tehát összesen 48 betegnél baloldali. Az egyoldali megbetegedések, melyek praecis vizsgálat mellett általában meglehetősen ritkák, mint látható, főképen a bal tüdőcsúcsra vonatkoznak.

Kétoldali volt a tüdőmegbetegedés 518 esetben, 315 férfinnál és 203 nőnél. És pedig körülbelül egyenlő intenzitású volt a két tüdő megbetegedése 131 esetben (88 férfi, 43 nő), míg nagyobb fokban volt megbetegedve a jobb oldal 156 esetben (93 férfi 63 nő), a bal oldal 231 esetben (134 férfi, 97 nő).

Tapasztalataink szerint tehát a bal tüdő nemcsak gyakrabban, de nagyobb fokban is hajlandó a gümőkóros megbetegedésre.

Lázzal jött az intézetbe betegeink közül: 123 férfi és 112 nő, összesen 235 beteg; lázas lett nálunk: 19 férfi és 19 nő, összesen 38 beteg; a láz megszűnt a sanatoriumi kezelés folyamán 146 betegnél (79 férfi, 67 nő lázas maradt), (nagyreszt kifejezett febris hectica) 97 betegünk (63 férfi, 34 nő).

Tüdővérzés. 44,943 ápolási nap alatt előfordult haemoptysis: 49 férfinnál és 26 nőnél, összesen 75; haemoptoe: 20 férfinnál és 10 nőnél, összesen 30.

A betegeknek észlelt complicatiók — a bőrbajokat kivéve — a következők voltak:

a) Közvetlenül gümős alapon állók: lymphoma 4, otitis media 3, béltuberculosis 3, peritonitis 1, periproctitis 4, fistula ani 1, epididymitis 1, gonitis 2, spondylitis 2, caries a kéztőizületben 1.

b) Nem gümős alapon állók: Insufficiencia aortae 1, insufficiencia valv. bicuspid. cum stenosi 1, arteriosclerosis 1, dilatatio ventriculi 3, ulcus ventriculi 1, cirrhosis hepatis 1, nephritis 2, neurasthenia gravis 1, hysteria 5, psychosis acuta 1, imbecillitas 1, morbus Basedowi 1, retroflexio uteri 1, endometritis 3, oophoritis 1, abortus 1, graviditas 2, urethritis gonorrhoeica 4, lues 4, diabetes mellitus 1, leukaemia 1, morbus macul. Werlhofii 1, haemophilia 1, hernia inguinalis 2, atheroma 1, panaritium 1, tonsillitis phlegmonosa 1, blepharadenitis 1, struma 2, morphinismus chronicus 1.

Gyógyeredmény. Az 1903-ban elbocsátott 588 beteg közül, mint láttuk, I. stadiumbeli volt 19.6%, II. stadiumbeli 57.4%, III. stadiumbeli 23%. Belépéskor már munkaképtelen volt az I. stadiumbeli betegek 12.1%-a, a II. stadiumbeli betegeknek 33.4%-a, a III. stadiumbeli betegek közül pedig 65.2%. Ilyen körülmények között a gyógyeredmény táblázatban összeállítva a következőképen regisztrálható:

Táblázatos összeállítás 588 betegnél elért gyógyeredményről, gazdasági és klinikai értelemben.

Betegségi szaka	Betegek száma			Belépéskor még munkabíró volt			Belépéskor munkaképtelen volt			Munkaképesség megszüllardult			Munkaképesség helyreállott			Klinikailag gyógyultnak volt mondható az előbbi 2 csoportból			Csak tünetileg javult			Nem javult vagy rosszabbodott			Meghalt		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
I. stadium	78	37	115	66	35	101	12	2	14	63	34	97	11	2	13	37	25	62	1	—	1	3	1	4	—	—	—
II. stadium	210	128	338	142	83	225	68	45	113	124	73	197	43	22	65	17	10	27	20	26	46	22	6	28	1	1	2
III. stadium	72	63	135	31	16	47	41	47	88	26	14	40	5	1	6	—	—	—	11	11	22	27	35	62	3	2	5
	360	228	588																								

Azaz munkabírását visszanyerte a munkaképtelenül felvettek közül:

- az I. stadiumbeli betegek 93.0%-a,
- a II. " " " 57.5%-a,
- a III. " " " 6.8%-a.

Elbocsátáskor klinikailag gyógyultnak volt tekinthető, azaz csupán minimális physikalis elváltozással birt a tüdőkn, a gümőkór klinikai tüneteinek pedig már egyikét sem mutatta:

- az I. stadiumbeli betegek közül 53.9%,
- a II. " " " 8%,
- a III. " " " 0%.

Csupán tüneti javulást eredményezett (súlygyarapodás, közérzet javulása, köhögés csökkenése, mellkasi fájdalmak megszűnése, stb.) a kezelés:

- az I. stadiumbeli betegek 0.8%-ánál,
- a II. " " " 13.6%-ánál,
- a III. " " " 16.3%-ánál.

Nem javult vagy rosszabbodott a beteg állapota:

- az I. stadiumbeli betegek 3.4%-ánál,
- a II. " " " 8.2%-ánál,
- a III. " " " 45.9%-ánál.

Meghalt az intézetben:

- az I. stadiumbeli betegek közül 0.0%,
- a II. " " " 0.6%,
- a III. " " " 3.7%.

Összegezve a megszüllardult munkaképesség, helyreállott munkaképesség és tüneti javulás eseteit (az előbbi 2 csoportban a klinikai gyógyulás esetei bennfoglaltatnak), az összes gyógyeredmény a következő volt az elmúlt évben.

Haszonnal végezte kúráját az intézetben általában a betegek 84.5%-a, és pedig:

- 115 I. stadiumbeli beteg közül 111 = 96%,
- 338 II. " " " 308 = 93%,
- 135 III. " " " 68 = 50.4%.

Az elősoroltakból kitűnik az idén is azon tétel jelentősége, mely a betegnek minél korábbi szakban való intézeti kezeltetését sürgeti, jóllehet az orvosnak ezt keresztülvinni annál nehezebb, minél lejjebb szállunk a népesség társadalmi rétegeiben.

Egybevetve eredményeinket a német birodalom minta-sanatoriumának, Belzignek eredményeivel, az összehasonlítással meg lehetünk elégedve.



A klimato hygienés-diaetikus kúrával Belzigben, igaz, a miennél még jóval több III. stadiumot tartalmazó beteganyag az intézeti kezelés absolute eredménytelennek bizonyult az esetek 42,5%-ában, nálunk csak az esetek 15,5%-ában, a mi a fent jelzett körülményen kívül kétségtelenül a még Belzighez képest is fokozottabb hygienikus szabályaink pontos betartásának és a methodice keresztülvitt hydratikussal kezelésnek tudható be. Hasonlóképpen kedvező a klinikai gyógyulások számarányának összemérése is a két intézet között. Minden pessimismusunk mellett is a betegek állapotában beállott változások megítélésében, I. stadiumbeli betegeink 53,9%-át klinikailag gyógyultnak kellett mondanunk, míg Belzig az ő I. stadiumbeli eseteinek tisztán sanatoriumi kezelés mellett az elmúlt évben csak 39%-át bocsátotta el gyógyultnak.

A férfiak és nők gyógyeredményeinek összehasonlításánál az az örvendetes jelenség tűnik szemünkbe, hogy az elmúlt évben már, az individualizáló kúrabesztás fokozatos fejlődésével, a nők, betegeknek épen nehezebben menthető része, nem mutatnak oly feltűnő hátrányt a férfiakkal szemben. A klinikailag gyógyultak rovatában az I. stadiumbeli betegek között még túlsúlyban is vannak nőbetegeink.

Klinikailag gyógyult az I. stadiumbeli betegek közül általában 53,9%, és pedig a férfiakból 47,4%, a nőkből 67,5%; a II. stadiumbeli betegek közül általában 8%, a férfiakból és nőkből egyaránt 8-8%.

A munkabírás visszanyerését is csak a súlyosabb eseteknél látjuk a nők között ritkábban.

**Munkabírását visszanyerte:**

I. stadiumbeli általában	93%	férfiakból	91,6%	nőkből	100%
II. " " "	57,5%	"	63,2%	"	48,8%
III. " " "	6,8%	"	12,2%	"	2,1%

Valamint a tisztán tüneti javulást és az állapotnak stationaer maradását vagy rosszabbodását is csak a II-III., vagy épen csak a III. stadiumbeli nőbetegeknél látjuk gyakrabban feltűntetve, mint a férfibetegeknél.

**Pusztán tüneti javulás volt elérhető:**

az I. stadiumban általában	0,8%	férfiaknál	0,8%	nőknél	0,0%
a II. " " "	13,6%	"	9,5%	"	20,3%
a III. " " "	16,3%	"	15,2%	"	17,4%

**Nem javult vagy rosszabbodott:**

az I. stadiumbeliük közül által.	3,4%	férfiakból	3,8%	nőkből	2,7%
a II. " " "	8,2%	"	10,4%	"	4,7%
a III. " " "	45,9%	"	37,5%	"	55,5%

Mindamellert ma is fenn kell tartanunk, hogy a nők gyógyeredményei csekélyebbek absolute is, a mi talán részben a giümös toxinnak vérösszetételükre való hatásával van kapcsolatban, mint arra egy múlt évi márczius hó 10-dikén a budapesti kir. orvosegylet tuberculosisbizottságában tartott előadásomban vizsgálati adatok alapján rámutattam volt; csekélyebbek részben azon oknál fogva, hogy a nőknél a *neurasthenia* és *hysteria* többször játszik közre, mint a helyzetet súlyosbító faktor; végül a női nem természete miatt is, mely az otthontól való hosszás távollétet rosszabbul tűri, türelmetlenebb s a gyógyrendszernek kevésbé tökéletes resignatioval veti magát alá.

A mi a részleteket illeti:

**Köhögés:**

	nem volt	megszűnt	csökken	változatlan	erősödött	fellépett
férfiaknál	34	58	115	121	23	3
nőknél	24	32	68	82	19	3

**Köpet:**

	megszűnt lenni	megfogyott	mennyiségre változatlan maradt	szaporodott	jelentkezett
férfiaknál	43	114	134	31	1
nőknél	30	67	87	15	1

Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanár.

(Folytatása következik.)

**IRODALOM-SZEMLE.**

**Könyvismertetés.**

**F. Kornfeld: Gonorrhoe und Ehe.** Eine klinische und volkshygienische Studie. Wien und Leipzig, F. Deuticke, 1904.

Az utolsó két évtized a gonorrhoea ismeretének, kórtani jelentőségének kialakulásában több eredményes munkát termelt, mint a gonococcusnak immár több mint egy negyed évszázad előtti felfedezésekor remélhető volt. Nemcsak a megbetegedés specifikus természete vált kétségtelenné mint első eredmény, de a fertőzés mikéntje, a fertőző képesség tartama és határa nyert biztos támaszt, az ezt megelőző idők vague combinálgatásaival szemben, megismertük immár megközelítő teljességében a folyamat helybeli és általános kórtani jelentőségét, azon óriási károkat, a melyeket az egyén egészségében létrehoz, azon pusztításokat, a melyeket a családi életben végez. Ezen megismerési complexumból kitudódott a baj óriási sociális jelentősége és méltánylásban részesült nagy fontossága számos életviszony alakulására.

Ezen szempontok szerint tárgyalja szerző az előtűnk fekvő monographiában a kérdést, többet nyújtva, mint a cím után várók. Rövid történelmi áttekintés után külön tárgyalja a gonorrhoeát a

férfinál, a különböző vizsgálati módszereket annak a kérdésnek az eldöntésénél, hogy mikor nőülhet a kankóban beteg volt férfi. Külön fejezetben szól a spermáról, annak a szorosan vett kérdéssel távolabbi vonatkozásban levő elváltozásairól és az impotentiáról. Tárgyalja a venereás megbetegedések általános prophylaxisát, javarészt Neisser ismert javaslataira támaszkodva. Két fejezet a női gonorrhoeával, Noeggerath, Wertheim és Bumm kutásaival foglalkozik, a terapiára is kiterjeszkedve. A két utolsó fejezetben végül az orvos hivatásáról szól, általános áttekintést ad a gyógyító eljárásokról és azon eredményekről, a melyek már eddig elértettek és a melyek a jövőben még várhatók.

Nem szándékunk az itten rövid utalásban ismertetett tartalomnak bővebb tárgyalásába becsatlakozni. Ref. közel öt év előtt e tárgyról tartott előadásában vizsgálati alapján reámutatott azon számos hibaforrásra, a mely az egyoldalú bakteriologiai felfogásból, a klinikai lefolyás és anatómiai elváltozások figyelmen kívül hagyása mellett, származhatik. Utalt a bakteriumvizsgálatnak a gyógyító beavatkozások menetével párhuzamos eszközlésének szükséges voltára, és a leletnek a beteg húgyesével való confrontálására. Utalt a szokásos módon vizsgálatra küldött vizelet vagy praeparatumok átvizsgálásának vagy a vizeletben levő fonalakból készített tenyészeteknek megbízhatlan voltára. Ezen felfogás kissé megalkuvóan kifejezésre jut az előtűnk levő tanulmányban is.

E tanulmány a gyakorló orvosoknak van írva. A sok ismétlés és conceptiobeli lazaság mellett is, biztos és gyors áttekintést nyújt a kérdéstről. Igen kívánatosnak tartanám elterjedését, azon körben, a melynek száma van.

Ráskai.

**Új könyvek.** Sommer: Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie. Leipzig, A. Barth. — Bunge: Alkoholvergiftung und Degeneration. Leipzig, A. Barth. — Labey: Chirurgie du membre inférieure. Paris, Masson et comp. — Bertillon: L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience. Paris, V. Lecoffre. — Halluin: La vie du coeur isolé. Reviviscence de coeurs d'enfants. Paris, J. B. Baillière. — De Fleury: Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Paris, F. Alcan. — Mosso: Les exercices physiques et le développement intellectuel. Paris, F. Alcan. — Monin: Les névropathes. Médecine et hygiène des névroses et de la neurasthénie. Paris, P. R. de Rudeval. — H. D. Rolleston: Clinical lectures and essays on abdominal and other subjects. London, S. Appleton. — W. F. Stevenson: Wounds in war: the mechanism of their production and their treatment. Second edition. London, Longmans, Green and Co. — I. Burney Yeo: The therapeutics of mineral springs and climates. London, Cassell and Co.

**Lapszemle.**

**Belgyógyászat.**

Thiosinaminnal kezelt pylorus-stenosis esetét közli Hartz. Az 56 éves férfibetegnél heges pylorus-stenosis volt jelen másodlagos gyomortágulattal és motorius elégtelenséggel. A kórismét Fleiner tanár állította fel s annak alapján sebészi beavatkozást — gastroenterostomiát — ajánlott. Eredménytelen gyomormassage után szerző thiosinamin-befecskendésekre határozta el magát. 15%-os oldatot használt és ebből a hátán fecskendezett be a bőr és az izomzat közé legfeljebb egy köbcentimétert hetenként kétszer. Eltekintve rövid ideig tartó égető érzéstől, lokális reactio nem jelentkezett a befecskendés helyén; a befecskendések általában teljesen vaszélyteleneknek bizonyultak. Az eredmény nagyon kedvező volt. Az étvágy már néhány befecskendés után javult, a gyomor tartalma — a mint a gyomoröblítések eredményéből kiderült — könnyebben távozott a bélbe, a testsúly gyarapodott, a 11. befecskendés után már disznóhúst és burgonyapépet evett a beteg minden nehézség nélkül. A közlés idejéig 23 befecskendést kapott; panasza ekkor már nem volt; emésztése rendes, testsúlya fokozatosan emelkedik. A thiosinamin hatása a hegyszövetre gyakorolt puhító befolyásra vezethető vissza. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. S. szám.)

**Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.**

A mesotan értékének megállapítása végett Domke főleg idült izom- és izületésűz-eseteket, valamint olyanokat választott ki, a melyekben az eddig használatos eljárások (salicylsav, aspirin, fürdők, különböző bedörzsölések) nem vezettek eredményre. Noha természetesen a mesotan-kezelés sem vezetett minden esetben eredményre, mégis mondható, hogy a mesotan úgy heveny, mint idült esetekben intensív hatást gyakorol a csúzos folyamatra és sokszor olyan esetekben is használ, a melyekben más eljárással nem volt eredmény elérhető. (Medico, 1903. 38. szám.)

A helmitolt Posselt tanár klinikáján kiterjedten használta Sigmundt átlag 4 grammos napi mennyiségben. Nem gonorrhoeás eredésű húgyhólyaglobokban nagyon hatásos szernek mutatkozott, hatásában az urotropint felülmulta. Noha a gonococcusokra nem fejt ki specifikus hatást, urethritis gonorrhoeica eseteiben mégis nagyon jó szolgálatokat tehet, mert a vizeletet antiseptikussá tevén, megakadályozza a gonorrhoeás folyamatnak áttejedését a hólyagra. Másrészt tünetileg is nagyon kedvezően hat a helmitol, a húgycső-gonorrhoea okozta tüneteket tetemesen mérsékelvén. Mindezek alapján a gonorrhoea-kezelés támogatására a helmitol nagyon ajánlható. (Inaug.-Dissertation, München, 1903.)

A bismutosét Biedert tanár tapasztalatai alapján nagyon dicséri. Azokban az esetekben, a melyekben a bismutose túlerős hatása miatt erős székrekedés áll be, nagyon ajánlja a Fleimer-féle kamilla-klismákat. Véleménye szerint a nagyon nagy adagok nem szükségesek; átlag a bismuthum subnitricum használatos adagának háromszorosa adandó. A mi a rendelésmódot illeti: a megfelelő adagot először egy csepp folyadékkal összedörzsöljük, azután cseppenként adunk hozzá még folyadékot, a míg az egész mennyiség nedves lesz, sűrű péppé válik; ez azután már tetszés szerinti folyadékmennyiséggel hígítható. Jól használható a Starck-féle 15%-os bismutose-emulsió is mucilago gummi arabicivel, ebből óránként veendő 1—2 kávéskanálnyi. (Therapie der Gegenwart, 1903. 9. füzet.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1904. 21. szám. *Preisich Kornél*: A gyermekek heveny fertőző betegségeinek prophylaxisáról és therapiájáról általánosságban. *Rudas Gerő*: Gyökértömés elővigyázati készülékkel. *Kiss Gyula*: A cukor kimutatása.

**Orvosok lapja**, 1904. 20. szám. *Moskovitz Ignác*: Idegen testek előfordulása a felső légutakban. *Kelen József*: A gyomor- és bélbántalmak physico-balneotherapiája Előpatakon.

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 20. szám. *Oldh Gusztáv*: Originaer elfajulási psychopathiák klinikai egyéniségéről és osztályozásáról. *Surbó Arthur*: A traumás neurosisról, esetek kapcsán. *Hollós István*: Az öröklésnek az elmebetegségek fellépésére való jelentősége. *Hoór Károly*: A száraz- és nedves-meleg borogatások alkalmazása a szemgyógyászatban. *Goldzieher Vilmos*: 1. A Röntgen-sugarak befolyása a trachomás infiltrációkra. 2. Lymphomatosus conjunctivae. *Wickert Henrik*: Hyperglobulia, vitium cordis congenitum, haemophthalmus.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 20. szám. *Neumann*: A syphilis öröklése. *Pauli*: Physico-chemiai tulajdonságok és gyógyszerhatás összefüggése. *Kostlir*: Interparietalis hydrocele. *Krokievics*: Pneumococcosis metastatica.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 21. szám. *Bermann*: Adat a cerebrosplanial-sclerosis tanához. Egyoldali intenciós reszketés. *Ehrlich*: Mastitis lactantium. *Schmeichler*: Szembajok simulatioja. *Piskacek*: A terhesség korai diagnosisa. *Mayer*: Az intermediaer szénhidratanyagcsere néhány kérdése. *Stolper*: Dysmenorrhoea. *Presslich*: Adat a kórözés ismeretéhez.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 21. szám. *Siemerling*: A liquor cerebrospinalis vizsgálásának értéke ideg- és elmebajokban. *Bial*: Pentosuria mint familiaris anomalia. *Jansen*: A faradocutan sensibilitás viselkedése vizalkalmazások után. *Többen*: Angina és stomatitis ulcerosa. *Kisch*: A lipomatosis mint degeneratív jel. *Cassel*: Nephritis heredo-syphilitica csecsemőkben. *Volhard*: Májpulsusok és a billentyűbajok compensatioja.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 21. szám. *Fraenkel*: Bronchostenosis. *Wassermann* és *Bruck*: Az antitoxinok hatásmódja a szervezetben. *Klingmüller* és *Baermann*: Filtrálható-e a syphilis vírusa. *Lublini*: A leukoplakia viszonya a syphilishez. *Katzenstein*: Az epispadia ritka alakja. *Blühm*: A női nemi szervek torzképződésének casuistikájához. *Riegel*: Hyperaciditás és hypersecretio. *Richartz*: A bárzsig mélyen ülő diverticulumának és orsóalakú tágulatának differential-diagnosisa.

**Centralblatt für innere Medizin**, 1904. 18. szám. *Spiethoff*: Albumosok előfordulása gümőkóros sajtos anyagban. 20. szám. *Neutra*: A vibratio-érzés és az osteoakusia közötti összefüggés.

**Neurologisches Centralblatt**, 1904. 8. szám. *Bayon*: A cretinek központi idegrendszer. *Wieg*: A meningitis tuberculosa klinikájához. *Weygandt*: A Virchow-féle cretin-elmélet.

**La semaine médicale**, 1904. 20. szám. *Grasset*: A fej és a szemek ellentétes irányú deviatioja.

**Le progrès médical**, 1904. 20. és 21. szám. *Longuet*: A catgut-kérdés.

**Archives générales de médecine**, 1904. 18. szám. *Thébault* és *Jacquemin*: A munkás baleset-törvény kommentálása. *Rénon*: Toxikus pericarditisek. *Boix*: A tengervíz a gyógyászatban. *Destouches*: Santhéose.

**Bulletin général de thérapeutique**, 147. kötet. 16. füzet. *Rochard*: Sebklínikai problémák. *Robin*: A subacut köszvény és köszvényes diathesis kezelése.

**The lancet**, 1904. I. 20. szám. *R. Hutchison*: A vér és a vérképző szervek némely rendellenessége a fiatal korban. *Edfred M. Corner*: A tápcsatorna heveny fertőző gangraenás folyamatai. *Vidal G. Thorpe*: Chinai gyógyszer hydrophobia ellen. *J. W. Allan*: A pankreas viszonya a diabeteshez; pankreas-átültetés mint a diabetes gyógymódja. *J. Basil Hall*: A mesenterium dermoid cystája. *J. Jameson Evans*: Neuroretinitis chlorosisban. *J. Haddon*: A koplalás szerepe a gyógyászatban. *H. Tener Galbraith*: Galandféreg okozta chorea. *J. A. Rigby*: Galandféreg 3 éves gyermekben. *W. Roper*: Megjegyzés a crotonolaj és a pilocarpin hatásáról. *E. Cureton*: Raynaud-kór esete. *S. W. Plummer*: Kétoldali multilocularis petefészek-tömlő.

**British medical journal**, 1904. április 30. *Judson S. Bury*: Trauma és az idegrendszer betegségei. *G. C. Low* és *F. Walker Mott*:

Szövetani vizsgálatok álmokorban. *J. W. H. Eyre*: Asylum-dysenteria. *W. C. Stevenson*: A typhus- és coli-bacillus megkülönböztetése a photographáló lemez segítségével. *H. J. Campbell*: Adat a rák oktanához. *F. Bushnell* és *F. Cavers*: Adatok a rosszindulatú daganatok szerkezetéhez. *C. A. Me Bride*: Az alkoholismus kezelése atropinnal. *S. Backwell Fenn*: Az alkoholismus úgynevezett aranykúrája. *A. S. Myrtle*: Adrenalin használata ideges eredésű szívzavarokban. *J. Hinshelwood*: Dionin érzéketlenítő hatása a szemészetben. *B. G. A. Moynihan*: Ureter-rendellenesség okozta hydronephrosis két műtett esete. *D. Newman*: Vese-decapsulatio albuminuria ellen. *Brennan Dyball*: Másodlagos parotitis súlyos esete. *L. Cane*: Súlyos vérköpés 3½ éves gyermeknél.

**Edinburgh medical journal**, 1904. május. *Edred M. Corner*: Thrombosis és heveny gangraena kizárt sérvben. *Guthrie Rankin*: Arterialis degeneratio. *J. Batty Tuke* és *Ch. Howden*: Elmebetegék büntetőjogi felelőssége. *J. Macpherson*: Adatok az elmebajok keletkezéséhez. *R. Llewellyn Jones*: A rheumatoid arthritis típusai.

### Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. május 27.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 18. hetében (1904. május 1-jétől május 7-ig) következő volt: **I. Népesedési mozzgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszülte 423 gyermek, elhalt 299 egyén, a születések tehát 155-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.1, az egy éven felüli lakosságnál: 17.5, az öt éven felüli lakosságnál: 15.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérbő 4, gümős agykérbő 6, agygyuta 4, ránggöres 5, terjedő hűdés 2, hátgerinczsorvadás 2, szívbaj 12, hörgőlob 0, tüdőlob 19, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 1, tüdővész 78, tüdőlegdag 3, bélhurut 15, májbajok 7, hashártyalob 4, kizárt sérv 1, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 20, gyermekszály 0, aggaszály 10, rák 4, méhrák 4, egyéb alképlet 5, gümős bajok 3, kanyaró 2, vörheny 7, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 4, hőkhurut 1, gyermekági láz 1, hagymáz 2, influenza 4, himlő 1, veleszületett bujakór 3, szerzett bujakór 1, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvr 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 6, baleset 3, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3286 beteg, szaporodás 1038, csökkenés 864, maradt e hét végén 3491 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi május 1-dikétől május 7-dikéig terjedő 18. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 118 (107), vörheny 85 (77), álh. gége- és roncsoló toroklob 49 (33), hőkhurut 22 (35), gyermekági láz 1 (0), hasi hagymáz 1 (2), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 21 (16), vérhas 0 (0), orbáncz 23 (27), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 0 (19), trachoma 1 (1), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Községi és körorvosok congressusa.** A magyarországi községi és körorvosok pünkösdi vasárnapján Budapesten tartott congressusának, amely a sopronmegyei orvosok indítványára gyűlt össze, kettős célja volt. Egyrészt anyagi helyzetük javításáról tanácskoztak, hogy kívánóságukat azután memorandumban terjeszték a kormány elé, másrészt meg akarták alakítani a községi és körorvosok országos egyesületét. A congressuson ötszáznál több községi és körorvos jelent meg az ország minden részéből.

A congressust *László Samu* dr., kapuvári (Sopronmegye) orvos nyitotta meg. Ismertette a községi és körorvosok sereglőit és örömet fejezte ki, hogy oly nagy számmal jelentek meg a sopronmegyei orvosok által összehívott congressuson. Beszélt azután a községi és körorvosok országos szervezetének szükségességéről.

Az éljenzéssel fogadott megnyitót után a congressus elnökévé egyhangúlag *László Samu* dr.-t választották meg, a ki a jegyzői tisztségre *Kardos Sándor* dr.-t (Felesuth), *Feuer Lipót* dr.-t (Mohol), *Kronberger Vilmos* dr.-t (Barcs) és *Tóth Ödön* dr.-t (Abauj-Garadna), kérte fel.

Azután az előkészítő bizottság nevében *Zettl Károly* dr. előadó (Németkeresztur) a következő javaslatot terjesztette elő:

1. Mondja ki az országos congressus, hogy a községi és körorvosok helyzetének megjavítását véglegesen a közegészségügy államosításától várja; 2. mondja ki az országos congressus, hogy addig is, a míg ez a nagy szervezeti reform bekövetkezik, kérje fel a községi és körorvosok országos congressusa a kormányt, hogy tekintettel a községi és körorvosok türelmetlen helyzetére, és tekintettel az orvoslás szükségességére, kegyeskedjék a törvényhozáshoz oly törvényjavaslatot terjesztetni, amely a községi és körorvosok következő minimalis kívánásainak bintosítását és megvalósítását jelentené; a) 1600 korona fizetési minimum; b) négyezer megismétlődő ötödéves 200 koronás pótlék; c) a fizetéseknek az illetékes adóhivatal útján való folyósítása; d) lakás vagy megfelelő lakáspénz; e) a nyugdíjügynek országos rendezése, a látogató-díjaknak és végül a fuvarátalányoknak rendezése; 3. mondja ki a községi és körorvosok országos congressusa, hogy az ezen határozati javaslatot tartalmazó emlékiratot küldöttség útján juttatja a kormány elnökéhez, a kinek működése és jóindulata iránt rendíthetetlen bizalommal viseltetik; 4. mondja ki a községi és körorvosok országos congressusa, hogy a közegészségügy fejlesztése és a községi és körorvosok érdekeinek állandó istápolására megalapítja a *községi és körorvosok országos egyesületét*; 5. mondja ki az országos congressus, hogy

a községi és kórorvosok érdekeinek támogatására a vármegyei törvényhatóságokat és a *Vármegyei Tisztviselők Országos Egyesületét* is felkéri.

E memorandumot *Solymossy Odön* báró országos képviselő vezetésével küldöttség fogja a miniszterelnöknek átadni.

Ugyancsak *Zettl Károly* dr. javaslatára egyhangúlag elhatározták, hogy megalakítják a *községi és kórorvosok országos egyesületét*. Az egyesület ideiglenes elnökévé *Solymossy Odön* báró országos képviselőt, ügyvezető elnökévé *László Samu* dr.-t, alelnökké *Derzényi Imre* dr.-t (Diósgyőr), *Egri Miksa* dr.-t (Miskolc), *Memlaha Géza* dr.-t (Vittencz), *Fodor Mór* dr.-t (Szendrő), ügyvezető titkárrá *Tóth Odön* dr.-t (Abauj-Garadna), tiszteleti titkárrá *Horváth József* dr. főszolgabíró, pénztárossá *Zettl Károly* dr.-t, ellenőrré *Kardos Sándor* dr.-t választotta meg.

— A vármegyei közkórházak tisztelgése Tisza gr. miniszterelnöknél. Az ország vármegyei és városi közkórházainak orvosai és más tisztviselői márczius 27-dikén Budapesten országos congressust tartottak, helyzetüket behatóan megvitatták, jogos és méltányos kívánságaiknak emlékiratba foglalását elhatározták, annak szerkesztésére és illetékes helyen való benyújtására 6 tagú bizottságot választottak.

A bizottság már régebben elkészítette a memorandumot és május 18-dikán adta be Tisza belügyminiszernek.

A bizottság e memorandumában kéri:

1. hogy a közkórházak orvosai és tisztviselői soroztassanak be mindenütt az illetékes tisztviselői statusba;

2. hogy a hol még nincsen nyugdíjjogosultságuk, vétessenek be az illető nyugdíjintézetbe;

3. soroztassanak fizetési osztályokba olyképen, hogy a nagyobb kórházak igazgatói a vármegyei főorvosokkal jussanak egy osztályba, a többi orvosok és tisztviselők pedig jelenlegi törzsfizetésüknek megfelelő fizetési osztályhoz felfelé legközelebb álló fizetési osztályba jussanak.

A küldöttség szóokának ily irányú kérelmére a miniszterelnök maga is orvoslandónak jelentette ki a közkórházak alkalmazottainak sérelmeit és méltányos kívánságaik lehető teljesítését helyezte kilátásba.

A küldöttség, melynek vezetője *Fráter Imre* dr. Biharvármegyei kórházi igazgató főorvos volt, tagjai pedig *Kállay Rudolf* dr. Szabolcs-vármegyei kórházi igazgató főorvos és kir. tanácsos, *Papp Gábor* dr. Jász-Nagykun-Szolnokvármegyei közkórházi igazgató főorvos és *Szigethy Gyula* Sándor dr. Somogyvármegyei közkórházi igazgató főorvos voltak, tisztelettel *Sándor János* államtitkárnál, *Némethy Károly* dr. ministeri tanácsosnál, *Korányi Frigyes* dr., ministeri tanácsos, főrendiházi tag, egyetemi tanárnál és *Kétly Károly* dr., udvari tanácsos egyetemi tanárnál is, kik a kórházi orvosok és tisztviselők ügyének támogatását szintén megígérték.

+ A király látogatása az Erzsébet-sanatoriumban. Ő Felsége május 24-dikén meglátogatta a tüdővészések sanatoriumát, hol az intézmény vezetősége, élén *Batthyány Lajos* gróf elnökkel és *Korányi Frigyes* professzorral fogadták. *Batthyány Lajos* gróf üdvözlő beszéde és a bemutatások után ő Felsége végigjárta a sanatoriumnak valamennyi helyiségét, örömmel hallotta, hogy a sanatoriumnak legközelebb két új szárnyat építik ki s legteljesebb elismerését fejezve ki a látottak felett, öt negyedórányi időzés után távozott.

⊕ Kinevezés. Az adonyi járási orvosi állásra *Truskovszky Gyula* dr.-t nevezték ki.

+ Magántanári képviselő választás. A budapesti tud.-egyetem orvosi karának magántanári e hó 26-dikán tartott ülésükön *Györy Tibor* és *Hainiss Géza* magántanárokat választották meg képviselőjüknél.

○ Turán (Engel) Bódog dr. június 1-jétől fogva Franzensbadban mint fürdőorvos gyakorol.

— Tuszka Ödön dr. ismét megkezdte működését Marienbadban.

+ Schwarz Alajos dr. június 1-jétől fürdőorvosi gyakorlatát újra felveszi Korynieza gyógyhelyen (Pannonia-szálló).

× Ismétlő tanfolyamok orvosok számára. Június hó első felében a budapesti egyetem orvosi fakultásán két ismétlő tanfolyam veszi kezdetét. A *X. szüneti orvosi cursus*, melyre eddig 101-en jelentkeztek, május hó 30-dikától június hó 11-dikéig fog tartani. A cursust a budapesti egyetem orvosi karának előadói tartják ezúttal két csoportban összesen 20 tanár és magántanár. A *trachoma-tanfolyam* június hó 2-dikától 11-dikéig tart, a kitűzött terminusig 359-en jelentkeztek, de az oktatás gyakorlati jellegének megóvása kedvéért ezúttal csak 50-en nyerhettek felvételt. A cursus hallgatói 8 korona napidíjat kapnak s úti költségüket is megtéríti a belügyminiszerium.

∞ Nemzetközi orvosi congressust tartanak 1906. április 19-dikétől április 26-dikéig Lissabonban.

< Rákvizsgáló-intézettel egészítik ki a heidelbergi klinikai intézeteket. Az új intézet alapját egy névtelen adakozó nagy adományból vetik meg.

+ Kérelem a hazai fürdők érdekében. Az országos balneologiai egyesület igazgató-tanácsa az összes magyarországi orvosokat kéri, hogy betegeiknek lehetőleg hazai ásványvizeteket és hazai fürdőket rendeljenek.

× Hőgyes tanár Pasteur-intézetében f. é. április havában 246 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (218 magyarországi, 19 horvát és szlavonai és 12 boszniai és hercegovinai) nyert antirabikus védőtást. 229-et eb, 12-öt macska, 3-at sertés, 2-öt ténen inficiált. Évi folyószám: 915; egyetemes folyószám: 23,473. Haláleset e hóban nem fordult elő.

⊗ A Mattoni-féle Erzsébet-sósfürdőben április 25-dikétől május 15-dikéig 19 család lakott.

\* Megjelent. *Edelmann Menyhért*: A biharmegyei orvos-gyógy-szerész és természettudományi egyesület szakülései az 1902/1903. évben. Orvosi Hetilap. 1903. — Tuszán fürdő prospektusa. — *Áldor L.*: Adatok a gyomor elválasztási zavarainak kór- és gyógytanához stb. Budapesti Orvosi Ujság. 1904. — *Lengyel Béla*: Plósz Pál emlékezete. Budapest. Akademia. 1904. — Az újtátrafüredi dr. Szontagh-féle vizgyógyintézet prospektusa. — *A. Polatschek*: Die therapeut. Leistungen des Jahres 1903. Bergmann, Wiesbaden. 1904. — *Gámán Béla* dr.: Rohitsch-Sauerbrunn. Budapest. Dobrowsky-Franke. 1904. — *Torday Ferencz* dr.: A diphtheria-ellenes védőoltásokról. Budapesti Orvosi Ujság. 1904.

† Elhunytak. Május 16-dikán elhunyt *Marey*, a francziák kitünő physiologusa Párisban. — *Májusz Béla* dr. pomázi járásorvos. — *Hanzély Béla* dr. fővárosi gyakorló orvos 47 éves korában Budapesten. — *Höny Géza* dr. tarpai kórorvos 75 éves korában.

— Nenádovics Lázár dr. folytatja praxisát Franzensbadban. (Villa Klein.)

Rohitsch-Sauerbrunnban „Császár-fürdő“ név alatt egy új hydro-elektro és mechanotherapiai gyógyházat állítottak fel. A régi szénsavas fürdők „Styria-fürdő“ elnevezést kapnak. A Kaiserbad építése rohamosan halad, úgyannya, hogy saion beálltával már átadják rendeltetésének. Ugyancsak e hó folyamán adják át a forgalomnak azt az új vasút-vonalat, a mely a forrást az új helyi érdekű vasúttal összeköti. A rohitschi „Templomforrás“ és „Styriaforrás“ magyarországi raktára már évtizedek óta *Hoffmann József* Budapesten, Báthory-utca 8. szám alatti helyiségében van.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**



**Szt. Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénés források. Iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olesó és gondos ellátás. Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelése, V., Fürdő-utca 8. Gyógyítás tárgyát képezik: Női arczszőrök. — Szeplők. — Comedo; Acne; Rosacea. — Anyajegyek. — Szemölcsök. — Arczránczok. — Hónalj-, tenyér és talp-izzadás. — Az arcz- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegyek. — Tisztátalan teint (bőrhámlasztás). — Hajhullás. — Hajfestés. — Hajbetegségek stb.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Réh Béla dr.**

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet**  
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamosítás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

**LIPÓTVÁROSI VÍZGYÓGYINTÉZET**

V., Báthory-utca 3 (Szabadság-tér mellett).

Modern berendezés. Gondos orvosi felügyelet. Vízgyógymódok, villamos fényfürdők, szénsavas és villamos vízfürdők (Gartner tanár szerint), massage stb.

Kivánatra prospektus.  
**Dr. Farkas Márton.**

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar balneologiai congressus. (III. ülés 1904. évi április hó 18-dikán délután.) 340. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 1904. évi január hó 26-dikán az egyetemi I. számú sebészeti klinika tantermében tartott évszázó közgyűlés.) 341. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosishozbizottsága. (1904. évi május hó 5-dikén tartott ülés.) 341. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.) 342. l.

## XIV. magyar balneologiai congressus.

(III. ülés 1904. április 18-dikán délután.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Löw Sámuel.

## A Badesow-kór klimatikus és organotherapeutikus kezeléséről.

**Fái Máttyás Miklós:** Előadó a Basedow-kór lényegéről forgalomban levő összes nézeteket és felfogásokat kritikai megjegyzéseivel behatóan tárgyalja s legplausibilisebbnek a Möbius-féle theoriát tartja. Majd a különböző gyógyeljárásokról szól, s közel száz esetben szerzett tapasztalatai alapján felhívja a figyelmet a magaslati klímára és a thyreoideotomizált kecskék tejével végzett kúrára.

Előadó a magaslati klímahatás analizálásánál kifejti saját észleleteit és nézeteit, melyek a következők:

Szerinte a Basedow-kór kellemetlen tünetei a szívtáji feszülés és szorongatási érzés, továbbá a thermophobia, az izzadás, a soványodás, a szívritkódás arhythmiaja és szaporasága, a többi symptomával együtt feltűnően javulnak, sőt egészen megszűnnek a hosszabb magaslati klímában való tartózkodással. Előadó a javulást onnan magyarázza, hogy 1. nő a vitalkapacitás, s ezzel együtt tágul a mellkas 2—4 cm.-nyire, s a mellkasi tágulás következtében successive megszűnik a szívtáji feszülés, az oppressio.

2. A thermophilia és az izzadás megszűnése a levegő temperaturájától és a megkönnyített hörlégzéstől függ.

3. A lesoványodás, fokozott anyagcsere azért csökken, mert a vörös vérszövetek és haemoglobin szaporodása folytán a vér összetételében quantitative és qualitative megjavul, s így in toto diluálja és chemice paralyzálja a vérpályában keringő pathologikus és toxikus pajzsmirigysecretumot, s így successive a vér összetételének javulásával a kóros lesoványodás is megszűnik.

4. Ugyancsak a vér morphologiai és chemiai megváltozásából magyarázza a szívritkódás és pulsus regulárisabbá változását, még pedig az Engelmann-féle szivautomatizmus-theoria alapján. Ugyanis a vér javulásával egyenes arányban javul a szivrostozatra directe ható inger. S így a szív munkája normális lesz, ha a vér visszanyeri normális összetételét.

A többi Basedow-tünetnek: az álmatlanságnak, izomgyengeségnek és a tápasatorna functionális bajának el-elmaradozása magaslati klímában már régebbi észlelet, ezért előadó nem terjeszkedik ki rájuk. Végül egyik gyógyult esetének körlefolását mondja el; ezen esetben rodagen nagy adagait használta.

**Rottenbiller Ödön:** Oszítja azon nézetét előadónak, hogy műhiba az, ha thyreoidea-extractumot adunk Basedow-kórnál. 8 évvel ezelőtt már Frankfurtban látta ennek káros hatását, míg közönséges strumánál jól hat. A thyreoidea-tabletta nem közömbös dolog, mert vesebajt okozhat.

Másik megjegyzése, hogy a magaslati klímák jó hatását a radiummal hozták összefüggésbe. Tény, hogy a légkör és tellurikus viszonyok között a feszültségi viszony igen különböző és a radioactiv sugarak jobban érvényesülnek.

**Bókay János:** A thyreoidea tablettákat idiotia myxoedematosa ellen specifiemnek tartja.

Fái köszöni a hozzászólásokat.

## A tengermelléki hospice-ek a gümőkór elleni küzdelemben.

**Bókay János:** Előadó behatóan részletezi a tengermelléki hospice-ek kiváló jelentőségét a tuberculosist elleni küzdelemben és behatóan tárgyalja azon kiváló redményeket, melyeket ezen intézetek az ú. n. „lokal” tuberculosist kezelésében elértek. Mint mintaképet állítja oda a francziák Berek sur Mer-i intézetét, az osztrákok San Pelagioi tengeri hospice-ét. Főelv legyen ilyen intézeteknél a prolongált tengermelléki tartózkodás, hogy a tenger által bőven nyújtott hatások minél inkább érvényesüljenek. Szükségesnek tartja továbbá, hogy ezen hospice-ek a modern sebészet igényeinek megfelelően legyenek felszerelve, s szak-szerű vezetés alatt álljanak. Hangsúlyozza egy magyar tengermelléki kórház létesítésének szükségességét. Végül vetített képen bemutatja Európa nagyobb szabású tengeri kórházait.

**Rottenbiller Ödön:** A ki nagyobb sebészi ambulantián részt vett, tudja, mennyire iparkodik mindenki megszabadulni a görvélyes gyermektől, és meg tudja érteni Bókay tanárnak igyekezetét, melylyel a tengeri hospice-ek eszméjét népszerűsíteni törekszik. 1897—98-ban látta a palermói hospice-et, 5 hónapig bejárta és bámulta a szép eredményeket, melyek a korlátlan hosszú ideig, 2—3—5 évig való bennlakással értenek el. Annyira népszerű külföldön a hospice, hogy Hector Malot egy most megjelent regényének főhőse egy hospice ápolója.

**Korányi Frigyes:** Azon figyelmeztetés, melyet Bókay tagtársunk tett, sehol sem időszerűbb, mint Magyarországon. A t. Kartársak ismerik a statistikát, tudják, mily rettenetes helyzetben van Magyarország a

tuberculosis szemben. Az 1902-diki tuberculosishalálozások száma a 75,000-t felülmúlja, úgy hogy csak két ország van még mögöttünk e tekintetben: Ausztria és Oroszország. De Ausztriában javultak a viszonyok és már jobbak mint nálunk. Oroszország és köztünk sem lehet valami nagy különbség. Tehát indokolva volna, hogy behatóbban történjék valami, de a dolog lassan megy előre és a gyermektuberculosis szempontjából Magyarországon semmi intézmény nem létezik.

A nyaralóhelyek nem pótolják a hospice-eket. Hospice-ünk nincs és igazán jótékony kezdeményezés volna, ha a birodalomhoz tartozó tengerpartokon körültekintés és vizsgálat történne arra nézve, hogy melyek az alkalmas helyek hospice létesítésére. Úgy hiszi, Bókay is járt Cirkvenicán és Porto Rében. Szólv is megtekintette e helyeket, és Cirkvenica klimatologica és hygienice elég jól megfelel a hospice követelményeinek. Porto Ré még alkalmasabb volna, kevésbé van kitéve szeleknek, de nincs víze és cisternákból látják el magukat, úgy, hogy a vizet messziről kellene odavezetni.

József fhg. létesített Cirkvenicán egy otthont és 2 év előtt hajlandó lett volna ilyen intézetet is létesíteni.

Igy állván a dolog, sok idő fog még eltelni, míg az Adria partjain ilyen intézet létrehozható lesz. Nem akarja elmulasztani az alkalmat, hogy ismét és ismét fel ne említse a Balatont. Vannak sarkalatos tulajdonságok, a melyekkel a tuberculosist elleni küzdelemre szánt helyeknek birniok kell és ha ezek megvannak, ott sanatorium, vagy hospice létesíthető.

A Balaton klimatikus viszonyaival megbízásából 20 évvel ezelőtt egy fiatal orvos foglalkozott, Pólyák Lajos, ki B.-Füreden és környékén 2 hónapig észlelte az időjárást és régi 15—16 éves feljegyzéseket is felhasználva, könyvet irt erről, melyet az orvosi könyvkiadótársaság adott ki.

A könyvnek folyamánya, hogy a Balaton veszprémi és zalai partjainak klímája közel áll a genfi tó klímájához, úgy hogy a tavasz hamarabb kezdődik mint az egész környéken, tehát a vidék már korán használható gyógyítási célra és az enyhe idő benyúlik a késő őszbe. Ilyen kedvező a dolog a szelekre vonatkozólag is. A veszprémi és zalai hegyek az északi és északnyugoti szeleket felfogják, úgy hogy a vidék nyáron túlságosan meleg, de tavasszal és ősszel temperált. A levegőt és vizet is vizsgálta Pólyák és pathogen bakteriumokat kimutatni nem tudott. Tehát e vidék mindama tulajdonságokkal bír, melyek a tuberculosist kedvezően hatnak, de még inkább prophylactice olyanoknál, kiknél tuberculosistól tartanunk kell. Gyermekre nézve is hasonlóképp kedvező.

A somogyi partnak más jellege van. Ez sokkal szelesebb, de a szelek a Balatonon mennek keresztül, és a mi a somogyi partnak kiváló jellegét képezi, az a teljes portalanság. Szólv Balatonföldváron 4—6 hetet tölt és a lakásban, mely a parttól nem messzire esik és egész nap és éjjel nyitva vannak az ablakok, a lakásban port látni nem lehet, mert a vizen át fú a szél, az ültetvények páralecsapódást okoznak és így jön létre a portalanság. Ez élénkít, de egyúttal izgat is. A gyermekek vegetatiojára élénk befolyást gyakorol a balatoni tartózkodás. Azon helyek közé tartozik, melyek hivatva vannak arra, hogy a gyermektuberculosis ellen praeventive és gyógyítólag hassanak. Természetesen a szükséges institutiókkal, melyek szükségesek a tuberculosist elleni küzdelemben.

**Bókay János:** A kezdeményezés a Balaton partjain gyermek-hospice-et alapítani, már a kormány részéről megtörtént, ennépote tartatott egy állami gyermekmenhely alapítására a Balaton partjain és pedig a somogyi parton.

A „László-Otthon” Cirkvenicán üdvös működést fejt ki. Magyar tengerparton nehéz alkalmas helyet találni, de az osztrák egyesület is soká keresett alkalmas helyet az istiai partokon, míg St.-Pelagiót megtalálták. Mi is iparkodunk tanulmányokat tenni és Korányi szerencsésen mutatott reá Cirkvenicára és reményli, hogy nem nemsokára nekünk is lesz magyar hospice-ünk.

## Néhány megjegyzés a balneo-hydrologia fejlődése és haladása felől a múlt évtizedben.

**Bosányi Béla:** Előadó kifejti, mily későn indult fejlődésnek a fürdőtan, egyrészt a vegyi ismeretek hiánya gátolta az ásványvizek helyes használatát, másrészt a vizgyógyászat sokszor volt túlzók kezeiben, kik visszaéltek a víz üdvös hatásával. Azon kivül a fürdők hosszú időn át, sőt részben még ma is inkább szolgálnak a szórakozásnak és fényűzésnek, míg a tulajdonképeni gyógyítás háttérbe szorul. Mindamellett újabb sokkal komolyabb irány kezd sok gyógyfürdőben érvényesülni, minek folytán az orvosok és betegek bizalma azok iránt fokozódik. A múlt évtizedben kifejtett tudományos munka inkább csak folytatását képezi a már régebben megkezdett kísérleti iránynak. Gyakorlati szempontból legnagyobb fontosságú a szivbetegségek balneologiaja; a vizgyógyászatban a túlságos hideg hőmérsék alkalmazása már nagyon visszaszorult és sok bántalomnál inkább a meleggel vegyest szeretik a hideget alkalmazni.

A kénés hévizek conservatív hatásának elbírálása sebészeti szempontból, különös tekintettel a felszívódás kérdésére.

**Rottenbiller Ödön:** Szerző a theiothermák élettani és pharmacodynamiás hatását vizsgálva, állatkísérletei alapján a felszívódás kérdésére is kiterjeszkedve oda nyilatkozik, hogy a kénés hévizek sem kén-hydrogen-, sem kénalkali-tartalmuknál fogva nem tartanak igényt külön balneológiai osztályozásra, s ha használatukra kielégítő gyógyeredmények bekövetkeznek, ez a theiopegák természettani tulajdonságaira vezethető vissza, vagy éppen a megfelelő fürdőhelyen divó tökéletes speciális szakavatott gyógykezelésre.

Szerző állatkísérletei alapján kiemeli a mesterségesen előállított csontgümőkóros folyamatot és jótékony befolyásolhatóságát a prolongált kénés fürdővízkezelés mellett. Miután controll állatai, a melyek csupán egyenlő hőfokú, 38—42° C. meleg vízbe kerültek, ilyen jó gyógyhajlamot nem mutattak, a jó gyógyeredményt a kénés vízzel előnyösen befolyásolható nyirkkeringésből származtatja.

Conservatív szempontból előnyösnek tartja a megváltozott nyirkkeringés illetően kihasználását a gümös és kankós ízületi betegségeknél s az erőművi betegségek után létrejött csontbántalmaknál.

Igen jó eredményeket látott főleg a későbbi sebészeti műtéti beavatkozás után a gümös csontfekélynél, de lágyrészek mindennemű gümös fekélyeinél is.

**A magyarországi fürdők látogatottságának kimutatása az 1902. évben.**  
(Hivatalos adatok alapján.)

**Bókay Árpád:** (Tárczarovatunkban egész terjedelemben közöltük.)  
Végül **Tauffer Vilmos** köszönetet mond az érdeklődésért és a congressust bezárja.

## Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi január hó 26-dikán az egyetemi I. számú sebészeti klinika tantermében tartott évről közgyűlés.)

Elnök: **Réczey Imre.** Jegyzők: **Haberern Pál, Dapsy Viktor.**

(Vége.)

Bemutatók.

1. **Ludvik Endre:** A sebészi casuistica köréből.
2. **Bakó Sándor:** Kömorzsolás esete nagy prostata-hypertrophia mellett.
3. **Bakó Sándor:** Húgyhólyagdaganat magas metszéssel műtett két esete.
4. **Bakó Sándor:** Prostatatúltengés, húgyrekedés, Bottini-műtét után a hólyag működésének helyreállása.
5. **Bakó Sándor:** Stricturea prostata-hypertrophia mellett.
6. **Fischer Aladár:** Nyelvaratrák operált esete.
7. **Fischer Aladár:** Jéjunostomia esete.
8. **Fischer Aladár:** Gastroenterostomiával combinált gastrostomia.
9. **Manninger Vilmos:** Hypernephroma esete.
10. **Manninger Vilmos:** Mammacysta operált esete.
11. **Seyfrid János:** Adatok az epehólyag sebészetéhez.
12. **Ilyés Géza:** Készítmények bemutatása.
13. **Ilyés Géza:** Röntgenképek bemutatása.
14. **Winternitz Arnold:** Thoracoplastica esete.
15. **Winternitz Arnold:** Invaginatio ileocecalis gyógyult esete.
16. **Alapy Henrik:** Gyökeres műtéttel gyógyított urachus-sipoly esete.
17. **Báron Jónás:** Pylorus-strictura miatt végzett gastroenteroanastomosis antica esete.
18. **Bányai Sándor:** Idegen testek.
19. **Zimmermann Károly:** Chronikus staphylococcus különös esete.
20. **Zimmermann Károly:** Mycosis fungoides két esete.
21. **Dapsy Viktor:** Pancreas izolált lött sebe.
22. **Dapsy Viktor:** Praeparatum bemutatása.
23. **Massanek Gábor:** Lymphomák kezelése jodoform-glycerin-injectiókkal.
24. **Dollinger Gyula:** A vakbélresectio két szakaszban.
25. **Dollinger Gyula:** Törött csontok véres úton való egyesítése Lambotte-féle csavaros sinnel.

Ezekben beszámoltam a szakosztálynak mult évi működéséről. A felsorolt adatok fényes tanúságai az előhaladásnak, s azt hiszem, feljogosítanak azon reményre, hogy tagtársaink jelen évben még fokozottabb buzgalommal fognak a szakosztály megerősítésén s tudományos fejlődésén munkálkodni.

Tisztelt Szakosztály!

Az 1902. évet 44 rendes és 1 rendkívüli taggal zártuk. Ezek közül az elmúlt 1903. évben 1 rendes tagot töröltünk (Szénásyt), a ki 1902-ben tévesen került a szakosztály tagjai közé. Az ily módon megmaradt 43 rendes és 1 rendkívüli, összesen 44 taghoz belépett 1903-ban 9 rendes és 5 rendkívüli tag, úgy hogy az 1903. év végén 52 rendes és 6 rendkívüli tagja, összesen 58 tagja volt szakosztályunknak. Tagdíjjal hátralékban volt az év kezdetén 1902-ről 5 tag, ezek közül hátralékot törlesztett 3 tag, 1 vidékre költözött tag még mindig hátralékban van, a tévedésből felvett tag tartozását pedig megsemmisítettük.

Az 1903. évről 1 tag maradt hátralékban.

Készpénz maradék volt 1902. december 31-dikén	180—	kor.
1903-ban befolyt hátralékos tagdíjból 3 tag után á 5 kor.	15—	"
1903-ban esedékes 57 tag után á 5 kor.	285—	"
Kamat	12-50	"
Összesen:	492-50	kor.

Ezzel szemben kiadásunk volt:

Nyomdai számlák 1902-ről	23-88	kor.
Nyomdai számlák 1903-ról	19-02	"
Jegyzőkönyvek másolásáért	97-80	"
10%-os pénzbeszedői jutalék 300 korona után	30—	"
Összesen:	170-70	kor.

Készpénzmaradék tehát 1903. december 31-dikén 321-80 "  
*Kertész József dr. e. i. pénztáros.*

Tisztelettel indítványozza Haberern, hogy a szakosztály tudományos ülései az ügyrend 14. szakaszában meghatározott időtől eltérőleg 1-ször nemcsak a téli hónapokban, hanem a kir. orvosegyesület szünetidejét kivéve egész éven át tartathassanak a felmerülő szükséghez képest.

2 szor csütörtöki vagy keddi napokon legyenek megtarthatók.

Az indítványt egyhangúlag elfogadják.

Elnök azon reményének adva kifejezést, hogy a szakosztály tagjai a jövőben is lankadatlanul fognak buzgólni a tudományos működés emelésén, az elnöki széket Dollinger Gyula helyettes elnöknek adja át.

A II. számú sebészeti klinikum bemutatása.

**Réczey Imre:** Leírja a II. sz. sebészeti klinikum, s különösen új palotája keletkezésének történetét, beosztását és berendezését, s bemutatja a tagoknak az épületet.

Elnök az ülést bezárja.

## Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága.

(1904. május 5-dikén tartott ülés.)

Elnök: **Korányi Frigyes,** majd **Irsai Arthur.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

Miliaris pharynx-tuberculosis esete.

**Hj. Elischer Gyula:** A tuberculosis-fertőzés kérdése újból napirenden van és a fertőzés módja, localisatioja és útjai körül a vitás kérdések egész sorozata merült fel és így jogosult minden oly körülménynek és adatnak felemlítése, a mely ezen kérdéseknek ha nem is végérvényes megoldásához, de azok mibenlétének ismeretéhez némiképen hozzájárulhat.

A jelen eset is, melynek kórboneczani és szövettani készítményét itt bemutatni szerencsése van, ha nem is sorozható a rendkívül ritka primaer garattuberculosisok közé, egyrésztől fellépése, klinikai lefolyása, másrésztől befolyása a fennálló tüdőfolyamatra számos oly sajátos tüntet fel, a melynek részletesebb tárgyalását figyelemre méltónak tartja.

Az 1903. november hó 5-dikén a klinikára felvett 18 éves nőbeteg kórtörténetéből a következőket óhajtaná kiemelni. Hereditás ki nem mutatható, jelen bajáig mindig egészséges volt. Jelen baja négy hét előtt keletkezett, midőn erős átfázás után jobb oldalában és jobb medencéjében fájdalmakat érzett, melyek a jobb alsó végtag mozgásakor fokozódtak. Ekkor egy hétig lázas is volt. A tüdő részéről ekkor tünetek nem voltak. Vizsgálat alkalmával a háti és ágyéki gerincoszlop jobbfelől elferdülése és teljes merevsége és a X—XI-dik hátsigolya érzékenysége található, a jobb medencére gyakorolt benyomásra ott fájdalom váltható ki. A jobb kulcsosont felett és a bal fossa suprascapularisban rövidebb kopogtatási hang nyerhető. A jobb kulcsosont felett hangos be-, kissé suhogó jellegű kilégzés, a bal kulcsosont felett kissé érdekes légzés, hátul a jobb tövis felett hangos megnyúlt belégzés és kissé érdekes kilégzés mellett néhány finom ropogás hallható. Egyebütt a tüdők felett normális kopogtatási és hallgatózási viszonyok nyerhetők. A köpet vizsgálata Koch-féle bacillusok jelenlétét mutatta. A betegnél klinikai tartózkodásának 15-dik napján lázak kíséretében angina catarrhalis lép fel, mely néhány nap alatt a szokásos kezelésre visszafejlődik. December 5-dikén, miután a beteg még állandóan lázas, follicularis tonsillitis lép fel a jobb tonsillán két gombostűfejnyi sárga folliculussal, mely 3 nap alatt teljesen visszafejlődik. A tüdőlelet e közben változást nem mutat. Ezen lefolyt tonsillitis után 12 nappal a beteg újból torokfájdalmáról panaszodik és arra figyelmeztet, hogy a bevett folyadékok orrán keresztül visszafolyanak.

Vizsgálatnál a bal facialis kisfokú paresise van jelen. A bal facialis kilépi helye felett a processus mastoideus előtt egy babnyi fájdalmas mirigy tapintható, ugyanilyen mirigyek találhatók a bal áll alatt és a bal cucullaris mellső széleinek lefutása mentén.

Mindkét tonsilla, különösen a bal, áttetsző, szürkés-fehér lepedékkel fedett, mely könnyen levonható. A bal arcus palatoglossuson több különálló, kölesnyi, szürkés-fehér, átlátszatlan göbese látható, hasonlóan elszórtan egy-két göbese látható a jobb arcus palatoglossuson is. A lepedékről vett váladékban és kaparékban göreső alatt nagyszámban láthatók strepto-, diplococcusok, de Löffler-féle vagy Koch-bacillusok nem találhattak. Itt akarja kiemelni, hogy ezen bacilláris lelet a lefolyás alatt igen sűrűn és gondosan végzett vizsgálatok alkalmával állandóan

változatlan maradt. Hasonlóan negatív eredményeket szolgáltatott a culturális vizsgálatok is.

Miután a lepedék és a nyaki mirigyek sajátossága miatt a diphtheria gyanújától eltérni nem tudtak, a beteget elkülönítve ápolták.

A következő napok alatt a göbéses alak mindinkább háttérbe szorul és a diffúz lepedék alakjában való megjelenés lép előtérbe oly annyira, hogy a bal arcus pharyngeusra és a laterális garatredőkre is áterjed. A folyamat csakhamar a hátsó garatfalra is áterjed, a garatívek mozgása korlátozott, beteg orrhangon beszél.

E közben betegnél állandóan magas lázak lépnek fel. Néhány nap múlva a garatívek lepedéke az uvula felett összefolyik, arra ráterjed és a betegség 12-dik napján a jobb tonsilláról a lepedék letisztul és ott vérzékeny szabad tonsilláris szövet látható. Ezután a garat állapota 9 napig változást nem mutat, ekkor a jobb tonsillán egy erősen vérzékeny kraterszerű fekély fejlődik, ugyanekkor a jobb laterális redőn néhány gombostüfejni, sárgás udvartól körülvett anyaghiány látható. A hátsó garatfal egészében lepedékekkel bevont igen felülnő körülmény volt, hogy míg bejövételkor az apicális folyamatnak csak igen csekély jelei állottak fenn, a garatbeli elváltozás felléptével és előhaladásával a tüdőben igen jelentékeny elváltozások mutatkoznak; mindkét tüdő felső lebenyének rohamosan beálló beszűródése az erőbeli állapot gyors hanyatlásával s az exitus a garatbeli bántalom felléptének 31-dik napján beállt.

Sectionál a tüdőben disseminált miliaris tuberculosis, bronchitis és peribronchitis caseosa volt. A nyakmirigyekben sajtos göbcsék és szétetések. A XII-dik hátsóigolyában spondylitis caseosa és abscessus frigidus. A cocumban és ileumban sok tuberculosus fekély.

A garat nyálkahártyája valóságilag egyetlen nagy fekélylyé alakult át, melynek felső határa magasan az orrgaratírbé terjed, alsó része pedig a sinus piriformis alsó végéig, vagyis a valódi hangszalagok magasságáig terjed, magát a garatot henger módjára fogja körül. E fekélyesedés előfelé az arcus palatoglossus mellől széléig, a nyelv gyökéig és a lágyszájpadnak az uvula elé eső részéig terjed s így mindkét tonsilla is a fekély területébe esik. A fekély alapja szürkés rózsaszínű, felszántott, helyenként gombostüfejni, szürke, részben átlátszatlan göbcsékek behintett részei főleg a garat alsó részén kimartak, alvájítak, öblözetesek és az oesophagus felé a fekély szomszédságában számos kendermag-lencsényi, kerek vagy szabálytalan alakú, alvájít szélű fekély található. A kissé merev megvastagodott epiglottis külső felére baloldalt a fekély jelentékeny terjedelemben ráterjed.

A nyelv alatti és nyaki mirigyek megnagyobbodottak, metszlapjukon nagyszámú részben conglomerált, szürke göbcsék, sajtos góczok, sajtosan szétetesű üregek. A kissé nagyobb peritracheális és peribronchiális mirigyek göbcsékeit vagy sajtos góczokat nem tartalmaznak.

A beállított görsővi készítmény a nyálkahártyából vett részlete a fekélynek, a hol a nyálkahártya helyének megfelelőleg diffúz, egyrészt epitheloidsejtekből álló, jelentékeny mértékben gömbsejtekkel infiltrált szövet látható. Egyes területeken nagyfokú hyalin rostszövetképződés. Egyes epitheloidsejtekből álló sarjadzások körülírt kisebb területeken gümők módjára elszórva a submucosában láthatók, mindentűnt gümöses zónával környezve. E csoportok némelyikében az elhalás kezdődő nyomai constatalhatók magzétetés alakjában, azonban sem kifejezett elhalás, sem óriássejtképződés ki nem mutatható, úgy hogy a szövettani képből a tuberculosis diagnózisát felállítani nem lehetne. Úgy a különálló gümöszerű képletekben, mint a diffúz sarjszövetben a specifikus festéssel elszórva egyes számmal az epitheloidsejtek között pirosra festett tuberculosis-bacillusok. A mirigyből vett metszeten a nyirkszövet már fel nem ismerhető, a szövet részint körülírt, részint diffúz sarjszövettel telt, a mely egyrészt epitheloidsejtekből áll, melyekben helyenként tipikus Langhans-féle óriássejtek láthatók. A szövet nagy része elhalt, az elhalt területek részben hyalin degenerációt szenvedtek.

Azok a kérdések, melyek a bemutatott eset viszonyainak tárgyalásánál felmerülnek, első sorban a pharynx-tuberculosis klinikai megjelenésére vonatkoznak.

Mint ismeretes, a pharynx-tuberculosis általános megjelenési alakja göbcsés, a mely, főként ha a szervezetben egyebütt tuberculosus elváltozások vannak, a kórisme iránt kétséget nem hagy hátra. Jelen esetben azonban a jobb tonsillán kifejezett lepedék lépett fel, a mely körül ha mutatkoztak is az első napon hyalinszerű göbcsék, ezek csakhamar diffúz lepedékké confláltak; az ilyen alak mindenesetre a ritkábban észlelhetők közé sorozható és ezeknek ismerete annál is fontosabb, mivel egyéb a garatban lokalizálódott infiltrációs folyamatokra alkalmat adhat, mint jelen esetben is kezdetben a diphtheriás elváltozás valószínűsége volt előtérben.

A második körülmény, melyre bátor volna a figyelmet felhívni, a bakteriologiai vizsgálat eredménye. Úgy a lepedékről, mint a később fejlődött fekélyből származó készítményekben Koch-féle bacillus a leggondosabb vizsgálat mellett sem volt található, tisztán csak strepto- és diplococcusok voltak találhatóak, megjegyezve, hogy diphtheriára végzett vizsgálatok teljesen negatívek voltak, mindenesetre egy igen sajátos jelenség, a melyhez hasonlóval az irodalomban ritkán találkozunk, hogy tuberculosus eredetű fekélyes folyamatoknál a bacillus kimutatása nem sikerül. Míg a nagyszámú strepto- és diplococcusok egybevetve a klinikai képpel oda látszanak utalni, hogy ez esetben a lepedékes alak létrejötte nem annyira magának a Koch-féle bacillusoknak, mint inkább a vegyes fertőzésnek tudandó be.

A legfontosabb kérdés pedig a pharynx-infectió létrejövési módja, illetve útja. Több módozat merül fel. A primaer pharynx-tuberculosisoknak túlnyomóan legnagyobb része a haematogen infectio útján jön létre. Jelen esetben is, dacára, hogy a pharynx-tuberculosis nem elsődleges megnyilvánulása a tuberculosis-fertőzésnek, több körülmény enged arra

következtetni, hogy a fertőzés haematogen úton jött létre. Tudniillik nincsen meg a teljes continuitás a tüdő- és a pharynx-tuberculosis között, épen a secundaer elváltozások oly kedvező helye, a gége, ez esetben minden elváltozástól ment volt; az a körülmény is, hogy súlyos tüdőbeli elváltozásoknál, midőn a bacillusok nagy tömegben ürülnek ki, gyakran találjuk a gége elváltozásait, melylyel szemben ritkán észlelhető a pharynx-tuberculosis, már pedig az ily esetekben minden körülmény kedvezni látszik a tuberculosis garatbeli localisatiojának; nem zárkozhatsz el teljesen, hogy a fennálló spondylitis és praevertebralis tályog szintén szerepelhetett a haematogen fertőzésben, úgy hogy teljes jogosultsággal a haematogen fertőzés mellett foglalhatnánk állást, ha egy körülmény némiképen ezen felvétel valószínűsége ellen nem szólna, t. i. hogy a betegnél egy angina és tonsillitis follicularis ment előre, a melynek folyamán a tonsillán anyaghiányok jöttek létre, a melyek mindenesetre a Koch-féle bacillusok megbetegedését nagyban elősegítik. Érdekes körülmény továbbá, hogy a pharynx-tuberculosis fellépte után a tüdőfolyamat rohamosan haladt előre, s mint a sectio kimutatta, bronchitis et peribronchitis caseosa alakjában, kétségtelen bizonyítékul annak, hogy a pharynxból a légutakba jutó fertőző csírok hatottak közre a folyamat gyors progressiójára.

(Vége következik.)

## Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folyt.)

A vesék gümös megbetegedéseire vonatkozólag az újabb vizsgálatokból és a sebészeti gyógyítás eredményeiből az általános orvosi gyakorlatra különösen két pont érdemel kiváló figyelmet. Az egyik, hogy a húgyszervek gümös betegségénél legtöbbször a vese haematogen megbetegedése az első, tehát a gümösödés leszálló és nem felszáló folyamat. Más szóval, hogy a szervezetben az eredeti tüdő, nyirkmirigy stb. gümösödés meggyógyulhatott, de haematogen úton inficiálódott az egyik vese, s egyelőre csak ennek gümös betegsége áll fenn. A másik pont, hogy a vese és vesemedenceze betegségei, így kiválóan gümösödése is, a cystitis subjectiv tüneteit okozhatják, fájdalmas és gyakori vizelési inger a hólyag megbetegedése nélkül is. Ezen esetek a hólyag helyi kezelésére nemcsak nem javulnak, de sőt rosszabbodnak, s ilyenemű kezelés a másodlagos infectio okozója lehet.

A vesetuberculosis objectiv és subjectiv tünetesoportja igen különböző, úgy hogy egyszer a diagnózis nagyon könnyű, másszor biztosan meg sem állapítható. Gümös vesét találunk néha az autopsiánál, hol az életben nem volt semmi tünet. Másszor csekély elváltozás nagy fájdalmakat, jelentékeny vérzést okoz. Néha a gümösbacillus a tiszta vizeletből is kitenyészthető, vagy oltható, míg máskor bőséges genyes üledék mellett sem találjuk meg. A vizelet lehet váltakozva tiszta és zavaros. A complicatiók és másodlagos elváltozások még változatosabbá teszik a képet. Általán a gyakori inger, fájdalmak, savanyú vizelet, genyes törmelék, véres csíkok felkeltik a gyanút s a gümösbacillus kimutatása teszi bizonyossá a diagnózist. A lokalizálást a cystoscopia és ureter catheterismus útján tehetjük, de a nehézségek itt is nagyon különbözők. Míg az első esetben biztos diagnózissal fogott előadó a műtéthez, a másodikkál a tuberculosis gyanúja mellett másnemű vesegenyedés lehetősége is fenforgott.

A vesetuberculosisnál a belső *therapiát* illeti az elsőség mindaddig, míg kilátást nyújthat az eredményre, mert kétségtelen esetek bizonyítják úgy a vese, mint a hólyagtuberculosis spontán gyógyulásának lehetőségét. Sajnos ezen a téren úgy a hygenés-dietetikus eljárások, mint a gyógyszeres kezelés (tuberculin-, kreosot-készítmények, ichthyol stb.) eredményei nincsenek eléggé tanulmányozva. Ha belső kezelésünk eredménytelen, egyoldali betegségnél szép és gyakran állandó eredményeket ad a radikális sebészeti gyógyítás, mint ezt 8-10 éves gyógyulások (Schede, Israel) stb. bizonyítják. A conservatív vesesebészet a gümösbetegségnél nem sok sikerrel kecsegtet, bár végleges ítéletet ma még nem mondhatunk. Eseteink közül az elsőben a vese eltávolítása után a testsúly 11 kg.-mal szaporodott, a fájdalmak megszűntek, a vizelet tisztult, a vizelés gyakorisága jelentékenyen csökkent, úgy hogy idővel a teljes gyógyulásra lehet remény. A tapasztalás ugyanis megmutatta, hogy hasonló esetekben évek múlva a hólyagtuberculosis gyógyulhat. A második esetben sem az eredmény, sem a kilátások nem ily kedvezők. Itt a betegség 14 hónappal a műtét előtt kezdődött, a gümös fertőzéshez pyogen infectio társult, a beteg rendkívül leromlott volt, testsúlya 26 kgm.-ot fogyott, cocainismusba, majd morphinismusba esett. A műtét után a súlyszaporodás itt is 6 kgm., fennjár, a cocainról és morphiurmól leszokott, a vizelés kevésbé gyakori, fájdalmak ritkán mutatkoznak. De gyanusak az időnként jelentkező apró hőemelkedések, melyek származhatnak ugyan a kétségtelenül fennállott pyogen infectioból is, de nem zárható ki azok gümös eredete sem. Bárhogy fordul a dolog, kétségtelen, hogy a műtét erős javulást okozott.

Vékonybél fibromyoma által előidézett intussusceptio.

Herczel Manó: U. D., 43 éves, árús neje. Jelen bajáig mindig egészséges volt, 7 partus, utolsó 11 hónap előtt. 5 hó előtt (903. VIII.) hirtelen fájdalmat keletkeztek hasában, melyek azóta mindig gyakrabban, utóbbi időben 1/2 óránként lépnek fel; a görcsök hevesek, de csak néhány pillanatig tartanak, a göres végéig korgás jelzi. Ezen idő óta

székrekedésben is szenved; csak híg széke van, szelei nem mennek. Bajának kezdete óta rohamosan soványodott.

**Felvételek** (1903. decz. 19.) az erősen lesoványodott nőbeteg mellkasi szervei éppek. A has mérsékeltlen elődomborodó különösen a köldök alatt, a hol kifejezett lence-anást lehet előidézni; ugyanitt koronként, a miközben a beteg subjectív fájdalmakat érez, egy kb. karvastagságú kemény, bengerded tapintatású válik tapinthatóvá a bal mesogastriumban, mely hangos korgás kíséretében kb. 1/2 percnyi idő alatt eltűnik, a midőn a fájdalom is megszűnik. A bal csípőtányér táján a hasban egy kötegszerű resistencia is érezhető. Máj, lép nem tapinthatók; kopogtatási viszonyok normálisak. Vizeletben idegen alkatrész nem mutatható ki.

Ezen tünetek alapján bélstenosizisra kellett gondolnunk s tekintettel ennek hitelen keletkezésére, intussusceptiót véltünk felvehetni, azonban figyelembe véve a beteg korát is, a béldaganatot sem zárhattuk ki. **Műtét** (decz. 23.) chlorof.-narcosisban. Laparotomia a közép-vonalban a köldök alatt; rendkívül tág vékonybélkaesok esnek elő, melyeket követve az akadály helyéhez jutunk, melyen túl a vékonybél lumene hirtelen sokkal kisebb kaliberű lesz. Az akadályt egy 10 cm. hosszú intussusceptio ileo-ileae képezi, mely könnyen széthúzható; az intussusceptum csúcsán azonban egy kis almányi daganat van, mely a bél lumenét majdnem teljesen kitölti s relative vékony kocsányon, a bélfal mesenterialis szélén ül. Ezen daganatnak megfelelően a mesenterium is behúzódik az intussusceptiós felé s itt kis darabon az intussusceptum és intussusceptiós egymás felé néző serosafületei összenöttek. A belet a daganat felett 5 cm. hosszúságban a bél hossz tengelye irányában megnyitván, a daganatot előhúzzuk, levágjuk (miközben a serosaburok egy helyen megnyílik) s gyökének ágát 7 átöltő és 6 Lambert-varrattal átvarjuk. A belen ejtett nyílást ismét kétrétegű csomós varrattal elzárjuk. A mesenteriumban kb. m. gyoronyi haematoma képződött, melyet az ép szomszédsággal befedünk. A vékonybélnek a varratok körüli része kissé anaemikus. Toilette; kétrétegű hasfalvarrat.

A kiirtott daganat 5×6×4 cm.-nyi, egyenlőtlenül dudoros, szürkés-vöröses színű, metszlapja szürkés-sárgás, női hajszálszerűen rostozott; állománya merev. Kocsánya 1×1 cm. terjedelmű, benne a bél mindhárom rétege résztvesz. A Generisich tanár intézetében végzett szövettani vizsgálat szerint a daganat *fibromyoma*.

A *lefolyást* kezdetben csak egy kis brochopneumonia zavarta, különben ideálisnak mondható: harmadnap szék, szelek mennek, a bélzavarok teljesen eltűntek, hasseb per primam gyógyult. Beteg jelenleg igen jól érzi magát, fájdalmai megszűntek, széke rendes, 5 kilót hizott.

#### Aneurysma art. coronariae ventriculi sinistrae.

**Herczel Manó:** A hasi aorta ágainak aneurysmái rendkívül ritkák. Schrötter 19,300 nekroszkopia között csak 7 esetet talált, melyek közül egy sem indult ki a gyomor koszorús útereiből. Csak elvétve találunk a bemutatandó (sethez hasonló) az irodalomban.

Fr. Mórnyó, 32 éves, szíjgyártó neje. Jelen bajáig egészséges volt; traumát, fertőző bántalmat, rheumát, alkoholismust, lüest tagad. 6 partus, 1 abortus. Havi baja mindig rendszeren volt 15 éves kora óta.

Jelen baja 6 év előtt kezdődött, azóta főleg éjjelenként gyakran van hányinger; 2-3 hetenként, néha azonban egy héten többször is jelentkezik a hányás. Ha többet dolgozik sokat mozog, sok vizet, kenyeret eszik a hányás gyakoribb. Ételt csak ritkán hány, többnyire zöldes vizet, néha épéset is; ha reggel hány, akkor is olyan zöldes hab a hányadék, de ilyenkor étel soha sincs benne. A hányás alatt a gyomorgödörben, hátgerinczében és mellcsontjában nagy fájdalmakat érez; egyébként fájdalmai nincsenek. Kávéaljszerű, vagy véres hányadéka sohasem volt. Ezen állapot változatlanul tart 6 év óta s ezen idő alatt igen lesoványodott. A daganatot a hasában nem vette észre, arra csak itt a kórházban figyelmeztették.

**Felvételek** (903 II. 17.) a meglehetősen sovány nőbeteg arcszínje elég jó, nyákártyái középértartalmúak; pupillák középtágak, fényre s alkalmazkodásra jól reagálnak; patelláris reflex j. o. normális, b. o. fokozott. Nyelv bevont, nedves; tüdők felett kóros elváltozás nincs; szívtempulát normális, systolikus zöreje a csúcsán, szívhangok kellően ékeltek. Az epigastriumban gondos odafigyelésnél, különösen ha a bőrt megfeszítjük, erős pulsiót látunk; tapintásnál e helyen egy kis almányi, élesen elhatárolt, alig mozgatható, közvetlenül a gerincoszlop fekvő, erősen pulzáló terimenagyobbodást érzünk, mely feszesen rugalmas tapintatú, sima felszínű, felette minden systolenál erősödő, diastole alatt gyengülő érdes zöreje hallható.

Gyomorfelfúvásnál ezen daganat eltűnik; a gyomor alsó határa ekkor a köldök magasságában van. Próbaregeli után egy órával a gyomorból csak kevés nyákot, ételrészeket nem tartalmazó hyperacid váladékot kapunk, melyben szabad sósav van.

A hasban egyéb resistencia nem tapintható, a kop. hang rendes, máj- és léptempulát megnagyobbodva nincsenek.

Vizeletben idegen alkatrészek nincsenek. **Körismének** a jelen esetben egy a gyomor curvatura minorán ülő tumor, mely az aorta pulsatióját igen jól közvetíti és egy aneurysma között ingadozott, mely aneurysma a gerincoszlop mellett az ar. coeliacában vagy annak egyik ágán foglal helyet.

**Műtét** 1903. II. 19-dikén chlorof. narcosisban.

Laparotomia a közép-vonalban a proc. xiphoidestól a köldökig. A daganatot egy a gyomor kis curvaturáján ülő, a hátsó gyomorfalon mélyebbre terjedő, egyenlőtlen dudoros felszínű pulzáló terimenagyobbodás képezi, mely a fali coronariának a gyomorra való áthajlási helyén kezdődik s a curvatura minor 2/3-át foglalja el. Az aneurysmát tehát a *coronaria sinistra* képezi, mely útvetet a falx coronariában hollóttolnyi pulzáló köteg alakjában lehet tapintani. Ezen köteg lenyomásakor a

pulsatio rögtön megszűnik. A pylorus teljesen ép. A curvatura majoron a venák 3 kisujnyi vastag törzsből álló plexust képeznek. A gyomor teriméje kb. normális.

E lelet után, mivel az aneurysma kiirtása csakis a gyomor nagy részének együttes kiirtásával lett volna kivihető, ily nagy beavatkozásra azonban nem éreztük magunkat a beteg relative jó állapota mellett feljogosítva, a hasfalat átöltő varratokkal egyesítjük. A hasi seb gyógyulása ideális s a beteg teljesen consolidált heggel 1903. márczius 8-dikán hagyta el a kórházat. Most, majd egy év múlva, újra jelentkezett; hányásai 2-3 naponként újra megjelennek, azonban közérzete elég jó.

A physikális lelet annyiban mutat változást, hogy a beteg lépe jelentékenyen megnagyobbodott; éles, kemény széle 3 ujjal tapintható a bordái alatt s templata a VIII. bordán kezdődően, a tapintott határig terjed s a mammillaris és hátsó hónaljvonalak közt foglal helyet.

(Vége következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A szabadkai m. kir. állami gyermekmenhelyen rendszeresített másod-orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állással 1200 k. évi fizetés, bútorozott lakás, fűtés, világítás és első-osztályú élelmezés van egybekötve.

Felhívom azon nőten orvostudorokat, kik az állás elnyeréséért pályázni óhajtanak, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrhoz czímtett, egyetemes orvosdektori oklevelük másolatával és esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonyítványukkal felszerelt kérvényeiket f. évi június hó 7-dikéig a fent nevezett intézet igazgatóságához adják be.

S z a b a d k a, 1904. évi május hó 24-dikén.

György Gábor dr., igazgató főorvos.

6925 sz. 1904.

A Borsodvármegye tulajdonát képező miskolczi „Erzsébet“-közkórházban lemondás folytán két segédorvosi állás megüresedett.

Ezen megüresült, s főispáni kinevezés útján betöltendő évi 800-800 korona készpénzzel, valamint teljes ellátással (mindkét állás részére kórházban szabad lakás, fűtés, világítás, kiszolgálás és ellátás) javadalmazott segédorvosi állásokra ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezések időtartama három évre terjed, mely időtartam azonban újabb három évi időtartamra meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-a, valamint 9. §-ának II. részében előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, s a V. Ü. Sz. 4. §-ának megfelelőleg, Borsodvármegye főispánjához czímtett kérvényüket hozzám f. évi június hó 25-dikének d. e. 12 órájáig érkezve is inkább adják be, mivel az elkészen érkezett kérvények figyelembe vételét nem fognak.

M i s k o l c z, 1904. évi május hó 21-dikén.

Alispán helyett: Vadnay Tibor dr., vármegyei főjegyző.

1137/904. sz.

Kisküüllővármegyében fekvő Bolkács nagyközségi orvosi állása, községi orvosnak járásorvossá történt kinevezése folytán üresedésbe jöven, ennek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás a vármegyei keblí pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1200 korona törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmind nyugdíj jogosultsággal is egybekötve.

2. A községi orvos a községi betegek gyógykezeléséért a községi pénztárból 200 korona tiszteletdíjat élvez, műtétek pedig az egyesek által megállapodás szerinti díjaztatnak.

3. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és 4 hosszú öl tűzfűtést szolgáltat.

4. Köteles a községi orvos fentebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesíteni, a hűsvágást ellenőrizni.

5. Az 1414 lelket számláló községben gyógyszerész nem lévén, az eddigi orvos kézi gyógyszerész tartásának jogosultságával bírt, a mit a megválasztandó orvos is elnyerhet.

6. A megválasztandó kórorvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott hét szomszéd község kezeléséért hasonlóan a vármegyei keblí pénztárból havi részletekben fizetendő 600 korona tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvezi.

A választást f. évi június hó 24-dikén délután 3 órára Bolkács község irodájába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvény-szerűen felszerelt kérvényüket június hó 23-dikéig bezárólag adják be.

H o s s z ú a s z ó, 1904. évi május hó 21-dikén.

3-1

Gyárfás Károly, fősolgabíró.

#### Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
máj. 31.	körorv.	Székelykoesárd	1000 korona, gyógytár	Mészáros István főszb. Felvincz
" 31.	gyári, pénzt. o.	Nagy-Boesko	1600 k., 500 k. lakb.	„Klotild“ vegyipar r.-t. N.-Boesko.
jun. 2.	közs. o.	Berzence	1200 k., 100 k. fuvar	Kacsokovics Lajos fősolgabíró Csurgó
" 3.	közs. o.	Sikló	1600 korona	Mladin Miklós főszbíró Elek
" 10.	körorv.	Kuczora	1000 korona, gyógytár	Széchényi Gyula fősolgabíró Kula
" 10.	tiszti fő.	Korpona	1500 k., 225 k. lakbér	Czobor László alispán Ipolyság
" 11.	téb. s. o.	Budapest-Lipótmész	1200 k., élelm., lakás	Bolyó, ig. belügymin. hez czimezve
" 11.	körorv.	Ráczpetre	1200 k., fuvar ingyen	Waniss Sándor főszb.

Lejárát	Allás	Hely	Fizetés	Czím
jun. 12.	körorv.	Krassó	1200 korona	Csaba fszb. Szatmárnémeti
" 14.	kórh. alo.	N.-Beeskerek	1000 k., lak., élelm.	Jankó alispán
" 18.	körorv.	Szepsi (Abauj)	1400 k., 400 k. fuvar	Géczy Gy. főbíró Szepsi
" 20.	kórh. s. o.	Esztergom	1000 k., telj. ellát., sz. lak., fűt., vil., kiszolg.	Esztergom vármegye alispáni hivatala
jul. 1.	kórh. s. o.	Beregszász	1400 k., szab. praxis	Jobsty Gyula alispán
" 1.	iskola o.	Nagy-Körös	400 korona	Filó Lajos ev. ref. lelkész Szatmárnémeti

**HIRDETÉSEK.**

**A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás**



**Salvator** kitűnő sikerrel használtatik vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eperjesen.



**Dr. WEISZ EDE PÓSTYÉNI INTÉZETE**

Medicomechanikai (Zander és Herz) osztály. Modern könyvtár. Vizszaki és Villamos vizsgálatok.

Szombat 10 és 12 óráig tartó fogadás. Minden hétfő délután kórházszolgálat. Dr. WEISZ EDE.



A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőcsői és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUMBAN**

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

**Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.**

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

**Pünkösdre megnyitott a nagy Iszapfürdő a budai Szt.-Lukácsfürdőben a nyári idényre.**

A nagy iszapfürdőben van az 520 m<sup>2</sup> nagyságú természetes forró meleg kénes forrástó, melyben a természetes forró ásvány-gyógyvízforrások oly mennyiségben fakadnak és buzógnak az iszapos talajból, hogy az iszaptó természetes ásványvíz tartalmát naponként négyszer teljesen megújítják. Átlagos természetes hőfok 40° C. Külön iszapfürdők, pihenőtermek, iszapborogatások, tagfürdők, orvosi massage. Csúz, köszvény, ideg- és bőrbajok gyors és biztos gyógyítása.

**Az ásványos gyógyvíz-uszodák**

szintén a nyári idényre megnyitottak. Külön uszoda urak és külön uszoda hölgyek részére, kapcsolatban vizgyógyintézetekkel és napfürdővel. Az uszodák a természetes ásványos gyógyvízzel naponként újra megtöltetnek. Nagy vízesések. Állandó hőfok 24° C. Kitűnő hatású anaemia, sápkór és idegesség ellen.

**Szt.-Lukácsfürdő Budán.**

**CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.**

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízü gyógyfürdő, páratlan gozfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés. Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

**Zabl. ferri pepton. cum arseno sec „Bleyer“**

(0.10 ferri pept., 0.0001 Na arsen.)

Az I. számú belgyógyászati klinikán volt tudományos kísérlet tárgya, ezen kiváló hatású készítmény kitűnő sikerrel adagolható vészegénység és sápkór, vérvesszeség utáni gyengeségnél, a különböző chron. betegségek (bc. laes stb.) után fellépő másod. vészegénységnél. Adagolás: 6-10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 2 korona 40 fillér.

**Zabl. ferri pepton. bromati sec „Bleyer“**

(Tart. 0.10 vas pept. 0.25 Natr. brom.)

Az I. számú belgyógyászati klinikán végzett kísérletek szerint szintén kiváló hatású készítmény vészegénységgel párosult idegesség, álmatlanság, ideges emésztési zavarok, Basedow-kór, hystéria stb. ellen. Adagolás: 6-10 drb. naponta orvosi előírás szerint. Egy doboz ára 3 ko. onn.

Mindkét készítmény a vasat főlég emésztett állapotban tartalmazza és így oly esetekben is adagolható, midőn más vaskészítmények a csökkent gyomor-emésztés folytán nem türetnék.

Az orvos uraknak kívánatra minta és irodalom áll rendelkezésre.

**Kapható a gyógytárakban és a készítőnél**

**Bleyer Károly „Kunnia“-gyógyosztára**

Budapest, VII., Erzsébet-körút 56.

**Rohitsch-Sauerbrunn**

Steiermark.

Vasút, posta és távirtda. Prospektus ingyen.

Gyönyörű fekvés, élelndús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stíben. Hidegvíz-kúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus kamrák, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközti székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok és légeső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóan Karlsbad és Marienbadhoz.

**RETORTEN-**



**NAFALAN** „Retorta“-jegy

kipróbált és bevált újabb gyógy-, higienikus és kosmetikus szer. Természetes termék. Könnyen eldörzsölhető, állati és növényi zsiroktól ment, szilárd töménységű; magas olvadási ponttal bír; csirmentes és korlátlan ideig eltartható.

**Nafalan [Retorta-jegy] fájdalomcsillapító, lobellenes, reducáló, sedatív, resorbens, gyógytő, szagtalanító, antiseptikus és antiparasitaer hatással bír.**

**Nafalan [Retorta-jegy] bevált a következő bántalmaknál: égések és fagyások, sebek, fekélyek, tályogok, decubitus, alszárfekély, zúzódások, rándulások, flezamok, lobok, epididymitis, aranyér, köt-szöveti lobok, izom és ízületi esúz, bőrbajok, izzagok, herpes, bőrlöbök, prurigo, pruritus, scabies, pityriasis, orbáncz, hyperidrosisok, női bajok eseteiben, a gyermek- és szemorvosi gyakorlatban stb.**

**Tessék a Nafalan névre, a címke zöld keresztjére és Dr. Adolf List névalírására figyelni.**

**Orvosilag melegen ajánlott Nafalan-különlegességek (Retorta-jegy):**

**Házi Nafalan [Zinknafalan] [Retorta-jegy]** a tiszta Nafalan enyhe, teljesen izgalommentes keveréke, oly esetek részére, hol ezt a bőr izgékonyága vagy egyéb tulajdonsága magában még nem türi.

**Nafalan-hintőpor [Retorta-jegy]** gyógy-higienikus, aseptikus hintőpor, a Nafalan alkalmazását az előnyös hintőporalokban lehetővé teszi a hintőpor-kezelést igénylő esetekben, [Gyermek- és betegápolás.]

**Nafalan-gyógyzappan [Retorta-jegy]** a Nafalan-zappan-kezelést teszi lehetővé.

**Kiadós és olcsó! Minta és irodalom ingyen! Pénztári rendelésre alkalmas!**

**Csak a „Retorta“-jeggyel valódi és tiszta!**

Nafalan-Gesellschaft G. m. b. H. zu Magdeburg.