

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLÓGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donath Gyula: Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából. A peripher arczbénulásoknál mutatózó érzészavarok. 778. lap.
Dalmady Zoltán: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A vizelet katalasatartalma s a katalase-vizsgálatok klinikai értéke. 779. lap.
Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórböncz-tani intézetéből. (Igazgató: Genssich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiológiájára és klinikai lefolyására. 780. lap.
Tárca. Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 783. lap.
Irodalom-szemle. Könyvmertetés. R. Sabouraud: Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale. (Guszmán.) 785. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Vassale: A mellékpajzsmirigy és az eklampsia. (Madzsar József.) — Idegkórtan. O. Leers: A traumás neurosisokról. (Kollarits Jenő.) — Blum: Agydaganatban álmok. (Kollarits Jenő.) — Belgyógyászat. Noorden és Schliep: A köszvény diéta kezelésében követendő individualizálásról. (Halász Aladár.) — Bing: Nephritis achlorica vicariáló gymornedv-hypersecretioval. (Halász Aladár.) — Salge: Vörhenyben szenvedő anya szoptathatja-e gyermekét? — Sebészet. Creite: Himvesszőrök esete. (Steiner Pál.) — Fraenkel: Makacs traumatikus epilepsia tartós gyógyulása. (Pólya.) — Iens: A nyaki mirigyek tuberculosisanak kiinduló pontja. (Pólya.) — Holdich Leicester: Puerperalis infectio okozta léptályog. (Pólya.)

— Riedel: 357 epityphlitis-műtét. (Pólya.) — MacLeod: Idegen testek a gyomorban. (Pólya.) — Fichtner: Az úgynevezett „Holzphlegmone“ könnyebb alakjai. (Gergő.) — Walther: Myelomeningitis a gerinczvelő cocainnal történt érzéstelenítése után. — Húgyszervi betegségek. Moszkovics és Stegmann: A prostata-hypertrophiának Röntgen-sugarakkal való kezelése. (Drucker Viktor.) — Falkner: Prostatitis posttyphosa chronica. (Drucker Viktor.) — Lanz: Ektopikus here. (Drucker Viktor.) — Grosse: A nemi betegségek elhárítása. (Drucker Viktor.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rosenberg: Formamint-tabletták. — Brindel: Epididymitis gonorrhoeica. — Pautz: Erysipelas. — Fürth: Chininum lygosinatum. — Magyar orvosi irodalom. 785-789. lap.

Figyelmeztetés a Magyar Orvosi Könyvkiadó-társulat tagjaihoz. 789. lap.
A budapesti kir. orvosegyesület pályázati hirdetései. 789. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Stein Fülöp. — Kinevezés. — Választás. — Sugár K. Márton. — Az országos közegészségügyi tanács új tagjai. — Követésre méltó példa. — Lakásváltoztatás. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — A lisaboni nemzetközi orvos-congressus. — Az álmok új magyarázata. — Amerika a cigarettázás ellen. — Megjelent. — A fővárosi egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

Mellékletek. Leitner Vilmos: A „Szemészet“ név- és tárgymutatója 1867-1904. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning „Trigemin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából.

A peripher arczbénulásoknál mutatózó érzészavarok.

Irtá: Donath Gyula dr. magántanár, az idegosztály vezető orvosa.¹

A peripher és különösen a meghűléses (refrigeratorius) facialisbénulásokkal járó *fájdalmakra*, mint a bénulás egyik tünetére, aránylag már régóta reáterelődött a bűvárok figyelme. *Lomballe, Webber, Grasset, Dieulafoy, Hoffmann, Lannois, Testaz* foglalkoztak ezzel behatóbban. A bőrnek kevésbé feltűnő *sensibilitás-zavarait* *Erb, Gowers, Bernhardt*, de főleg *Frankl-Hochwart*, valamint *Hatschek* csak később ismertették. Ezek közül főleg *Gowers*² észleleteit hangsúlyoznám, a ki facialisbénulás több esetében a kagyló előtti és mögötti tájat anaesthetikusnak találta, mely bőrterületet egy a facialisból ennek kilépési helyén eredő ideg látja el és a mely szerinte a trigeminusból veszi eredetét. A fültájék különösen kedvencz helye a facialisbénulásnál olykor fellépő *fájdalmaknak*. *Frankl-Hochwart*³ a tapintás-, hő- és fájdalomérzés csökkenését észlelte az egész arczfélén, e csökkenés azonban — egy súlyos, huzamosabb idejű bénulást kivéve — csak rövid időtartamú volt. Ezen sensibilitás-csökkenések körülbelül 50%-át tették az ő, valamint tanítványa, *Hatschek* eseteinek. *Adler*⁴ 2 esetét látta a rheumás facialisbénulásnak, a hol

¹ Előadta a magyar orvosok és természetvizsgálók szegedi vándorgyűlésén 1905. augusztus 29.-én.

² Handb. der Nervenkrankh. Deutsche Ausgabe von K. Grube. II. köt., 233. old.

³ L. v. Frankl-Hochwart: Über sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. Neurol. Centralblatt, 1891. 290. old.

⁴ Adler: Über Sensibilitätsstörungen bei rheumatischer Facialislähmung. Allg. med. Centralbl. 1898. 22. sz.

a megbetegedett oldal füle mögött localizálódtak a *fájdalmak*, melyek már az arczbénulás beállta előtt mutatózóztak volt és egy bizonyos ideig fennállottak. Mindkét esetben ezenkívül a nyelv elülső két harmadának izérzészavarai mellett sensibilitási zavarok is voltak jelen a nyelvháton, megfelelően a bénült arczfélnek — a mint azt annak előtte már *Bernhardt* ismertette —, valamint a megfelelő alsó, illetve felső ajakfélen is. *Mazurkilwier*¹ is hypaesthetikusnak találta a bénült arczfelet peripher arczbénulás egy esetében. *Biehl*² a sensibilitás csökkenését és a vasomotorius functio zavarait észlelte késszúrás — a bal fül sérülése — folytán. Egy igen figyelemreméltó dolgozatában említi *Scheiber*³ hogy peripher facialisbénulásos 58 esete közül 26 esetben ki tudta mutatni a sensibilitászavarokat, még pedig többnyire a tapintás-, hő- s fájdalomérzés hypaesthesiája alakjában, mely az egész bénült arczfélre kiterjedt, ritkábban az arcznak csupán egyes tájaira és még ritkábban a bénült oldali nyelvfélre és nyálkahártyára. Ezen sensibilitás-zavarok nem voltak múló jellegűek, mint a kezdeti *fájdalmak*, hanem csak a facialisbénulás gyógyulásával értek véget. Paraesthesiákat ritkábban figyelt meg és hyperaesthesiát csupán 1 esetben. Ezen sensibilitás-zavarokat a facialisbénulásoknál főleg súlyos vagy középfokú eseteiben látta, gyéribben a bénulás könnyű alakjaiban is, midőn csupán csökkent

¹ *Mazurkilwier*: Ein Fall von peripherischer Facialislähmung mit trophischen Störungen (lengyel nyelven). Ref. Jahresber. u. d. Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatrie, 1901.

² *C. Biehl*: Störungen der Vasomotorenthätigkeit und der Sensibilität nach peripherischer traumatischer Facialislähmung. Wien. klin. Wochenschr. 1900. 6. sz.

³ *S. H. Scheiber*: Beitrag zur Lehre über die Thränensekretion im Anschlusse von 3 Fällen von Facialislähmung mit Thränenmangel, nebst Bemerkungen über den Geschmackssinn und über Sensibilitätsstörungen bei Facialislähmung. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXVII. köt.

villamos ingerlékenységet derített ki a vizsgálat. Lloyd¹ azonban facialisbénulás egy súlyos esetében a sensibilitás oly zavarait észlelte, melyek nyilván a trigeminus területét túlhaladva, végtagjaira is kiterjedtek a kétségkívül hysteriás egyéneknek.

Remak és Flatau² a peripher facialisbénulás 200 esetét vizsgálták meg a sensibilitási zavarok szempontjából, de azokat Frankl-Hochwart érdekes észleleteivel szemben csak kivételesen állapíthatták meg. A facialisbénulás izérszavarokkal kapcsolatos 27 esete közül Köster³ sem észlelte az érzés csökkenését az elülső nyelvfélen. Mindamellett hajlandó a chordában lefutó érző idegrostok létezését felvenni, melyek azonban szerinte súlyos facialisbénulásban nagyobb ellenálló képességgel bírnak, mint a többi facialisrost.

* * *

Az utóbbi években figyelemmel kísértem a facialisbénulásokban előforduló sensibilitási (tapintás-, hő- s fájdalomérzés) zavarokat, megvizsgálva egyúttal az egész testfelület magatartását a sensibilitást illetőleg oly esetekben, midőn positiv volt az arczlelet. E vizsgálatok a következőt eredményezték: *Az esetek többségében, midőn a sensibilitás csökkenése volt megállapítható a bémult arczfélen, csökkenést tüntetett fel egyúttal az egész bémult testfél sensibilitása is az ép oldallal szemben.* Ez meg is egyezik ama tényvel, hogy a tapintási érzésben ép egyéneknél is csekély quantitativ eltérés mutatkozik a két testfél között. Így E. H. Weber⁴ egészséges egyéneknek többnyire erősebb nyomásérzést talált, ha a bal testfél bizonyos bőrrészletét megterhelte, mint a jobb testfél symmetriás helyének megterhelésekor. Hasonló különbséget találtam — mint azt egy régebbi dolgozatomban⁵ ismertettem — úgy a *hidegségi fájdalomra* (azaz a hőérzés ama alsó határa, midőn a hideget már mint fájdalmat érezzük), mint a *melegségi fájdalomra* (azaz a hőérzés felső határa) vonatkozólag a jobb és bal testfél között; még pedig rendszerint a bal oldalon élénkebb az érzés. Oly egyének, kiknél a hypaesthesia a bémult testfél egész terjedelmében egyenletesen oszlott meg, természetesen nem sorolandók e csoportba, ezeknél tehát a bémult arczfélen kimutatható sensibilitás-csökkenés nem a facialisbénulásra vezethető vissza. Még inkább vonatkozik ez a hysteriás alapú sensibilitás-zavarokra.

Megesik olykor, hogy a sensibilitás-zavar nem oszlik el egyenletesen az egész arczfélen, hanem annak csak bizonyos tájára szorítkozik, vagy pedig csak egy bizonyos érzés-qualitás hiányzik és ez is csupán egy körülírt helyen. Észleltem eseteket, midőn pl. a tapintás- s fájdalomérzés a bémult arczfélen csak pofanyálkahártyáján, vagy pedig a fájdalomérzés csak a megfelelő homloklélen volt csökkent. Többnyire azonban hasonló magaviseletet tanúsítottak a különféle érzésminőségek (a tapintás-, fájdalom- és hőérzés közül az első kettő minden esetben meg lett vizsgálva).

Néhány éven át folytatott megfigyeléseim a következőket eredményezték:

Peripher arczbénulás 36 esete közül a sensibilitás (tapintás-, fájdalom- s hőérzés) *a bémult arczfélen csökkent volt 17, az egészséges oldallal egyenlő 18 és fokozott 1 esetben; a test többi részén csökkent volt 14, az egészséges oldallal egyenlő 21 és fokozott 1 esetben.*

A sensibilitás csökkenése csakis a bémult arczfélen tehát mindössze 3 esetben (8.3%) volt jelen.

Ezen sensibilitási zavarok között, egyrészt az izérszavarok, másrészt a villamos ingerlékenység és a fájdalmak között, nem mutatkozik kifejezett párhuzamosság, mivel ezen 3 eset közül csak 2 esetben volt jelen elfajulási reactio, a 3. esetben pedig

a villamos viselkedés változatlan volt; az izérszék csökkenése és a fájdalmak jelenléte csak 2—2 esetben volt konstatálható.

Azon kérdést illetőleg, vajjon ezen sensibilitás-zavarok a különböző agyidegekből eredő érző rostoknak a facialisrostszóhoz való csatlakozása által megmagyarázhatók-e, következő észleletemet tartom fontosnak:

Egy 34 éves nőbetegnél 4 éves korában ismeretlen okból totalis és complet facialisbénulás lépett fel, mely azóta változatlanul fennállott. 1903. évi december hó 7-én Herczel tanár idegtransplantatiót végzett nála oly módon, hogy a n. accessorius átmetszett külső ágát a foramen stylo-mastoideumnál átmetszett n. facialis peripher csomójával összevarrta. A czérnaszálvastagságú facialisrostszó megtalálása nem csekély nehézségekbe ütközött. A facialisrostszó ezen rendkívüli vékonysága abban leli magyarázatát, hogy a tökéletes atrophia ez esetben a még csak gyermeki fejlődésfokon álló ideget érte. Ez esetben bátran állíthatjuk tehát, hogy a facialisnak a sziklacsontról való kilépése helyén valamennyi rostja tönkrement és ha eziránt még valamely kétely állana fenn, akkor bizonyára az idegnek operativ átmetszése minden további idegvezetésnek véget vetett. Nos, ezen nőbetegnél, kinél az idegtransplantatio oly kedvezőtlen körülmények között ment végbe, úgy hogy az operatio után 1½ évre tökéletes elfajulási reactio mellett a szem- és szájágakban még csak mérsékelt mozgás van jelen, ezen nőbetegnél a tapintás-, fájdalom s hőérzés mindkét arcz- és nyelvfélen teljesen egyenlő és csak a pofanyálkahártya mutatott némi tapintás- és fájdalomérzés-csökkenést a hűdött oldalon.

Mielőtt az ezekből levonható következtetésekre áttérnék, az érzési zavaroknak még egy másik nemét kívánom megemlíteni: a facialisbénulást oly gyakran kísérő *fájdalmakat*.

Ezen tünetet már régebben kísérem figyelemmel és peripher facialisbénulás 165 esete közül 69 ízben (41.8%) észleltem. A fájdalmak a bémult oldalnak következő tájaira localizálódtak: *fül, fültáj, fültő mögött, processus mastoideus, nyakszirt, tarkó, oldalsó nyaktájék, halánték, homlok, szem, pofa, alsó állkapocs, a bémult arcz- vagy fejfél; vagy pedig diffus fejfájásról panaszkodtak a betegek.* A fájdalmak nemét a betegek *szaggatónak, szúrónak, húzóknak, feszítőnek vagy kellemetlen tompa érzésnek* jelezték. A mi a *fájdalmak kezdeti idejét* illeti, azok megkezdődtek az esetek többségében *néhány órával, olykor néhány nappal a hűdés beállta előtt, vagy felléptek a bémulással egyidejűleg vagy néhány nappal utána.* Még nagyobb variatiót mutat a *fájdalmak időtartama.* A tankönyvek azoknak csak 14 napnyi tartamáról szólnak, én *néhány órától napokig, 6 hétig* terjedőnek találtam azokat, sőt egyes eseteimben *2, 3, 6 és 7 havi* időtartam is van feljegyezve.

Közelfekvő dolog ezen sensibilitás-zavarok okát a n. facialisnak érző idegekkel való sokféle anastomosisában keresni. Ilyenek a rami communicantes cum nervo acustico; a trigeminus gangl. nasalejából eredő n. vidianus, melynek egyik componense, a n. petrosus superficialis major ismét összefügg a gangl. geniculatummal, ezt pedig *Lenhossék* interspinalis, *Jendrassik* sympathikus ganglionnak tartja; mindkét n. petrosus superficialis, valamint a n. petrosus profundus major is érző rostokat vezetnek ki a n. glossopharyngeusból. (Testut.)¹ Ide tartoznak továbbá a ramus communicans cum plexu tympanico, mely a gangl. oticum és a n. glossopharyngeus közötti anastomosisba lép; nemkülönben a chorda tympani különös fontosságú izrostjai, melyek a n. petrosus superficialis majoron át centralisan haladnak és a trigeminusból, illetőleg ezen keresztül a glossopharyngeusból erednek, a n. communicans c. ramo auriculi n. vagi, a n. communicans c. n. auriculo-temporali n. trigemini, a ramus auriculus posterior, mely a plexus cervicalis n. auricularis magnusával (Gehuchten)² és a n. subcutaneus colli superior, mely a plexus cervicalisból eredő n. subcutaneus colli inf-ral lép anastomosisba. Ehhez járul még az, hogy a facialis végágai, még mielőtt rendeltetési helyükre jutnának, az arczban a trigeminuséival valóságos plexusokat képeznek, melyekből kevert idegrostok eredvén, a motorius rostok az izmokat, a sensibilis rostok pedig a bőrt és izomzatot látják el.

¹ L. Testut: Traité d'anatomie humaine. Paris, 1891. II. rész, 720. és köv. old.

² A. van Gehuchten: Le système nerveux de l'homme. Liège, 1893. 391. l.

¹ J. H. Lloyd: Bell's palsy, with anaesthesia in the distribution of the fifth nerve on the same side of the face. Journ. of Nerv. and Ment. diseases, 1901. Jan.

² Remak u. E. Flatau: Nothnagel's spec. Pathol. und Ther. XI. köt., 3. r.

³ G. Köster: Klinischer und experimenteller Beitrag zur Lehre von der Lähmung des N. facialis stb. Arch. f. klin. Med. 68. köt.

⁴ O. Funke: Drucksinn. (Hermann, Handb. d. Physiologie, 3. köt., II. rész, 340. old.)

⁵ A hőérzés határaitól egészséges és beteg állapotban. Orvosi Hetilap, 1885.

Hogy szabálytalan communicatiók is előfordulhatnak, erre tanít bennünket *Mac Callan*¹ egy dolgozata; e szerző 10 eset közül 4 izben mutatott ki communicatiós ágat a n. glossopharyngeus és n. facialis között, mely az utóbbit a foramen stylomastoideumnál vagy egy külön esontesatornán át hagyja el.

Mindazonáltal valószínűtlennek tartom, hogy a bénult arcz-fél sensibilitás-zavarai főleg vagy épenséggel kizárólagosan ezen anatómiai összeköttetésekre volnának visszavezethetők. Hisz *első sorban* túlnyomóan állandóak ezen anastomosisok, míg a sensibilitás-zavarok (hypaesthesiák) az eseteknek csupán egy részében, vizsgálataim szerint azok kisebbségében — 8.5% — mutathatók ki. *Másodsorban* a canalis Fallopieaeben haladó sensibilis rostokra nézve kellene hogy álljon az, miszerint súlyos bénulási tünetek esetén, midőn a facialis törzs erős compressioját vagy egyéb sérülését a csontesatornában vehetjük fel, a sensibilitás-zavaroknak is kifejezettebbeknek kellene lenniök. Ilyen arányosság azonban — a villamosság iránti magatartást és a bénulás időtartamát véve mértékül — nem áll fenn, mivel ily sensibilitás-zavarok elfajulási reactiót nélkülöző esetekben is előfordultak és viszont. Egy *harmadik* argumentumot szolgáltatnak a fájdalmak, melyek meghűléses arczbénulásokkal egy időben távolabb eső, a plexus cervicalistól ellátott tájakon, pl. a nyakszirten (n. occipitalis major és minor) támadnak. *Végül* fontosnak tartom idegtransplantációs esetemet, melyben az arczbőr sensibilitása a fennálló súlyos arczbénulás és tökéletes elfajulási reactio dacára intact maradt. Hisz ez esetben az arczidegnek a foramen stylomastoideumnál történt átmetszése által egész biztosan megszakítottak az összes sensibilis rostok, melyek közvetlenül a sziklaesontból való kilépése előtt és után hozzácsatlakoznak és az arcz sensibilis innervatiojánál — a mennyiben ez a facialis által közvetítették — leginkább esnek latba.

Kitűnik ebből, hogy ily facialisátmetszéseknek mily fontos szerepük lehet azon kérdés eldöntésében, vajjon minő mértékben közvetíti ezen ideg az arcz sensibilis innervatioját és én e helyen a sebészek és idegyógyászok figyelmét óhajtom e tárgyra felhívni, hogy e kérdés lehetőleg nagy anyagon vizsgáltsassék. Ily úton tanulságos eredményeket remélhetünk, melyek nem kevésbé érdeklik az anatomust és physiologust is, mint a hogy a ganglion Gasseri sebészi kimetszése is fontos eredményekre vezetett az izbeidegzés kérdését illetőleg.

Ezek után hajlandó vagyok az arczon székelő meghűléses facialis bénulásoknál fellépő sensibilitás-zavarokat, valamint a fájdalmakat a trigeminus, a plexus cervicalis, illetőleg a többi érzőideg végszállai sérülésének tartani, melyet ugyanazon káros behatás okozott, mint a mely a facialis törzset is érte.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

A vizelet katalase tartalma s a katalase-vizsgálatok klinikai értéke.

Irta: *Dalmady Zoltán* dr. v. klin. gyakornok, tátrafüredi fürdőorvos. (Vége.)

Merem mondani, nincs semmiféle használatban levő vizelet-vizsgáló eljárás, mely annyi és oly súlyos tévedésekre vezethetne, mint épen ez. A hydrogensuperoxydot oly sok minden bontja, de viszont bomlását oly sok minden befolyásolja, hogy a tévedésnek százféle módja van. Oly különbségek, minőket *Schilling* említ, hogy a hab szintelen, a gyöngyözés finomszemű legyen, sokkal gyengébben meghatározottak, semhogy kétes esetekben döntetnének.

Csak azt tekintve, vajjon bontja-e a vizelet a H_2O_2 -t, s nem ügyelve a gyöngy nagyságára, a habréteg vastagságára és színére, kísérleteim eredményeit a következőkben foglalhatom össze:

¹ *H. F. Callan*: A communication between the facial and glossopharyngeal nerves. Journal of Anat. XXIX. k. Ref. Jahresb. über d. Fortschr. d. Med. 1895. I. 36. l.

A vizsgálat alá kerülő vizeleteknek igen nagy része többé-kevésbé katalyzál.

Normalis, egészséges egyén friss, savi vegyhatású vizelete nem katalyzál.

A vizelet H_2O_2 bontó képessége nincs mindig vér jelenlétéhez kötve.

Bizonyos gyógyszerek — mindenekelőtt a *jod* — a vizeletet katalyzálóvá teszik.

A vizelet vegyhatása nagy befolyással van a katalyzáló képességre. Savanyú vegyhatás mellett néha még a vértartalmú vizelet sem katalyzál. Savi vegyhatás mellett csekély katalysist csak a bő vér-, geny-, fehérje- vagy jodtartalmú vizeletek mutatnak. Nyomokban látunk katalysist ezeken kívül néha oly esetekben, hol a vesékben pangás vehető fel (vitium cord. incompens.) és a transitorius vagy cyclikus albuminuria fehérjementes szakában.

Megjegyzendőnek tartom, hogy nephr. parench. acuta post-scarlatinosa egy esetében a vizelet gyengén savi vegyhatás mellett a gyógyulás oly stadiumában is erősen katalyzált, melyben fehérjét a legérzékenyebb eljárásokkal sem lehetett már kimutatni.

Az alkalikus vegyhatás elősegíti a katalysist. Kaliumcarbonat vagy kalilug $1/10$ n. oldatával óvatosan közömbösített vagy gyengén alkalikussá tett vizeletek közül több és élénkebben katalyzál. A fehérjetartalmú vizeletek alkalikus vegyhatás mellett csaknem kivétel nélkül katalyzálnak. A katalyzáló képesség nincs arányban a fehérjetartalommal. Nephritis interstitialisban elég bő fehérjetartalom mellett is jóval csekélyebb, mint nephr. parenchymatosa acuta vagy chronica esetében, vagy pangásból eredő albuminuriában.

Az alkalikus vegyhatású vizeletek között sok van, mely nem tartalmaz sem vért, sem fehérjét, sem genyot, sem jodot, mégis katalyzál. Itt vagy oldott katalase szerepel, vagy a következőkben említendő körülménnyel van dolgunk.

Vizsgálataim közben azt a feltűnő jelenséget vettem észre, hogy az eredetileg nem, vagy csak igen kissé katalyzáló vizeletek 1—2 napig állva katalyzáló képességet nyernek. Ez az észlelet annál feltűnőbb, mert általános tapasztalás szerint a katalase-tartalmú folyadékok — szervek kivonata, maláta-kivonat, vér, tej stb. — állás közben veszítenek H_2O_2 bontó képességükből.

Kísérleteimből kiderült, hogy a katalyzáló képesség beállta vagy erősödése a vegyhatás alkalikussá válásával esik össze. A katalysist fermentum okozza; erre vall az, hogy 20 percig $80^\circ C$ -on tartott bomlott vizelet katalyzáló képessége eivész. A CNH typosus gátló hatást fejt ki.

A jelenségek magyarázatára felvehető:

1. Az eredeti vizeletben is volt katalase, de ez vagy a vegyhatás, vagy gátló anyagok jelenléte miatt nem tudott érvényesülni.

Ez a magyarázat elesik, mikor látjuk, hogy állás után oly vizeletek is katalytikus képességüvé lesznek, melyek K_2CO_3 , vagy NaOH, vagy $(NH_3)_2CO_3$, vagy $(NH_3)OH$ -val alkalizálva nem árultak el ily képességet; melyek dialyzálva nem nyertek H_2O_2 bontó képességet, s melyekből a tiszta kovaföld összerázáskor nem tudott katalaset kiragadni. Az a körülmény, hogy eredetileg katalytikus, de hő által inactivált vizelet állás után ismét activvá lesz, szintén e felvétel ellen szól.

2. A vizeletben levő sejtes elemek szétesésekor jut annyi katalase a vizeletbe, hogy hatása kimutatható lesz.

Ez ellen szól, hogy gondosan centrifugált és szűrt vizeletben is beáll a katalyzáló képesség. Különben is a sejtek autolytikus szétesése inkább a katalyzáló képesség esökkenésével szokott járni, mint emelkedésével.

3. A bomlás folytán előállott anorganikus anyagok hatnak.

Ez ellen szól a tipikus thermolabilitás, a HCN gátlása. A vizelet bomlásakor előálló anorganikus anyagok fontosabbjai — hűgysavas ammoniak, ammoniak, tripelphosphat stb. — csak igen kissé bontják a H_2O_2 -t.

Hátra van még két eshetőség, t. i.

4. proenzymek vannak a vizeletben, melyekből tán bizonyos külső körülmények hozzájárulásával kifejlődött az enzym, vagy

5. bakteriumtestek s bakteriumtermékek okozzák a katalysist.

Proenzymek létezését katalasenál már *Aso* felvette azon

jelenség magyarázására, hogy valamely növényi eredésű katalase-oldat a felforrallással való inaktiválását néhány óra alatt mintegy kiheveri. Csak ismételt felmelegítés vagy tartós forralás szünteti meg végleg a katalyzáló képességet.

Gottstein, Hahn, Löwenstein vizsgálataiból tudjuk, hogy a bakteriumok teste s néhány bakteriumtermék bontja a H_2O_2 -t. A bakteriumok ily katalyzáló képessége rendszeren nem nagyon élénk. legalább tapasztalataim szerint nem olyan, hogy a bomlott vizeleteknél néha észlelhető heves katalysist egyszerűen magyarázhatná.

A chloroform, thymol, toluol vagy fluornatrium hozzáadása bár jelentékenyen csökkentette az utólag beálló katalysist, teljesen nem szüntette meg, különösen, ha a folyadékot alkalikus vegyhatásúvá tettük.

A vizelet gondos sterilizálása — forralás 20 perczig — meggátolja, hogy utólag katalyzáló képesség álljon be. Ilyenkor úgy a feltételezett profermentumok, mint a bakteriumok elpusztulását kell felvennünk. Ily sterilizált vizelet nyitott edényben állva, esetleg erjedő vizelettel beoltva, néhány nap alatt ismét csekély katalyzáló képességet nyer.

Egyelőre nem akarom eldöntöttnek tekinteni, vajjon az álló vizelet katalyzáló képessége bakterium-katalase, vagy proenzymből támadt katalase, vagy a kettő kombinációjának nyilvánulása-e, de azt bebizonyítottam tartom, hogy a katalase próba a vizelet vértartalmának vizsgálatára a gyakorlatban nem használható. A vizelet katalyzáló képessége nem könnyen magyarázható, bonyolult jelenség, melyből csak gondos vizsgálatok hosszú sora fog diagnostikai értékű adatokat szerezni.

Megjegyzem, hogy a katalase-próba a gyomornedv vértartalmának kimutatására egyrészt a savanyú vegyhatás, másrészt a táplálékok katalase-tartalma miatt nem használható.

A bélsár többé-kevésbé mindig katalyzál. Ha kifejezetten vértartalmú, úgy hogy a guajak- és aloin-próbák is jelzik, erős, feltűnő habképződést indít meg, de ha a fentjelzett próbák negatív vagy kétes eredményt adnak, a katalase-próba sem fog dönteni. Az ilyenkor keletkező pezsgés és habréteg nem nagyobb, mint a mennyit nem ritkán physiologiai körülmények között is kapunk. (Feltűnő a tuberculosis pulmonumban szenvedők bélsarának nagy katalyzáló képessége, még ha nem volt is bélfekély. Talán a tenyelt köpettől való ez, mely igen erősen katalyzál?)

Exsudatumok, transsudatumok, liquor cerebrospinalis katalyzáló képessége elsősorban a sejtartalomtól függ. Sejtmentes folyadékok — mint az már régen ismeretes — nem katalyzálnak. Quantitativ vizsgálatok eddig nem történtek.

A katalase-vizsgálatok tehát egyelőre még nem adtak oly adatokat, melyekből a klinikus hasznot meríthetne.

Irodalom. A katalase s általában az állati szervezet oxydáló fermentumainak óriási irodalmából, mint tárgyunkkal a legszorosabban összefüggők, a következők említendők: *Abelous*: Sur la présence dans l'organisme animal d'un ferment soluble décomposant l'eau oxygénée. C. R. Soc. Biol. 15. sz. 1902. — 2. *Achard*: Les ferments du sang et leur intérêt clinique. Gaz. heb. de méd. et chir. 1901. 92. sz. — 3. *Battelli*: Oxydation de l'acide formique par les extraits de tissus animaux en présence de peroxyde d'hydrogène. C. R. Ac. Sc. 1904. 138. I., 651. — 4. *Battelli et Mm Stern*: Richesse en catalase des différents tissus animaux. C. R. Ac. Sc. 1904. 138. 923. — 5. *Bergengrün*: Über die Wechselwirkung zwischen H_2O_2 und verschiedenen Protoplasmaformen. Dorpat. Inaug.-Diss. — 6. *Bourquelot et Marchandier*: Étude de la réaction provoquée par un ferment oxydant indirect. (Anaeroxydase.) C. R. Ac. Sc. 1904. 138. — 7. *Cagnetto*: Sulla reazione del gaiaco in presenza di alcune varietà di leucociti. Arch. per le scienze med. XXVI. k. 214. — 8. *Carrière*: Sur la présence d'oxydases dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme. C. R. soc. Biol. 1902. 561. — 9. *Cavazzani*: Versuche über die Anwesenheit eines Oxydationsfermentes in der Cerebrospinalflüssigkeit. Cbl. f. Physiol. 1902. XIV. k. 19. szám. — 10. *R. Chodat und A. Bach*: Untersuchungen über die Rolle der Peroxyde in der Chemie der lebenden Zelle. Bericht d. d. chem. Gesellsch. 1902—1905. (9 közl.) — 11. *Engler und Weissberg*: Kritische Studien über die Vorgänge der Autoxydation. Braunschweig. 1904. — 12. *Gottstein*: Virchow's Arch. 1893. — 13. *Gessard*: Sur les réactions des oxydases avec l'eau oxygénée. C. R. de la soc. de biol. 1903. 637. I. — 14. *Hahn*: Immunisierungsversuche mit plasmatischen Zellsäften von Bakterien. Münch. m. Wochenschr. 1897. — 15. *Jakobson*: Untersuch. über lösliche Fermente. Zeitschr. f. physiol. Chem. 1892. 16. 340. — 16. *Jakoby*: Über die Bedeutung der intracellulären Fermente für die Physiologie und Pathologie Ascher-Spiro, Ergebn. d. Physiol. 1902. I. k. 1. sz. 213. — 17. *Jakoby*: Über die Bedeutung der Fermente für die Pathologie. Cbl. f. allg. Path. und path. Anat. 1902. I. sz. — 18. *Jolles*:

Beiträge zur Kenntnis der Blutfemente. Münch. med. W. 1904. 47. sz. 2083. I. — 19. *Jolles*: Über Katalysatoren vom physiologisch-chemischen Standpunkte. Wiener med. W. 1905. 12—14. sz. — 20. *Lépinos*: Sur l'existence dans l'organisme animal de plusieurs matières albuminoïdes décomposant l'eau oxygénée. C. R. soc. Biol. 1902. 428. — 21. *Liebermann*: Beitr. zur Kenntniss d. Fermentwirkungen. Bericht d. d. chem. Gesellschaft 1904. 37. 1523. és Pflügers Archiv 1904. 104. 119. — 22. *Liebermann*: Közlemények a hygieniai intézet laboratoriumából. Orvosi Hetilap. 1904. 279. és 293. I. Természettudományi Társulat Élettani szakosztálya. — 23. *Loew*: Spielt Wasserstoffsperoxyd eine Rolle in der lebenden Zelle? Ber. d. d. chem. Gesellschaft 1902. 24. sz. — 24. *Loew*: Ist die Bezeichnung Hämase für Blutkatalase gerechtfertigt? Pflüg. Arch. 100. k. 332. — 25. *Loewenhardt-Kastle*: On the catalytic decompos. of hydrogen peroxyde. Amer. chem. Journ. 1903. 29. 393. — 26. *Lillie*: On the oxydative properties of the celle-nucleus. Amer. Journ. of Physiol. VII., 412. — 27. *Löwenstein*: Über Katalasen in Bakterienfiltraten. W. klin. W. 1903. 50. sz. 1393. I. — *Mosse und Tautz*: Untersuchungen über Berberin Zeitschr. f. klin. Med. 1901. 43. k. 257. I. — 29. *Neumann-Wender*: Die Oxydasen. Chemiker-Zeitung. 1902. 1217. és 1221. — 30. *Portier*: Les oxydases dans la série animale. Paris. 1897. — 31. *Raudnitz*: Beiträge zur Kenntniss der oxydativen Fermente und der Hyperoxydase. Zeitschrift für Biologie. 1902. 42. — 32. *Raudnitz*: Klinische Methode die Wasserstoffsperoxydzersetzung durch Blut zu Messen. Zbl. f. inn. Med. 1903. 46. sz. 1121. I. — 33. *Röhm-Spitzer*: Über Oxydationswirkungen thierischer Gewebe. Ber. d. d. chem. Ges. 1895. 28. — 34. *Schaer*: Beitr. zur Chemie d. Blutes und d. Fermente. Zeitschr. f. Biol. 1870. VI. k. 467. I. — 35. *Schilling*: La recherche du sang dans les liquides organiques au moyen de l'eau oxygénée. La Sem. méd. 1904. 413. — 36. *Schoenbein*: Über die katal. Wirksamkeit organischer Materien und deren Verbreitung in der Pflanzen- und Thierwelt. Journ. f. prakt. Chem. 1863. 328. I. — 37. *Schoenbein*: Über d. Verhalten d. Blausäure zu den Blutkörperchen. Zeitschr. f. Biol. 1867. 140. — 38. *G. Senter*: Das Wasserstoffsperoxyd zersetzende Enzym des Blutes. Zeitschr. f. physik. Chem. 1903. 44. k. 257. I. — 39. *Sieber*: Über die Entgiftung d. Toxine durch Superoxyde, sowie thierische und pflanzliche Superoxydase. Zeitschr. f. physiol. Chemie. 1903. 32. sz. 573. I. — 40. *Spitzer*: Die Bedeutung gewisser Nucleoproteide für die oxydat. Leistung d. Zelle. Pflüger's Arch. 1897. 67. k. — 41. *Vandeveld-Leboucq*: Neue Untersuchungen über die Katalase-reaktion in physiologischen Flüssigkeiten. Ref. Chem. Cbl. 1904. I. k. 196. I. (Handelingen van het zevende Vlaamsch Natuur- en Geneeskundig Congres, gehouden te Gent, op. 27. Sept. 1903.) — 42. *Ville et Moitessier*: Soc. Biolog. 1903. juillet 25. — 43. *Walton*: Jodionen. Katalyse d. Wasserstoffsperoxyds. Zeitschrift für physik. Chem. 1904. 47. sz. 188. I.

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztanai intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiológiájára és klinikai lefolyására.

Irta: *Halász Aladár* dr.

(Folytatás.)

XVIII. Gy. S. 43 éves, izr., máv. elüljáró. Klinikai diagnosis: *Diabetes mellitus*.

Felvételkor (1902. november 25.) előadja, hogy 1902. júniusában bujakórt szerzett; 1902 július 6-án nagyon szomjazik, sokat, naponta 4—5 liter vizet kell innia, étvágya is szerfelett fokozott, de ennek ellenére is folytonosan gyengül s báyadtabb lesz. Állítása szerint július óta 10 kgm-ot fogyott.

Felvételkor a szív, a tüdő, máj és lép normális; a szájjal nyálkahártyáján több luetikus plaque látható s mirigyei testszerte duzzadtak.

Klinikai tartózkodása alatt vizeletének fajsúlya 1029—1036, napi mennyisége 3100—6700 gm. között ingadozott, 2·2—6·6% cukortartalommal.

Diaeta mellett vizeletének fajsúlya 1029-re, cukortartalma 2·2%-ra szállott le.

35 bedörzsölést végzett, mire a másodlagos bujakóros tünetek visszafejlődtek. Ekkor elhagyta a klinikát.

1903. december 28-án újból, cukorbetegségre valló panaszai miatt kereste fel a kórodát. Lueses tünetei ekkor már nem voltak.

1904. január 2. hirtelen nagyon rosszul lett, s ugyanaz nap este 9 órakor öntudatlan állapotban meghalt. A bonczolati jegyzőkönyv adatai:

A máj kissé duzzadt.

A hasnyálmirigy kissé sorvadt, súlya 60 gm., állománya tömött, közepes vértartalmú.

Bonczolati diagnosis: Atrophia simplex minoris gradus pancreatis. Gangraena aputrida loborum superiorum pulmonum, praecipue autem lobi superioris dextri. Infiltratio adiposa renum Anaemia insularis hepatis. Diabetes mellitus.

Szövetani vizsgálat:

A pancreas mirigyek elemei kóros változást alig mutatnak. A szigetek száma helyenként a rendesnél jóval kisebb. eloszlásuk különben is egyenlőtlen. Alakjuk nagyobbára kerek-ovalis, néhol azonban szabálytalan hosszúkas. Átlagos nagyságuk $220 \times 200 \mu$. A szigetek többségének (70%) hámsa általában ép, néhol azonban sejtheik plasmazegények. Az összes szigetnek mintegy 20%-ában kisebb-nagyobb kiterjedésű vérzés látható. Néhol a vérzés az egész sziget helyét elfoglalja s a vértestecsek és a szabálytalan alakú pigmentrögök között csak egy-két hámsejtet láthatni. Másutt a sziget sejtkötegeinek száma a rendesnél kisebb, a sejtkötegek között támadó hézagokat alig festődő egynemű anyag tölti ki, a sejthárak elmosódottak, a magvak nem egy helyt pyknotikusak. Nagy ritkán oly szigetet is találni, melynek jó részét gyengén festődő egynemű anyag foglalja el s a kötegeket csak néhány sejtmag jelzi.

A mirigy parenchymájában kisebb-nagyobb, helyenként gömbsejtektől övezett, alig festődő góczokat láthatni, melyekben a sejthárak fel nem ismerhetők s magfestés sem látszik. A szigeteiktől eltekintve csak elvétve van a pancreas mirigyállományában kisebb kiterjedésű vérzés.

A hasnyálmirigy kötőszöve csak helylyel-közzel mutat némi szaporodást (ennek megfelelően a parenchyma helyenként kisebb fokban sorvad) s kisebb-nagyobb, néhol kis nagytás mellett akár az egész látótérre kiterjedő, mononuclearis jellegű gömbsejtes beszűródést. Az erek falában itt-ott kóros változás mutatható ki. Az apróbb erek fala duzzadt, egynemű, ürterük szűkült. A nagyobb erek ép falúak, vérrel teltek.

A kivezető csövek hámbélése ép.

A szigetek számbeli viszonyait a hasnyálmirigy egyes részleteiben az alanti táblázat tünteti fel:

Pankreas-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	I.	mm ² 140	25	28.6	
	II.	140	30		
	III.	140	24		
	IV.	140	32		
Corpus p.	I.	280	31	34	Az összes szigetek 30%-a kóros
	II.	280	35		
	III.	280	39		
	IV.	280	33		
Cauda p.	I.	135	28	25.5	
	II.	135	23		
	III.	135	—		
	IV.	135	—		

XIX. B. I. izr., 70 éves, kofa.

A kórházba való felvételkor szívdobogásról panaszkodik s dagadt lábait fájlalja. Sokszor kell vizelnie.

A vizeletben ezukor volt kimutatható. (Quantitativ meghatározás nem történt.)

Klinikai diagnosis: Diabetes mellitus. Gangraena pedis.

Kivonat a bonczjegyzőkönyvből: (6509/26 904. I/5).

Diabetes mellitus. Atrophia medioeris gradus pancreatis. A hasnyálmirigy középtömtött és nem sokkal sorvadtabb, mint az az életkornak megfelelő.

A ductus pancreaticus középtág és jól kutaszolható.

Egyéb eltérések: Arteriosclerosis universalis majoris gradus et petrificatio arteriarum medioerium, praecipue tibialium.

Gangraena pedis utriusque incipiens cum bullis. Thrombosis recens venarum, musculorum cruris. Cirrhosis hepatis lobati, hypertrophia lienis medioeris gradus.

Szövetani lelet: A hasnyálmirigy lebenykéi sehol sincsenek szembetűnően elsorvadva, a mirigyacinusok sejthei csaknem minde-

nütt épek s elvétve láthatni csak egy-egy plasmazegény sejtet. Szigetek mindenhol elég nagy számmal láthatók.

Alakjuk jobbadán kerek-ovalis, néhol azonban szabálytalanul hosszúkas, hámbélésük általában ép. Nagyságuk átlag $200 \times 220 \mu$, de nem ritkán $290 \times 270 \mu$.

Az ép hámsejtek alkotta szigetek között elég gyakran egy-egy szabálytalan alakú, az épeknél jóval kisebb (átlag $100 \times 120 \mu$ -nyi), csekélyszámú sejtkötegből álló, sötétre festődő magvakal bíró sejthalmaz is található, melynek hézagait mind nagyobb terjedelemben egynemű, gyengén festődő, colloid anyag tölti ki. Itt-ott a szigeteken kisebb-nagyobb terjedelmű vérzés is látható.

A lebenyeket egymástól elválasztó és az intralobularis kötőszövet szaporodást, hyalin elfajulást vagy lobos beszűródést sehol sem mutat. A kivezető csövek hámbélése mindenütt ép. A kisebb erek fala sokhelyütt duzzadt, egynemű, hyalin, az ér lumene szűkült, sőt néhol csaknem teljesen el is záródott.

A szigetek számát a hasnyálmirigy farki részletében* az alanti táblázat mutatja:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Cauda p.	I.	mm ² 150	125	83	Az összes szigetek 10-15%-a kóros
	II.	120	85	75	
	III.	125	107	85	
	IV.	100	84	84	

XX. K. F. 50 éves, izraelita, nős, kereskedő. Bemondása szerint négy év óta súlyos ezukorvizezésben szenved. 5 nap óta kizáródott inguinalis sérvével kereste fel egy kórház sebészeti osztályát. Felvételkor peritonitis tünetei észlelhetők a betegnél, sérve nem reponálható. Vizeletének napi mennyisége 2-3 liter, fajsúlya 1026, benne 5.5% ezukor, acetone, nemkülönben acetecetsav mutatható ki. Műtét, mely után 4 napra coma tünetei között meghalt.

Klinikai diagnosis és műtét: Hernia inguinalis per quinque dies incarcerata Gangraena cum perforatione intestini, phlegmone scroti et gangraena testiculi. Hac re herniotomia, enterostomia et resectio intestini adque castratio, quatuor dies ante obitum facta. Diabetes, acetonuria, coma diabeticum.

A bonczolati jegyzőkönyvből a következőket veszem át:

A máj kissé vaskos, súlya 1648 gramm. A vesék közep-nagyok. A hasnyálmirigy elég nagy, súlya 90 gramm, állománya középtömtött és mérsékelten vértartalmú. Mirigylebenykéi közep-nagyok, kötőszöveti gerendázata vékony, kivezetőcsöve szabadon átjárható.

Bonczolati diagnosis: Resectio ilei, hernia inguinali dextra incarcerata indicata. Phlegmone scroti. Diabetes mellitus. Pneumonia hypostatica l. d. Caverna bronchiectatica in lobo inferiore sinistro.

Szövetani vizsgálat:

A hasnyálmirigy parenchymája általában kisebb fokban, néhol azonban kifejezetten sorvad s az acinusokat helyenként laza zsírszövet pótolja.

A pancreas kötőszöve csak a mirigy farki részletéből származó készítményeken mutat szembetűnő szaporodást. A szigetek alakja kerek, ovalis, néhol azonban hosszúkas, szabálytalan, nagysága általában a normalisnak ($200 \times 200 \mu$) megfelelő, sokhelyt azonban a rendesnél jóval kisebb ($90 \times 100 \mu$). A szigeteken, a helyenként látható kisebbfokú sorvadástól eltekintve, kóros elváltozás nem észlelhető.

A szigetek számbeli viszonyait a következő táblázat tünteti fel: (lásd a következő táblázatot.)

A hasnyálmirigy ereinek fala sokhelyt szembetűnő változást mutat: a belhártya duzzadt, homogen, az ér lumene szűkült s néhol csaknem teljesen hyalin anyag zárja el.

A megszorodott laza interlobularis zsírszövetben itt-ott

* A pancreas feji részlete és teste a nagyfokú postmortalis elváltozás miatt pontosabb vizsgálat céljaira nem volt felhasználható.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Corpus p.	1	200	8	3	Az ép szigetek számaránya pontosan nem volt megállapítható
	2	200	2		
	3	200	9		
	4	200	5		
Cauda p.	1	200	31	15	
	2	200	33		
	3	200	34		
	4	200	25		

kisebb-nagyobb területen vérzés látható. A kivezető csőrendszer mindenütt ép.

Érdekes, hogy ezen esetben kifejezett érelváltozások mellett a szigetek csaknem teljesen épek voltak.

Megjegyezzük még, hogy a hasnyálmirigy feji részletéből származó metszetek postmortalis elváltozások miatt pontosabb vizsgálatra nem voltak alkalmasak.

XXI. Sch. I.-né, 45 éves, izr., mázoló neje. Kórházba való felvételekor előadja, hogy három hónapja heves gyomortáji fájdalmai vannak. Étvágya nincs. Bemondása szerint fokozott szomjúságot nem érzett s vizelete sem volt több a rendesnél.

Vizeletében sok cukor s kevés fehérje volt kimutatható. Alig néhány órai kórházi tartózkodás után comába esett s rövid, félnapi coma után elpusztult.

Klinikai diagnosis: Diabetes mellitus. Paralysis n. facialis. Albuminuria.

A bonczolati jegyzőkönyv (6548/65. 1904) adataiból a következőket idézem:

Atrophia pancreatis majoris gradus. Diabetes mellitus. A hasnyálmirigy súlya 37.2 gramm, a májé 1000 gramm. A két vese együttes súlya 255 gramm. Emaciatio. Anaemia universalis.

Szöveti lelet: A hasnyálmirigy lebenykéi általában csak kisebb mértékben, helylyel-közzel azonban, főképp a pankreas farkából származó készítményeken, szembetűnően sorvadtak. Az acinusok aprók, sejteik helyenként plasmaszegények s a mirigy-csővecskéket nem egyszer főképp a mirigy farki részletéből származó készítményeken csak néhány plasmanélküli, szabálytalan alakú sejtmag jelzi. Szigeteket a hasnyálmirigy fejében csak elvétve, corpusában közepes számban láthatni. A szigeteket a parenchymától kötőszöveti tok választja el, alakjuk kerek-ovalis, átlagos nagyságuk $136 \times 120 \mu$ (néhol azonban akár $220 \times 240 \mu$) s hámszejteik itt épek, másutt plasmaszegények. A sejtmagvakon kóros elváltozás — nevezetesen hyperchromatosis vagy piknosis — sehol sem látható. A hasnyálmirigy farkából származó készítményeken szigeteket egyáltalában nem találtam. Néhol láthatni ugyan a mirigylebenykék között szabálytalan, hosszúkas alakú, némileg — főképp intralobularis helyzetük után ítélve — a Langerhans-féle sejthalmazokra emlékeztető, kisebb-nagyobb, akár $90-120 \mu$ átmérőjű, magszegény kötőszövetből s néhány sötétre festődő, chromatinban dús, kerek magból álló góczokat, melyeknek sziget jellege azonban feltétlen biztonsággal nem állapítható meg.

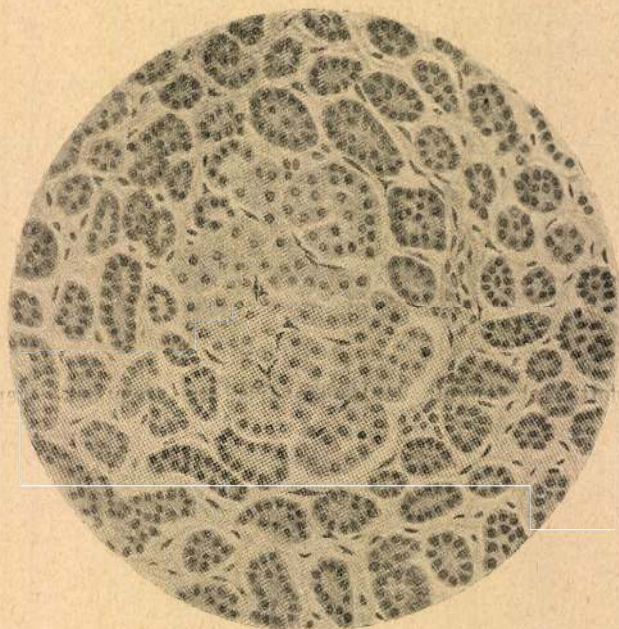
Ugy a lebenykéket egymástól elválasztó, mint a lebenykék intralobularis kötőszöve az egész hasnyálmirigyben mindenütt, legszembetűnőbben azonban a hasnyálmirigy farki részletében megszorodott. Némely helyen azonban az interlobularis kötőszövet csekély nagyítás mellett több látótér terjedelmű területet foglal el, melyben csak elvétve láthatni egy sorvadat mirigy-acinust s néhány kisebb-nagyobb, ép hámmal bélelt kivezetőcsövet. A megszorodott interlobularis kötőszövet rostos szerkezetű, magszegény, nagy ritkán hyalinos s itt-ott benne kisebb-nagyobb terjedelmű, mononuclearis jellegű gömbsejtekből álló beszűrődés látható.

A kivezetőcsövek hámbélése mindenütt szembetűnően ép. Helyenként a kivezetőcsövek a nagymértékben megszorodott interlobularis kötőszövetben csoportosan rendeződtek.

Sem a kisebb, sem a nagyobb erek falában nem mutatható ki kóros változás.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	180	10	6.66	Mint a XX. számú esetben
	2	180	12		
	3	180	15		
	4	180	11		
Corpus p.	a	270	49	18.3	
	b	270	47		
	c	270	50		
	d	270	51		

Néhol a van Gieson-féle festésnél a mirigyparenchyma sajátosan viselkedik: a lebenykék egy része ugyan s pikrinsavval a rendesnél jóval halványabb sárgára, eosinos festésnél élénk vörös színűre festődik. Az így festődő lebenykék sejtein az elválasztó sejtekre jellemző külső vonalás s belső szemcsés öv fel nem ismerhető s az egynemű protoplasma csak igen erős nagyításnál mutat szemcsézettséget. A magvakon néhol hyperchromatosis és zsugorodást láthatni.



I. ábra. Sajátosan festődő (chromophil) parenchyma-részlet.

Ezen a rendestől eltérő módon festődő acinusok a Langerhans-féle sejthalmazokkal, ha a finomabb szöveti szerkezeti különbségeket szem előtt nem tartjuk, könnyen összetéveszthetők.

XXII. K. K. 20 éves, kocsis.

Klinikai diagnosis: *Diabetes mellitus. Coma diabeticum.* A kórházba való felvételekor már soporosus volt a beteg s csak nehezen lehetett kikérdezni.

Bemondása szerint hosszabb ideje gyomortáji fájdalmai vannak. Diabetesre valló panaszai nem voltak: lehelete azonban erősen acetonszagú.

Vizelete savi vegyhatású, világos szalmasárga színű s úgy a Trommer-, mint a Nylander-féle cukorpróbat igen jól adja. Mennyileges cukormeghatározás, sajnos, nem történt. Az acetonpróba pozitív.

Bonczolat (6574/91 904 II/28 b. j.)

Diabetes mellitus. *Atrophia pancreatis.* (A hasnyálmirigy laza tapintatú, súlya 51 gm., mirigylebenykéi középnyagok, állománya kissé vérbő. Kivezető csöve szabadon átjárható.)

Egyéb eltérések: Tonsillitis abscedens praec. l. d. cum oedemate palati mollis et uvulae. Az egyén legalább is 30 évesnek látszik.

Szöveti vizsgálat:

A pankreas mirigyesei épek, sorvadás rajtuk nem látható.

Szigetek a hasnyálmirigy különböző részleteiből származó metszeteken, mint az az alanti táblázatból is kitűnik, nagy számban láthatók.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	mm ²			
	2	150	72		
	3	150	65	42	
	4	150	68		
Corpus p.	1	200	36		Az összes szigetek 30%-a kóros
	2	200	42	22	
	3	200	46		
	4	200	34		
Cauda p.	1	110	42		
	2	110	35	33	
	3	110	40		
	4	110	32		

A szigetek alakja kerek-ovalis s csak elvéve hosszúak. Nagyságuk akár $280 \times 220 \mu$, hámjuk jobbadán ép, ámbár sokhelyt plasmazegények a sejtek s néhol a sejtmagvak is sötétre festődnek s szabálytalan alakúak. A hasnyálmirigy kötőszöve szembeüőően megszorodva nincs ugyan, de itt-ott a mirigy-lebenyek között sok laza zsírszövet látható. A kivezetőcsövek hámbélése mindenütt ép. Az erek vérrel teltek, falukon kóros változás nem mutatható ki.

XXIII. H. I.-né, 25 éves, izr., lakatos neje. Klinikai diagnózis: *Diabetes mellitus. Coma diabeticum. Protrusio bulbi sinistri. Paralysis cordis.*

A klinikára való felvételkor előadja, hogy *anyja 36 éves korában cukorbetegségben halt el.* A beteg 1903. szeptember óta, ámbár igen jó étvágygyal és sokat eszik, szembeüőően lesoványodott s elgyengült 1904. januárja óta szomjazik, igen sokat, bmondása szerint 4-5 liter vizet, azonfelül még bort és tejet iszik. Október eleje óta étvágya nincs, nehéz a lélegzete, gyakori fejfájás kínozza és szédül.

St. praes.: A beteg testsúlya csak 38 kgm.

Vizelete világos szalmasárga, átlátszó, üledék nélküli, vegyhatása savi, fajsúlya 1022, a cukorpróbákat, nemkülönb az acetone és diacetsav reakcióját igen élénken adja. A vizelet napi mennyisége 3800 gm., cukortartalma 3.3%.

A felvételt követő napon a beteg coma tünetei között meghalt.

A bonczjegyzőkönyv (17/219. sz., 1904. október 5. b. j.) adataiból a következőket idézem:

Diabetes mellitus. (A hasnyálmirigy 19 cm. hosszú, akár 4 cm. széles, kissé lapos, lebenyekéi valamivel apróbbak a rendesnél, de nem feltűnően sorvadtak. Állománya elég tömött és szívós, középvértartalmú.) Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis incipiens. Thymus persistens. A pajzsmirigy középnagy, tömött, szívós, középvértartalmú. A bal mellékvese kicsiny.

Szövetteni vizsgálat:

A hasnyálmirigy acinusainak legnagyobb része teljesen ép, helylyel-közzel azonban kisebb fokban sorvadtak az acinusok, sejteik plasmazegények. Néhol kisebb területen a sejthatárok elmosódottak, a gyér plasma csak halványan festődik s az acinusokat csak néhány jobbadán ép sejtmag jelzi.

A mirigylebenyeket egymástól elválasztó és az intralobularis kötőszövet megszorodva nincs; itt-ott a lebenyekéiben kevés zsírszövet látható. A kivezető csövek hámbélése mindenütt ép. A nagyobb erek vérrel teltek. Érfalelváltozások nem mutathatók ki.

Sok helyütt a mirigyparenchymában sajátos, van Gieson eljárása szerint halványsárgára, haemotoxylin-eosinnal élénkvrőrsre festődő részleteket láthatni, melyeknek megfelelőleg a hasnyálmirigy elválasztó sejteire jellemző külső (vonalas) és belső (szemes) zóna fel nem ismerhető. A sejtek a rendesnél nagyobbak, duzzadtak, élesen elhatároltak, plasmájuk teljesen egynemű, a sejtmagvak azonban morphologiailag épek. E változás néhol csak az acinus egy részén, másutt több acinuson is látható. Úgy látszik,

hogy ezen átalakulás elő phasisa az elválasztósejtek fentebb jelzett tönkremenetelének.

A hasnyálmirigy parenchymájában *nagy ritkán* az interlobularis kötőszövevel összefüggésben nem levő, átlag $36 \times 58 \mu$ -nyi, de néhol akár $150 \times 160 \mu$ nagyságú, durvarostos, magzegény, itt-ott hyalin kötőszöveből álló csomókat láthatni. E csomók *eredete felől* a göreső nem ad felvilágosítást.

A *Langerhans-féle szigetek száma*, mint az alanti táblázat mutatja, *szembetűnően csekély.*

Pankreas-részlet	A metszet jelzése	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.		mm ²			
	a	210	1	0.71	
	b	210	3		
	c	210	0		
d	210	2			
Corpus p.	a	300	10	2.73	Az összes szigetek 99%-a ép
	b	300	8		
	c	300	8		
	d	300	7		
Cauda p.	a	170	9	6.5	
	b	170	15		
	c	170	10		
	d	170	11		

A szigetek legnagyobb része teljesen ép, alakjuk részint kerek ovalis, részint szabálytalanul hosszúak. Nagyságuk különböző; a legnagyobbak $200 \times 220 \mu$ -nyiak, az átlagos szigetnagyság azonban alig üti meg a $160 \times 150 \mu$ -t. A szigetek sejteik csak helylyel-közzel plasmazegények. Némely szigetben a plasmazegény magvak csoportokat képeznek, minek következtében különösen a sziget centralis részén kisebb-nagyobb hézag keletkezik, melynek megfelelőleg némelykor gyengén festődő homogen anyag s néhány hosszúmagvú kötőszöveti sejt látható.

Megjegyezzük még, hogy *a csak némileg is kóros szigetek száma igen csekély s ez esetben a szigetváltozásoknak nem, hanem inkább annak tulajdonítunk fontosságot, hogy a szigetek száma rendkívül kevés. Különösen kiemelendőnek tartjuk, hogy ez esetben szigetpusztulás az interlobularis sejthatalmazok csekély számát nem magyarázza.*

(Folytatása következik.)

Tárca.

Uti jegyzetek.

(Folytatás.)

Köpoésészéket, desinficiáló szereket s a népkonyhák betegkosztját a szegényorvos belátása szerint kiutalványozhatja, egyéb intézkedéseket a kerületi szegénybiztos (Armenpfleger) közvetítésével kezdeményez. A tervezet egyik leglényegesebb pontja, hogy „a szegényorvos a fertőzés lehető elkerülésére hasson közre az által, hogy a beteget családja körében izolálja“, a minek eszközei a köpés-hygiénéhez szükséges kellékek rendelkezésre bocsátásán s az erre való szorgos felügyeleten kívül külön evőeszközök, ruhák, ág s ágynemű kiutalványozása s végre arról való gondoskodás, hogy a betegnek külön hálószobája legyen, a mi a szegényalap költségén, de ezen esetben szigorú ellenőrzéssel történik, hogy a lakásbővítés csakugyan a kívánt célra szolgáljon. A lakás s ingóságok desinfectioja időközönként, azonfelül minden haláleset s lakásváltoztatás után kötelező.

Az eddigiekből látható, hogy a tüdőbajosokról való folytonos gondoskodás intézménye a szegényorvosokra új kötelességeket, lényeges munkatöbbletet ró. Ehhez képest ezen működésükért külön javadalmazásban részesülnek, olyan módon, hogy minden gondoskodásba vett család után évi 20 márka jutalomdíjat kapnak. A külön orvosi javadalmazásra szánt, már megszavazott összeg évi 10,000 márka, a mennyiben a gondoskodásba veendő családok száma *Buehl* előirányzata szerint mintegy 500-ra tehető.

Ezen összeg a gondoskodás költségeinek természetesen csak kicsiny töredékét teszi, a nagyobb rész a „készpénzsegélyezés“ s „nyilvános betegápolás“ budget-jét terheli.

Hogy ezen, mint említettük csak most életbelépő intézmény miképen fog beválni, azt eleve megjósolni nem lehet. De azon körülmény, hogy az egy máris nagy sikereket értelt actio kibővítése, továbbfejlesztése: már egymagában a legjobb prognózis állítására jogosít. Egyéb hasonló intézményektől — dispensaire, „Fürsorgestelle“ — a hamburgi szervezés már abban is különbözik, hogy a gondoskodásba vett egyének s családok a szegényigazgatóságtól függő helyzetben vannak, s következésképp a célba vett intézkedéseknek existentiájuk kockázatát nélkül nem szegülhetnek ellen. Másik, megbecsülhetetlen nagy előny, hogy a gondoskodás teljesen az orvosok kezében van s nem lehet kételkedni, hogy az orvos ezen működésre sokkal hivatottabb, mint a francia és belga dispensaire „ouvrier enquêteur“-je vagy a német „Fürsorgestelle“ Schwestere. Ezen előnyt még lényegesen öregbíti az a körülmény, hogy a szóban forgó orvosok hivatalos ellenőrzés alatt álló közegek, a kik működésükért ezen felül munkájukkal arányos javadalmazásban részesülnek. A communalis tevékenység mezijén Hamburg város ezen kezdeményezése mindenképen úttörő s mintaszerű!

Ugyancsak nagyon figyelemre méltó a hamburgi „Medizinalamt“ azon törekvése, hogy esetenként hatósági intézkedéssel korlátozza a gümös fertőzés terjedését. Sieveking városi főorvos kezdeményezésére¹ mintegy két hónapja indult meg az ezirányú tevékenység külön e célra szegődött munkaeörökkel. Minthogy Hamburgban a tuberculosis-esetek bejelentése (elhalalozásoktól s kórházi felvételtől eltekintve) nem kötelező, a főorvosi hivatal a Hansavárosok biztosító intézetével egyezett meg abban, hogy az előbbi jelentés minden sanatoriumi kezelésre ajánlott, felvett vagy visszautasított esetről. Tekintve, hogy Németországban a lakosságnak mintegy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ része a rokkantbiztosítás kötelekébe tartozik (Hamburgra nincsenek külön adataim), tekintve továbbá, hogy a biztosított tüdőbetegek manapság a sanatoriumi kezelésre való igényüket érvényesíteni el nem mulasztják, ilyen módon a megbetegedéseknek jelentékeny része jut hivatalos tudomásra, mindenesetre elegendő anyag a szerényebb keretben való kezdeti működésre. Ezen esetekben azután a főorvosi hivatal közegei hivatalos vizsgálat s szemle alapján jegyzőkönyvet vesznek fel a beteg családi, kereseti s lakásviszonyairól s megállapítják az esetleges hivatalos beavatkozás szükségességét és módját. Az utóbbi azon esetben, ha az egyszerű felszólítás vagy tanácsolás nem vezet célra, a törvényszabta keretben mozog. Számba jő a kötelező fertőtlenítés, zsúfolt vagy egyébként egészségellenes lakások kiürítése (a „Behörde für Wohnungspflege“ igénybevételével), a műhelyhygienére vonatkozó rendeletek érvényesítése stb. Fontos, hogy Hamburgban a közegészségügyi hatóság jogköre a szokottnál jóval nagyobb, a mennyiben az 1879. évi úgynevezett „Verhältnissgesetz“ (Gesetz betreffend das Verhältniss der Verwaltung zur Rechtspflege) alapján módjában van intézkedéseinek bírságok kivétele által érvényt szerezni. A „Medizinalamt“ tevékenysége tehát a hatósági óvintézkedéseket érvényesíti a tuberculosis elleni küzdelemben.

Kizárólag hamburgi állami illetőségűek számára szolgál a geesthadti „Edmundsthal“ sanatorium, Siemers Edmund hamburgi polgár alapítása, a ki a hamburgi állam által rendelkezésre bocsátott területen építette s rendezte be a mintegy 160 beteg befogadására képes intézetet. Edmundsthal Hamburgból nem a legkényelmesebben érhető el, a mennyiben a közeli Bergedorf állomástól még jókora kocsintat kell megtennünk, de megtekintése ezt a fáradságot megérdemli. Megkapó látvány, ha a kissé egyhangú lapály után, a melyet a kocsitűt átszel, a női osztály valamelyik erkélyére lépve mélyen alattunk egyszerre feltűnik a lassan, méltóságteljesen hömpölygő Elba. Egyébként, a mi az intézet megtekintése alkalmával leginkább lebilincsel vezető orvosának, Ritter dr.-nak orvosi kvalitásaival egyesült nagy socialis érzéke, a mely az intézet ügymenetének minden részletében megnyilatkozik. Edmundsthal fenntartásához Hamburg állam évi 100,000 márkával járul s ez teszi lehetővé a nagyon csekély, napi 2 márka ellátási

díjat; viszont az ápolási díj alacsony volta magyarázza az önköltségükön ott tartózkodó betegek nagy számát, pl. 1903-ban a férfiaknak 35, a nőknek 54%-a maga fizette ápolási díjat, ezektől eltekintve a férfiaknál főleg betegsegélyző-pénztárak, a nőknél nagyon jelentékeny mérvben (35-50%) a szegény-intézet viseli az ápolási költségeket, a Hansavárosok biztosító intézete csak kevéssé veszi igénybe a geesthadti intézetet, a mennyiben tagjait nagyjából saját sanatoriumaiban helyezi el.

Tudvalevőleg a Hansavárosok biztosító intézetének igazgatója, Gebhard volt az, a ki a rokkantbiztosítás törvényszövegezésének genialis és merész interpretációjával ezen intézményt a német birodalom közegészségügyi fejlődésének első tényezőjévé, a tuberculosis elleni küzdelemnek, első sorban a sanatoriumi mozgalomnak alapkövévé emelte. E sorok írója el nem mulaszthatta a kínálkozó alkalmat, hogy ezt a férfiút, a ki megérte, hogy az általa hirdettetett eszme az ellenszegülő kishitűség, kételkedés s a gyakorlati akadályok töménytelen sora dacára legnagyobb méretekben tetet öltött, személyesen megismerje. Mai nap, a mikor a német rokkantbiztosítás működésének súlypontját éppen Gebhard idejére képezi s ezzel az annakelőtte merev burokratias intézmény egy egész ország népessége megóvásának s egészséges továbbfejlesztésének életteljes küzdőterére lépett, alig képzelhetők el azon akadályok, a melyek a termékeny reform elé tornyosultak. A kit ezen nagy ügyért folytatott küzdelem részletei érdekelnék, az olvassa el Gebhard-nak elfogulatlanul, szinte száraz szenttelenséggel megírt beszámolóját.¹

Manapság az irányadó tényezők a biztosítottak s a biztosítási intézmény vezetői a Gebhard kezdeményezte irányt egészen magukévá tették. A kritika azonban el nem némult, a mi jogos és kívánatos is, a midőn a munkások s munkaadók filléreiből összegyűlt millióknak czélszerű gyümölcsötzetéséről van szó. Újra s újra felhangzik az az ellenérv, hogy a megelőző gyógyeljárásra szánt nagy összegek nem térülnek meg, mivelhogy nem vezetnek a kezelték munkabírásának — huzamosságban s fokban — egyenértékű helyreállítására. A „megelőző gyógyeljárás“ rentabilitásának kérdésével már volt alkalmam e lap hasábjain foglalkozni. Magukat a biztosító intézeteket ez a kérdés első sorban azon szempontból érdekli, vajjon a gyógyításra, a rokkantság elhárítására fordított összegek megtérülnek-e olyan módon, hogy a kifizetendő rokkantsági járadékok összege arányosan megcsökken? Az első határozott választ erre a kérdésre éppen Gebhard-tól kaptam s ez a válasz tagadó volt. Járadék megtakarításáról s sincs. Már azért sem, mert a sanatoriumi kezelés az invaliditást általában csak elodázza, de nem hártja el. Ez: Gebhard nyíltan s nyugodtan elismerheti azért, mert ezt a lehetőséget számba vette már akkor, a midőn a biztosító intézetek ilyen irányú működése érdekében első ízben szállt síkra a nagy nyilvánosság előtt. 1895. szeptember 12.-én a „Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ stuttgarti gyűlekezetén kifejtette, hogy az eljárás akkor is kívánatos és jogos, s akkor sem ütközik a törvény betűjébe s szellemébe, ha a megelőző gyógyeljárás költségei nagyobbak s az elért gyógyulások száma kisebb, semhogy a költségek megtérülése lehetséges volna.

„Ha számba vesszük — írja tovább —, milyen nagy általános gazdasági előny származik abból, ha ezek munkaképessége áll helyre vagy marad meg évek sorára, ha számba vesszük, hogy nagyjából olyan emberekről van szó, a kiknek családjuk van, melyről gondoskodniok kell, gyermekeik, a kiknek az életre való nevelése az atya elhunytával majdnem mindig lényeges esorbát szenved, szóval: ha számba vesszük az egyéni jólét, a gazdasági s erkölcsi fejlődés azon összességét, a mely attól függ, hogy a népesség igen lényeges része egészségi állapotának szóban forgó megjavítása keresztülvitetik-e, úgy nem habozunk ezen rendszabályt kívánatosnak tekinteni az esetben is, ha a magam számítása egyelőre be nem válnék, vagy egyáltalán tulságosan optimistikusnak mutatkoznék, s a gyógyeljárás nagyobb összeget igényelne mint a járadékok“. A lefolyt évek tapasztalatai az utóbbi tényállás mellett tanuskoznak. Hogy a rokkantbiztosításnak a tüdőbajosok gyógyítása terén kifejtett tevékenysége ennek ellenére a

¹ Az itt közölt adatokat is Sieveking dr. úrnak köszönöm.

¹ Die Beteiligung der Landesversicherungsanstalt der Hansastädte an der Bekämpfung der Tuberculose. Lübeck. 1904.

szám szerint nem mérlegelhető mozzanatoktól eltekintve is evidens gazdasági haszonnal jár: annak bebizonyítására *Gebhard* a párisi tuberculosis-congressusra szánt jelentésében érdekes számítás végeztet, a melyet volt szíves közölni velem. Nemzetgazdasági nyereségképen csak az a kereset jö számba, a melyet valaki saját személyének szoros fenntartásán kívül akár családjá javára fordít, akár egyéb módon hoz forgalomba. Ha ez a többlet azoknál, a kik a sanatoriumi kezelés folyamán gyógyeredményt értek el, csak évi 300 márka, máris meghozza az összes ápoltak (inclusive az eredménytelenül kezelték) gyógyítási költségét. Kétségtelen, hogy nem a járadék megtakarítás, de a helyreállott, az összesség javára fordítható munkabírás adja meg a sanatoriumi kezelés nemzetgazdasági jelentőségének mértékét. S ezen szempontból *Gebhard* számítása világos s meggyőző. A kétséget teljesen eloszlatni azonban nem képes. Ha el is ismerjük, s ezt tagadni nem lehet, hogy a sanatoriumból kikerült munkások munkabírása felér az ápolás költségeivel, úgy a német sanatoriumok nagyon könnyű beteganyagának számbavétele mellett el nem fojtható az az ellenérv, hogy ezen munkabírásnak csak egy töredéke irható a költséges kezelés javára, másik része a kezelés hijján is jó időre megmaradt volna. A valódi, a költségekkel egybevetendő nemzetgazdasági eredményt — ezt más helyen volt alkalmam kifejtetni² — nem a kikerült betegek összes munkabírása, de annak egyenesen a kezelésnek köszönhető része adja meg.

Ezen ellenérvre *Gebhard*-tól sem nyertem megnyugtató választ. S nem is várhattam. A sanatoriumok nemzetgazdasági jelentőségének kérdése itt egy specialis orvosi kérdéssé csúszosodik, a melyre válaszolni csak akkor lehetne, ha a tuberculosis lefolyását, tartamát, prognózisát s a munkabírásra való befolyását olyan kimerítő módon ismernők, hogy a fenti egyenlet x-jét mi orvosok ki tudnók tölteni.

(Folytatása következik.)

Róth-Schulz Vilmos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Sabouraud: Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale. Avec 231 figures dans le texte. Paris, Masson et Cie. 1905.

Az előttünk fekvő 736 oldalas vaskos bőrgyógyászati munka neves szerzője új és minden tekintetben érdekes célt kívánt szolgálni, a mikor könyvében a dermatológiát anatómiai tájékok szerint tárgyalja. Nézete szerint a bőrgyógyászattal szakszerűen nem foglalkozó orvosok gyakran jutnak oly helyzetbe egy-egy bőrbántalommal szemben, hogy azt fel nem ismerve, módját sem találják annak, hogy azt a tan- és kézikönyvek útvesztőjében leírás nyomán fellelhessek s így némiképp megismerjék. A tájékozás megkönnyítése céljából tehát az egyes tájékok szerint tárgyalja az ott előforduló és leginkább szóba jövő bőrbetegségeket épen úgy, a hogy azt az anatómus a különböző régiókban előforduló képletekkel, erekkel, idegekkel teszi. A cél tehát világos és kétségtelenül helyes is, mert a gyors megtalálás jóval könnyebb pl a tenyérre is kiterjedő vagy egyedül ott localizálódó bőrbetegségek esetén akkor, ha azokat egy csoportba összefoglalva, egyenként röviden jellemezve találjuk. Ily értelemben *Sabouraud*-nak kísérlete fényesen sikerült, mert a feladatot jobban alig lehetett volna megoldani. De az is kétségtelen, hogy e tárgyalási methodus némi hátrányokkal is bír, ezek közül az első és elkerülhetlen a gyakori ismétlésekbe való esés. Mert, hogy egyebet ne említsünk, pl. a lupus, eczema, syphilis oly betegségek, melyek úgyszólván egyetlen testrészt sem kímélnék meg s így szükségképen minden tájéknál felemlítendőek. *Sabouraud* is ezt teszi, de nagy ügyességgel, sőt virtuositással kerüli az unalmas részletezéseket, a mit úgy ér el, hogy mindig kiemeli az egyes tájékokra jellegzetes bajokat és azoknak a megfelelő helyi viszonyok következtében történt változatait.

Sabouraud az egyes fejezeteket meglehetősen felaprózza, a mennyiben pl. a fejet számos regiora, szervre bontja. Ez helyes is, mert különben csaknem az összes bőrbántalmakat végig kellene sorolnia. A leírást az arcz bőrbetegségeivel kezdi; utána következik a szájüreg, ajkak fejezete s így halad végig az egész test felületén. A leírás mindenütt rövid, velős s bámulatra méltó könnyedséggel jellegzetes. Egy-egy betegség leírása alig fél vagy egész oldalra terjed. Kitünően, bár szükségszerűen szerfelett röviden, a gyógykezelés is érintve van. Legfőbb erejét látjuk azonban a munkának a számos, kiválóan szép ábrában, melyek valóban mintaszerűek. Ezek csaknem kivétel nélkül a párisi *St. Louis*-kórház világhírű moulage gyűjteménye nyomán készültek és már a híres *Besnier*-, *Brocq*-, *Jacquet*-féle nagy gyűjtőmunkából ismeretesek. Szerző munkája végén, függelékképpen még a syphilis, tuberculosis, lepra és malleus sémás leírását is adja, melyben e betegségeknek általános tüneteit, tulajdonságait ismerteti.

A munka minden tekintetben felette érdekes és értékes, s mint ilyen — céljának megfelelően — főleg a gyakorló orvosoknak ajánlható. A mű kifogástalan kiállítása kiadóját dicséri.

Guszman.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A mellékpajzsmirigy és az eklampsia. Körülbelül 15 évvel ezelőtt fedezték fel az úgynevezett mellékpajzsmirigyet. Azóta tudjuk, hogy mindkét oldalon két-két borsónyi vagy még kisebb mellékpajzsmirigy van, s hogy ezenkívül néha elszórva egyes apróbb szigeteeskék is található. Ez a felfedezés magyarázta meg az azelőtt végzett állatkísérletek (pajzsmirigykiirtás) egymással össze nem egyeztethető adatait. A mellékpajzsmirigynek ugyanis a pajzsmirigyétől eltérő igen fontos működése van, s nagyon megváltoztatja az eredményt, hogy vajjon a pajzsmirigygyel együtt egészen vagy részben eltávolítottatik-e vagy pedig visszamarad. Természetes, hogy a mellékpajzsmirigy ismerete előtt mind a három eset beállhatott a pajzsmirigy kiirtásakor a kísérletező szándékán kívül, s innen az ellentmondó eredmények. A legutóbbi évek vizsgálatai azonban világot vetettek nemcsak a mellékpajzsmirigy bonczatani viszonyaira, hanem egyúttal annak élettani szerepére is. Kiderült, hogy *functioja a normalis anyagcsere folyamata alatt is keletkező mérges melléktermékek neutralizálása.* A mellékpajzsmirigyüktől megfosztott állatok heves görcsroham közben pusztulnak el igen rövid idő alatt. Ha nem pusztulnak el a kiirtás után, akkor egy mirigydarabka kétségtelenül visszamaradt. Ezeket a viszonyokat régebben már *Gley*, *Eiselsberg*, *Biedl* s mások is kutatták, de legújabbán különösen *Vassale* tanár (Modena) foglalkozott nagy terjedelmű kísérletek alapján ezzel a kérdéssel, s kísérleteinek nagyfontosságú eredményeit legújabbán az *Archivio Italiano di Biologia* utolsó füzeteiben foglalta össze.

Vassale tömémentelen állatkísérletet végzett. Kiirtotta az összes mellékpajzsmirigyeket, vagy pedig visszahagyott egyet, kettőt vagy hármat. Említettük már, hogy az állatok a mellékpajzsmirigyek teljes kiirtását nem élik túl, a részleges kiirtás után azonban életben maradnak. A műtét után fellépő görcsök gyorsan elmúlnak, a visszahagyott mellékpajzsmirigy elegendő a szervezet méregtelenítésére. A mellékpajzsmirigyektől részben megfosztott állatok évekig élnek minden betegségi tünet nélkül. A normalis körülmények között keletkező mérges anyagcsere-termékek neutralizálására elegendő a mellékpajzsmirigy visszahagyott csekély részlete is. Megváltozik ellenben ez az állapot, mihelyt a szervezet méregtermelése fokozódik. A mellékpajzsmirigy kiirtott részét ugyanis nem pótolja a megmaradt részek növekedése, s így fokozott mennyiségű mérges anyagcsere-termékeket neutralizálni többé nem képes, s fellépnek az előbb említett görcsrohamok. Fokozott méregtermeléssel járó állapotok *Vassale* szerint a terhesség, gyermekágy, szoptatás, chronikus bántalmak (eczema) stb. Ezt az elméletét *Vassale* számos adattal bizonyítja. Nagyon jellemző példák a következők: Egy nőtény kutya a mellékpajzsmirigy részleges kiirtása után 5 évig teljes egészségben élt, míg teherbe nem esett, a mikor is a leghevesebb görcsök léptek fel, melyek mindenestre elpusztították volna, ha *Vassale* később említendő gyógyszerével meg nem menti. Egy

² „A tuberculosis elleni védekezés mai állásáról stb.“ Orvosi Hetilap 1905. 30. sz. (Melléklet.)

másik kutya a műtét után két évvel (mely idő alatt teljesen egészséges volt) esett teherbe. A görcsök a szülés után léptek fel, s ez a tünet a kutyának második terhessége alatt ismétlődött. Ezek csak a legjellemzőbb esetek *Vassale* számos, teljesen meggyőző adata közül. A gyógyszer az előadottakból önmagától következik, s nem egyéb, mint a mellékpajzsmirigy kivonata. Ezzel a kivonattal *Vassale* a görcsöket pontosan meg tudta szüntetni, s így az állatokat sikerült életben tartania.

Ezen kísérletei alapján már most *Vassale* azon tételt állítja fel, hogy az *eclamptia oka a mellékpajzsmirigy elégtelen működése*. A mellékpajzsmirigy születés óta gyengén lehet fejlődve, s nem képes a fokozott mértékben termelt mérges anyagcsere-termékeket neutralizálni. Ezt bizonyítja az a tapasztalat, hogy az eklampsiánál az öröklési viszonyok valamelyes szerepet játszanak. Így pl. több eset ismeretes, hol az eklampsia ikernővéreknél lépett fel. De lehet a mellékpajzsmirigy gyengült funkcióképessége szerzett is, a myxoedemában szenvedő asszonyok különösen könnyen kapnak eklampsiát. Ezek után már csak a klinikai kísérlet volt hátra, s *Vassale* elmélete kiállotta a tűzpróbát. *Fabbi* és *Bossi* professorok eklampsia 3 esetében alkalmazták *Vassale* kivonatát, s az eredmény — a mint azt a kórtörténetekben olvashatjuk — egyszerűen a csodával határos. A közölt számos exact állatkísérlet és a pontos kórtörténetek elolvasása után alig maradhat fenn kétség az iránt, hogy *Vassale* megtalálta az eklampsia biztos gyógyszerét.

Vassale kísérleteit más betegségekre is kiterjesztette, ilyenek pl. a tetania, chorea, epilepsia, s ha e téren kísérletei még nincsenek is befejezve, az eredmények mindenképen a kísérletek nagykiterjedésű folytatására indíthatnak. Nem kevésbé fontosak *Vassale* azon adatai, melyek az operált állatoknál néha fellépő pszichikai zavarokra vonatkoznak. Ezek a zavarok némely elmebetegségnél fellépő tünetekre emlékeztetnek, úgy hogy a therapiának talán még itt is lehetne valamely szerepe. Nagyon kívánnos volna, ha *Vassale* eredményeit mihamarabb számos ellenőrző kísérlet megerősítené.

Madzsar József dr.

Idegkórtan.

A traumás neurosisokról *O. Leers* a berlini államorvostani intézetben szerzett tapasztalatait mondja el. Az esetek mind per miatt voltak megvizsgálva és 3 csoportba oszlanak. Az elsőbe nyolcz eset tartozik, melyekben a trauma az egész test megrázkódtatásában állott, mindannyi nagy ijedtséggel és kisebb-nagyobb sérülésekkel járt. Ezek közül 3 esetben sem öröklött terheltség, sem régebbi neurasthenia kimutatható nem volt, két beteg neurastheniás alkoholista volt, egy beteg arteriosclerosisban, egy középfülgyulladásban szenvedett. A 2. csoportba 16 eset sorolható, ezek a fejükre kaptak ütést. 2 beteg alkoholista volt, 10 betegen nem volt ideges terheltség s 1 azelőtt is ideges volt, 3 beteg arteriosclerosisban, illetőleg chlorosisban szenvedett. A harmadik csoportba 4 eset tartozik, ezekben psychés trauma volt a kiinduló pont. Az ezen betegeken észlelt tünetek 14 esetben tisztán neurastheniások voltak, a többiekben hysteriás, hypochondriás, melancholiás panaszok szerepeltek.

A tünetek többnyire azonnal a trauma után támadtak, csak egynehányszor telt el a trauma és a baj közt egy-két nap. A betegség minden esetben nagyon makacs volt. Jelentékeny javulás csak ritkán és akkor is csak évek múltán állott be; a jelentéktelennek látszó tünetek is csak nehezen javultak, sőt egyszer-mászor állandóan rosszabbodott a beteg állapota. A trauma foka nem állott arányban sem a tünetek súlyosságával, sem a körlefolyással. Ebben a tekintetben fontosabb volt a hereditás vagy a betegnek előbb is fennállott neurastheniája, esetleg egyéb baja. Befolyással volt továbbá a beteg vagyoni helyzete, a per menete és a környezet suggeráló befolyása. Súlyosbító az autosuggestiók, a melyek alatt a bajba került ember áll, sokszor rosszra vezet a szakértő orvos nyilatkozata a per alkalmával, továbbá a kártérítő fél részéről jövő gyanúsítás, mely tettetéssel vádol és a mely még inkább izgatja a beteget arra, hogy pörét minden forumon keresztül hajtsa ugyannyira, hogy L. 3 esetében valóságos querulans lett a sérültből.

A körjelzésben a tettetéstől való megkülönböztetés ütközhetik nehézségbe, de a tettetés nem igen sikerül hosszabb időre,

ezért szabálynak tekintsük, hogy a traumás neurosisban szenvedő beteget mindig többször vizsgáljuk, mielőtt végleges véleményt adnánk róla. A betegre a tettetést kimondani csak nagy óvatossággal szabad. Nagy hiba az, ha pl. ezt a betegre rásütik, mint az egy esetben történt azért, mert az a Romberg-tünetre való vizsgálatkor lábujjhegyre állva ingadozott. Tekintetbe kell ilyenkor venni, hogy a betegnek izgatottsága és esetleges túlzása nagyon is érthető akkor, mikor a vizsgálat eredményétől függ egész jövője. L. az ő általa vizsgált esetekben egyetlen egyszer sem találkozott tettetéssel, sőt még a fontos tünetek czélzatos nagyításával sem, legfeljebb a subjectiv panaszokban volt néha önkéntelen túlhajtás.

Psychikai tünet minden esetben volt, 5 beteg elmebajos volt és pedig kettő paranoiás, három demens (posttraumás dementia kisebb agyvelősérülések alapján Köppen szerint).

A német törvények a járadék megítélésakor tekintetbe veszik, hogy az illető más, eddig nem üzött munkára nem marad-e képes a baleset után. Ez az intézkedés szigorú és jogtalan is, mert ha pl. festőt ér a baleset, úgy az talán még sok mindenfélre lesz képes, ha nem is tud festeni és pedig olyan munkára, a melynek végzését tőle kívánni nem lehet.

Gyakran fordul elő és jogtalan, ha a sérült fél a kezelési költségek fejében erősítő szerek czime alatt értéktelen orvosságokra, borokra, vagy hizlalókúrára kívánja kiadásainak megtérítését. A beteg, különösen ha műveletlen, jogtalanak tartja a felszólítást, hogy dolgozzék és így sajnos, az ilyen felszólítás már előre bizalmatlanságot kelt, azzal szemben a beteg ingerült lesz és így csak ront a bajon.

Az a kérdés, hogy miképen lehetne a sérültet minél előbb munkaképessé tenni, már elejétől fogva foglalkoztatta a megfigyelőket. *Auerbach* figyelmeztet, hogy mennyire helyes volna a baleset után az első súlyosabb tünetek elmúltával könnyű munkára fogni a beteget. Az életjáradék, melytől a beteg gyógyulása után elesik, akadályozza a munkaképességet, mert a beteg fél, hogy a járadékot elveszti, ha dolgozni fog. Ezért ma egyhangúan életjáradék helyett annak egyszerre egy összeggel történő megváltását ajánlják. A beteg felépülése olyan előnyös dolog, hogy ezzel szemben elesik, hogy ha egyik-másik valamivel többet kap, mint a mennyit jogosan kívánhat.

A traumás neurosisok kezelése sanatoriumban jobban sikerül, mint a magángyakorlatban, e célra ma már népsanatoriumok állanak a szegény munkásosztály rendelkezésére Németországban. (Berliner Klinik, 1905. 205. f.)

Kollarits Jenő.

Agydaganatban álmokör állott fenn *Blum* esetében. A beteg halála előtt körülbelül 1 hónapig aludt és lélegzésbénulásban halt meg. A boncolás a bal középponti tekervényben ülő rákot derített ki, az első gócz a tüdőben volt fellelhető. Az álmokör a polioencephalitis haemorrhagica superior egy tünete szokott lenni és gyakran észlelhető olyan agydaganatokban, melyeknek székhelye a szemizommagvak magasságában van. A közölt esetben ezen a helyen azonban semmi kóros elváltozás nem volt, tehát az álmokörnek nincs határozott jelentősége a daganat helyének megállapításában. Az eddigi vizsgálatok azt mutatják, hogy a daganat minőségéből sem magyarázható az álmokör. Érdekes még, hogy a közölt kórtörténetben az első tünet kar-monoplegia volt, mely visszafejlődött és ezért a szerzőben a hysteria gyanúját keltette, míg a pangásos papilla kifejlődésével helyes útra nem terelődött a körjelzés. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905. október 23.)

Kollarits Jenő.

Belgyógyászat.

A köszvény diatás kezelésében követendő individualizálásról ír *Noorden* és *Schliep*. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy oly köszvényes betegnél, kinél diatás eljárással sikerült a húgysavretentiót megszüntetni, más szóval kinél az exogen és endogen húgysav-kiválasztás teljes, nagyobb mennyiségű húgysavat képző táplálék mellett már néhány nap múlva újabb köszvényes roham jelentkezik, a húgysav kiválasztása pedig a táplálékkal bevitt húgysavat képező anyagok mennyiségéhez mérten *csökkentebb*. Mint-hogy az a határ, mely mellett a köszvényes által a táplálékkal felvett, illetve a szervezetében képződő húgysavmennyiség még

teljesen kiválasztatik, *egyéniileg változó*: Noorden és Schliep a köszvényeseknek — a hogy az diabetesben a cukorkihasználást illetőleg szokásos — húgysavképző anyagokkal szemben tanúsított toleranciáját határozza meg. Ép egyén vizeletében — ha előzetesen purin-anyagoktól mentes kosztot tartották — két egymásutáni napon át adott 400 gm.-nyi marhahús adagolása után körülbelül 0.24 gm. purin-anyag (= 0.72 gm. húgysavval) jelentkezik, melyet a szervezet a hústáplálás napján, vagy az azt követő 48 órában választ ki. Köszvényesnél másképp áll a dolog: egyfelől kisebb a kiválasztott purin-anyagok napi mennyisége, másfelől hosszú ideig eltart a kiválasztás, a kiválasztott összes purin-anyag pedig a normalisnál jóval kevesebb. A köszvényesnek tehát kisebb, 200—200 gm.-nyi húsadagot adnak a szerzők s azt a határt igyekeznek megállapítani, mely mellett még nem jelentkezik betegükénél purin-anyag retentio. Ha pl. 200 gm.-nyi húsadag után teljes a húgysav-kiválasztás, úgy ennyi hús élvezete a betegnek megengedhető. (Berlin. klin. Wochenschr., 1905. 41. szám.)

Halász Aladár.

Nephritis achlorica vicariáló gyomornedv-hypersecretioival név alatt sajátos, eddig két esetben észlelt kórképet ír le Bing (Kopenhága). Mindkét betegénél csekélyfokú fehérjevizelettel járó veselob volt kimutatható, a vizeletben hyalin és szemcsés hengerekkel; vizenyője egyik betegnek sem volt. A pontosabb vizsgálatkor az derült ki, hogy a vizelet mindkét esetben chloridmentes. Mindkét beteget, kiknél úgy az uraemia, mint a crise gastrique biztossággal ki volt zárható, időnként jelentkező s nehezen értelmezhető hányás kínoztta. A gyomor nagysága és fekvése mindkét alkalommal rendes, a gyomornedv *copiosus*, normalis sósavtartalommal, miért is szerző eseteiben gastrosuccorrhoea continua periodicára gondol. A gastrosuccorrhoea okát szerző a chlorretentióban keresi: a vesék útján nem távozhatott a konyhasó, tehát a vicariálólag jelentkező bő gyomornedv secretioval s hányással igyekeznek a szervezet a konyhasót magából kiküszöbölni. Bing eseteit veselobhoz társuló heveny chloridmérgezésnek tartja. Az egyik esetben NaCl adagolásával sikerült a gyomornedvelválasztást fokozni. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905. 40. szám.)

Halász Aladár.

Vörhenyben szenvedő anya szoptathatja-e gyermekét? Ezzel a kérdéssel foglalkozik Salge, s arra az eredményre jut, hogy heveny fertőző betegségekben szenvedő anyák szoptathatják gyermekeiket. Természetesen lehetnek olyan esetek, a melyekben a betegség szokatlan súlyos volta vagy veszélyes szövődmények ellenjavallják a szoptatást. A mi a vörhenyt illeti: a csecsemőre már csak azért sem háramolhatik veszély, mert féléves korukig a gyermekek úgyszólván immunisok a scarlatinával szemben. Arra is lehetne azonban gondolni, hogy a streptococcusok, a melyek vörhenyben jelentős szerepet játszanak, válhatnak ilyen esetekben a csecsemőre nézve veszély forrásává. A streptococcusok azonban csak akkor lehetnek jelen nagyobb mennyiségben a tejben, ha már a vérben is nagy mennyiségben vannak, vagyis sepsis van, ilyenkor pedig a szoptatás amúgy is ki van zárva. De még ha jutnának is a tejjel streptococcusok a csecsemő tápcsatornájába, valami nagy bajt nem okozhatnak, hiszen ismeretes, hogy streptococcus okozta genyes emlőlob eseteiben akárhányszor szoptatnak nők, a csecsemőre nézve káros következmény nélkül. Csak arra kell ügyelni, hogy a csecsemő oktalan szájjápolása (mechanikai tisztogatás) következményeképp ne legyenek hámfosztott, sérült helyek a száj nyálkahártyáján, mert ezeken át a streptococcusok könnyen bejuthatnak és septikus fertőzés okává válhatnak. Ha az anya diphtheriában betegedett meg, a szopó csecsemőt czélszerű vérsavóval immunizálni. Az egyedüli fertőző betegség, a melyben elvből megtiltandó a szoptatás, a gümőkór. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 36. szám.)

Sebészet.

Hímveszűrők ritka esetét ismerteti Creite a göttingeni sebészeti klinikáról. E kórkép két éves fiúnál lépett fel, 8 napig heves priapismussal járt, mely sem alváskor, sem narkosisban nem szűnt meg. A daganat a gáttájról indult ki és másodlagos úton a cavernosus testekre áttérjedt. A mütét a gáttáji daganat kiirtásában és a hímvessző amputációjában állott, de a beteg a

mütét után (bronchitis) meghalt. A göröcsövi lelet a makroszkopikus kórismét megerősítette. Ritka eset, a mennyiben az irodalomban ismertetett 616 esetből 20 éves koron alul fellépett penisrák még nem fordult elő. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1905. 79. köt.)

Steiner Pál dr.

Makacs traumatikus epilepsia tartós gyógyulását észlelte Fraenkel egy betegénél, a nála talált 2 nagy koponyacsontdefectus (7×4 és 6×3 cm. átmérőjű ovalis hiányok) celluloid-lemezzel való pótlása után. A gyógyulás immár 8 év óta állandó és teljes. E fényes eredmény mindenestre ellene mond annak a Kocher-féle thesisnek, hogy a koponyadefectusoknak — akár sérülés, akár trepanatio folytán származzanak — nyitvahagyása a legczélszerűbb. A koponyadefectusok elzárása ellenkezőleg a koponyafürő circulatio szabályozása révén az abnormis intracranialis nyomást Fraenkel szerint kedvezően befolyásolja s azért Stieda és Bunge-val egybehangzólag ő is a koponyadefectusok lehető korai elzárása mellett tör lándzsát. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 38. szám.)

Pólya.

Hogy a nyaki mirigyek tuberculosisának kiinduló pontja a garatmandola lehet, arra utal Ivens nek egy esete, melyben a makroszkopice normalisnak látszó garatmandolában histologice kifejezett gümősödést talált; betegének sajtos nyaki mirigyei is voltak. Az irodalomból is számos szerzőt említ, a kik adenoid vegetatiók systematikus vizsgálatakor az esetek jókora számában histologice vagy oltás útján gümőkört voltak képesek kimutatni, úgy hogy igen valószínű, miszerint a garatmandola többször képezi nyaki mirigyek tuberculosisának forrását, mint gondolnók. (The Lancet, 4281. sz.)

Pólya.

Puerperalis infectio okozta léptályogról számol be Holdich Leicester. A 30 éves nőnél eklampsia miatt fogómütétet végeztek; utána bűzös folyás, hőemelkedések, koronként göresök. 12 nappal a művileg befejezett szülés után peritonitis tünetei mutatkoztak, a mi miatt műtéti beavatkozás is történt, azonban sikertelenül s az asszony 16 nappal a szülés után meghalt. Sectionál a lépben annak felső felét teljesen elfoglaló nagy tályogot találtak, egy másik eltolt tályog a lép és diaphragma között volt. A lép solitaer tályogjai, a nélkül, hogy más szervekben lennének pyaemikus lerakódások, különben is szerfelett ritkák és mint puerperalis infectio következményeit eddig nem irták le. (The Lancet, 4281. sz.)

Pólya.

357 epityphlitis-mütétet vezetett az utolsó másfél évben Riedel, ebből 300-at a roham alatt, 57-et a froid stadiumban; ez utóbbiak mind gyógyultak, az előbbiekből 21 meghalt és pedig 16 peritonitisben, 3 pneumoniában, 1 subphrenikus tályog és 1 oesophagus-perforatio okozta pyopneumothorax folytán. Az első 36 órában operáltak közül egy sem halt meg. Riedel feltétlen híve az acut roham bármely stadiumában való azonnali operálásnak; a mint az appendicitises beteget behozzák, rögtön megoperálja. A korai operatiótól megkülönbözteti a helyes időben való mütétet (Rechtoperation), mely alatt a folyamatnak tisztán intraperitonealis localisatiojakor való operatiót érti. A behatolásra az izomrostok irányában való előhaladást ajánlja (Zieckack-schnitt). (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 38. szám.)

Pólya.

Idegen testet a gyomorban ritka mennyiségben talált felhalmozva MacLeod egy 30 éves nőbetegénél, ki hüvelykujjának elvesztése miatt melancholiába esett s — mint utóbb bevallotta — öngyilkossági szándékból mindenféle idegen testet elnyelt. Miután három hétig üzte ezt a suicidium-formát, tályog keletkezett a köldöktől balra, melyet MacLeod megnyitott s mely a gyomor ürével szabadon kommunikált. A gyomorból e nyíláson át 33 hajtű, 13 különféle nagyságú varrótű, 12 gombostű, 5 biztosítótű, 27 különféle szög, 17 üvegdarab és még 10 különböző tárgy volt eltávolítható. A nő a gyomorfüstula okozta inanitio folytán elpusztult. (The practitioner, 1905. szept.)

Pólya.

Az úgynevezett „Holzphlegmone“ könnyebb alakjait észlelte Fichtner törzsorvos (Leipzig). 3 év lefolyása alatt 5 beteget kezelt e bántalommal, kiknek kórképe a Reclus-tól 1896 ban phlegmon ligneuse du cou czimen ismertetett bántalomtól a következőkben tért el: a jellegzetes deszkakemény beszűrődés nem terjedt

ki az egész nyakra, hanem pusztán egyes nyirokmirigyekre és ezek közvetlen környékére; a beszűrődés semmi fájdalommal sem járt, súlyosabb általános tünetek nem kísérték; egy esetben a bal térdizület synovitis szövőődött a betegséghez, de ezen complicatio néhány nap alatt simán lezajlott. A mi a bántalom lényegét illeti, Fichtner azon nézeten van, hogy a betegséget gyengült virulentiájú pyogen baktériumok okozzák, hogy tehát a bántalom mintegy analogiája a heveny ízületi gyuladásnak, melyet újabban számos bűvár szintén így magyaráz. (Münchener mediz. Wochenschrift. 1905. 35. sz.)

Gergő.

Myelomenigitis a gerinczvelő cocainnal történt érzéstelenítése után címmel ír le egy esetet *Walther*. A 21 éves férfinel három havi időközben kétszer fecskendeztek be a szokásos eljárás szerint cocaint a gerincezatornába, mindkét lábán székelő esontuberculosos műtéve alkalmából. Az első befecskendés minden zavar nélkül folyt le, a második után az első és második napon szintén nem észleltek semmi különös tünetet. Harmadnap azonban a beteg lábait hidegnek érezte, valamint hangyamászásról és érzéstelenségről panaszkodott; ezen tünetek fokozódása mellett a mozgékonyág mindinkább csökkent és a betegség 10. napján teljesen megszűnt. Ezen tünetekhez a harmadik héten vizelet- és bélsár-incontinentia is csatlakoztak. A hólyag és végbél záróizmának ezen hűdése mintegy 4 hónappal később kezdett visszafejlődni, míg a lábak mozgása 7 hónap múlva tért vissza lassacskán, de még a következő év végén sem volt teljes. A bennült végtagok izmain az elfajulási reactio nem volt kimutatható. (Bull. et mémoires de la soc. de chir. de Paris, XXXI. kötet.)

Húgyszervi betegségek.

A prostatahypertrophiának Röntgen-sugarakkal való kezeléséről számolnak be *Moszkovicz* és *Stegmann*. E célra egy körülbelül 9 cm. hosszú és egyik végén a méhtükör mintájára ferdén metszett Kelly-féle proctoskopot használnak, a melyet ragtapasz-csikokkal rögzítenek a gát és a keresztcsont tájékára. A beteget oldalfekvésben, lehetőleg az asztal szélén helyezik el. A végbél-tükör környékének ólomenyvvvel való izolálása után a Röntgen-eső tükrét a speculum tengelyében centralisan állítják be. A fénysugárzásra a Seiffert-féle állványra erősített Gundelach-csőveket találták legalkalmasabbaknak; a Röntgen-eső focusát a proctoskop külső végétől 40 cm.-nyi távolságra igazítják be és 15 percnél tovább sohasem exponálnak. A hypertrophizált prostata a fénysugarakkal szemben olyanynyira érzékeny, hogy a 2—3-szori, mindenkör 2—3 hetenként végzett röntgenezéssel elért epithelialis elváltozások, a gyors reactio, az ennél többször való ismétlést feleslegessé teszik. A szerzők által elért kedvező eredmények, úgyszintén a műtét veszélytelensége ezen eljárás általánosítására jogosítanak fel (Münch. mediz. Wochenschrift, 1905. 29. szám.)

Drucker Viktor dr.

Prostatitis posttyphosa chronica érdekes esetét közli *Falkner*, a ki egy lábadozó typhusbetegnél lázzal és rázóhideggel járó prostatatályogot konstatált. A végbélvizsgálatnál ugyanis a prostata felett egy tölcséralakú terimenagyobbodás volt kitapintható, a melyből már enyhe nyomásra geny és coli-bacillusokban dús váladék ömlött; a kevesbedett vizelet sok genyet és nyálkát tartalmazott. A prostata masszálásával és urotropin adagolásával csakhamar javulást ért el. Szerző a bántalom okát abban keresi, hogy vagy egy typhosus prostatatályog tört magának utat a végbélbe, vagy pedig egy typhosus végbélfekély fertőzte a prostatát.

Drucker Viktor dr.

Ektopikus here. Ektopikusnak nevezi *Lanz* mindazon herét, a mely a herezacskóban rendellenesen helyezkedett el. *Curling* azon állításával, hogy azon here, a mely az első életévben nem szállott le teljesen, továbbra is ektopikus marad, szerző szembeállítja kryptorchismusban szenvedő betegen tett megfigyelését, a kinél a két here a pubertas befejezésekor a herezacskó nyakáig leszállott. Ezen rendellenesség okát *Lanz* a fejlődésben beállott valamely gátló körülménynek tulajdonítja és miután némely castrált herében szétszórtan atypikus mirigykötegeket talált, úgy ezt a *Cohnheim*-féle álképlet-elmélet értelmében igen fontosnak tartja annál is inkább, mert köztudomású az, hogy az ektopikus herék rosszindulatú daganatokká való átalakulásra igenis hajlamosak.

Ez okból szerző, ha műtét közben atrophizált herékre akad, sohasem riad vissza azok kiirtásától és erre az általa operált esetek felében csakugyan rákerült a sor. Tíz évnel fiatalabb gyermekben csak kivételesen végez műtétet, hanem a herezacskóban műtetre alkalmas módon elhelyezett herét a saját találmányú elastikus kifeszítési eljárásával rögzíti. (Ezen eljárás lényege alig különbözik a többi hasonlótól. Refer.) (Zentralbl. für Chir. 1905. 16. szám.)

Drucker Viktor dr.

A nemi betegségek elhárítására vonatkozólag *Grosse* igen figyelemreméltó fejtegetései során azon álláspontra helyezkedik, hogy a húgyivarszervi bajokban szenvedő férfibetegeknek a bántalom lényegéről, tüneteiről, elterjedéséről és veszélyeiről való alapos kioktatása mellett még szükséges a megbízható óvintézkedések sürgős ajánlása is. A napi sajtó erélyes segédkezésének fontosságára való utalással szerző egyenként bírálja az eddig ajánlott óvszereket, és a hydrarg. oxycyanatumot, mely a kankókezelésben mint desiniciens annyira bevált és e mellett sem nem bomlik, sem nem izgat, kiemelve, kritikus megfontolás és megfigyelései alapján egy újabb czélszerű prophylacticumot ajánl. Az ő óvszere két részből áll és pedig 1. egy 3 cm. hosszú, czeruzavastagságú, fehér kupakos tubusból, a melyben mint kankóellenes szer 1:4000 hydrarg. oxycyanatum-oldat van és 2. egy ugyanakkora vörös kupakosból, a mely az antiluetikus, szintén nem bomló, lanolinvaselin zsirkeveréket — minden egyéb hozzáadás nélkül — tartalmazza. Ezen két tubus egymás mellé fektetve, közös papirburokban egy csomagot képez, melyen a következő használati utasítás leolvasható: Közösülés előtt kenjük be a makkot, a fitymát és a himveszöt a vörös kupakos tubusban levő zsiradékkal, közösülés után pedig a fehér kupakosban levő oldatból a húgcsöbe fecskendezve, hagyjuk azt körülbelül egy perczig hatni, a maradékkal dörzsöljük meg a kantár ránczeit és mosakodjunk meg alaposan.

Ezen praeservativumot úgy olesósága (ára csomagonként körülbelül 36 fillér), mint egyszerűsége, a velebánás könnyűsége, ártalmatlansága, valamint az is, hogy az abban levő vegyi szerek épenséggel nem izgatnak, bizonyára az eddig forgalomba került óvszerek fölé helyezik. (München. mediz. Wochenschrift, 1905. 21. szám.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A formamint-tabletták darabonként 0.1 gm. formaldehydet tartalmaznak, melyhez izjavítónak acidum citricum van adva, s mely tablettá azonkívül nyomokban pepsinsósavat is tartalmaz, a mi arra való, hogy a formaldehyd lehasadhasson, a mikor a készítményt a nyál feloldja. A bakteriologiai vizsgálatok, melyekkel a formamint-tabletták viselkedését streptococussal, pneumococussal, typhus- és diphtheria-bacillusokkal szemben megvizsgálták, azt bizonyították, hogy 1 tablettá, 10 cm³ vízben feloldva, valamennyi baktériumot megölte 5—10 perc alatt, s hogy azon táptalajok, a melyekhez e formamintoldatból kevertek, beoltás után sterilek maradtak. *Rosenberg* kimutatta, hogy a formamint-tabletták bevétele után a vérben szabad formaldehyd van. *Seiffert* szerint praktikus haszna e tablettáknak első sorban infectiosus torokbajokban van, főleg azon kettős hatás miatt, melyet egyfelől localiter a megbetegedett helyre, másfelől az egész szervezetre kifejtenek. Főleg olyan kis gyermekeknél van nagy értéke e gyógyszernek, kiknél a toroköblítő vizeket nem lehet alkalmazni, mert nem tudják torkukat öblögetni. *Seiffert* főleg kis gyermekek angina lacunarisában látta jó hatását. Egy esetben 3 éves gyermeknél a hátulsó garatfalon volt traumatikus ulcus, nyelési nehézségeket, foetor ex ore-t stb. okozva. Két óránként egy fél tablettát szedtetve a gyermekkel, 24 óra múlva a nyelési nehézségek enyhültek, a foetor csaknem teljesen megszűnt, s hat nap alatt az egész fekély meggyógyult. Subacut és chronikus pharyngitisnél a szer a garatnyákhártya izgalmat megszünteti és elősegíti a nyák oldódását. Egy tablettát 20 cm³ vízben feloldva, jó szájvizet kapunk, melynek desiniciáló hatása erősebb mint az 5%-os carbolé vagy az 1%-os sublimaté. Bronchitis foetida egy esetében *Robert* ért el alkalmazásával fel-tűnő sikert. *Seiffert* még azt is hangsúlyozza, hogy a würzburgi bőr- és bujakóros-osztályon azon betegekkel, kik higanykúrát

használnak, formamint-tablettákat szednek, hogy a stomatitis mercurialis kifejlődését megelőzzék. (Pharm. u. Therap. Rundschau, 1905. 28. sz.)

Epididymitis gonorrhoeica eseteiben *Brindel* helyileg jó eredménnyel használja az unguentum Credé-t; fájdalomcsillapítás céljából pedig 25%-os guajacol-kenőcsöt alkalmaz. (Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, 1905. 2. szám.)

Erysipelas több esetében jó eredménnyel használta *Pautz* a mesotant részint oleum olivarum egyenlő mennyiségével keverve, részint pedig kenőcs alakjában kétszer annyi vaselinnel. A szerző naponta háromszor alkalmazandó a kóros területre. Szerző még megjegyzi, hogy *Ruhemann* azon nemrégiben közölt állítása, hogy a mesotan-vaselin nem izgat, nem felel meg egészen a valóságnak; több esetben észlelt alkalmazása után heves bőrlöböt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 31. szám.)

A **chininum lygosinatumot** mint sebhintőport kiterjedten használja *Fürth* és eredményeivel nagyon meg van elégedve. Különösen alszárfekei eseteiben ért el vele nagyon jó eredményeket. Kiemelendő a szerző váladékesöklentő és szagtalanító hatása, továbbá az, hogy nem izgat és teljesen ártalmatlan. (Pharmakologische und therapeutische Rundschau, 1905. 12. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1905. 5. füzet. *Mansfeld Géza*: A trimethylamin-aethylenjodid physiologiai hatása. *Rhorer László és Hári Pál*: Az oldatok elméletének alkalmazása az ásványvizek élettani és gyógyító hatásának értelmezésére. *Hári Pál*: A normális emberi vizelet egy új, nitrogen-tartalmú alkotórészéről. *Goitein Salamon*: A táplálék Ca- és Mg-tartalmának befolyásáról ezen elemek forgalmára és a szervek Ca- és Mg-tartalmára.

Orvosok lapja, 1905. 42. szám. *Barabás József*: Adatok a lupus statistikájához. 43. és 44. szám. *Kovács A. Ödön*: A tüdővész-ellenes küzdelem szervezése.

Klinikai füzetek, 1905. 10. füzet. *Torday Árpád*: Adatok a leukaemia kérdéséhez.

Budapesti orvosi újság, 1905. 42. szám. *Torday Árpád*: A járványos nyakszirtmer-vedés. „Dietetás és fizikai gyógy módok” melléklet 3. szám. *Hasebroek*: Az angina pectoris gyógyítása gymnastikával és a mellkas massage-ával. *Grünbaum Róbert*: A pangásos vérbőségről. 43. szám. *Török Béla*: A horizontális ivjárat cariese szokatlan klinikai tünettel. *Bucsányi Gyula*: A gyermekek idült székrekedése. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” 4. szám. *Schaffer Károly*: Az indulatok törvényszéki-elmekörtani jelentősége. *Váradi Zsigmond*: A némaságról és a siketnémák oktatásáról. 44. szám. *Dobó Dezső*: Adat a gynaecomastiához. „Szemészeti lapok” melléklet 3. szám. *Borbély László*: A trachoma és az ophthalmoblennorrhoea a cs. és k. hadseregben az 1903. évben.

Gyógyászat, 1905. 42. szám. *Kaczvinszky János*: Az erysipelas terapiájáról. *Lévai József*: A malum perforans pedis aetiologiája. 43. szám. *Scheiber S. H.*: Syringomyelia, előhaladó izomsorvadás típusos esetével. *Mohr Mihály*: A gyermekek szemsérülései. 44. szám. *Falta Marcell*: Az orr és a női nemi szervek között levő összefüggésről. *Mohr Mihály*: A gyermekek szemsérülései.

Figyelmeztetés a Magyar Orvosi Könyvkiadó-társulat tagjaihoz.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-társulat kiadásában megjelentek néhai *Markusovszky Lajos*, a társulat kezdeményezőjének és alapítójának *válogatott munkái*. Összegyűjtötte *Marikovszky György dr.*

Ezen munka a társulat XCII. kötetét és a folyó évi könyvilletmény egyik részét képezi és a társulat alapító és azon rendes tagjainak, kik a folyó évi tagdíjat már beküldték, legközelebb fogják megküldeni.

Az 1905. évi illetmény azonkívül a következő két műből fog állani:

a) *Ónodi Adolf*, budapesti és *Rosenberg Antal* berlini tanárok „*Az orrbajok terapiája*” című munkája és

b) *Lejars* párisi tanár *Chirurgie d'urgence (Sürgős sebészet)* című nagy műve, melynek ötödik kiadása most jelenik meg francia nyelven és a szerző engedelmével ivenként a fordítónak megküldetik. Ezen körülménnyel fogva a magyar fordítás csakis február hóban készülhet el, és társulatunk március hóban tartandó közgyűlése előtt fog a társulat tagjainak megküldetni. Budapest, 1905. november 3.-án

Koller Gyula dr. főtítkár.

A budapesti kir. orvosegyesület pályázati hirdetési.

I. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Mészáros Károly-alapítvány kamataiból 1600*, azaz egyezer-hatszáz korona jutalomdíjat tűz ki a közegészségtan, bakteriologia és törvényszéki orvostan körébe tartozó, magyar nyelven, nyomtatásban az 1903. június 1. től 1907. május 31.-ig terjedő időközben megjelent, önálló dolgozatok alapján szerkesztett és tudományos becsü legjobb értekezésnek vagy általános érdekű hézagpótló monographiának avagy kézikönyvnek jutalmazására.

A jutalmazásra pályázók munkáikat 1907. évi május hó 31.-ig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalába küldik be, a beküldött munkákon kívül azonban a jutalmazandó tudományszakok terén a kijelölt időközben megjelent összes munkák tekintetbe fognak vétetni.

A jutalmazott munka kihirdetése az 1907. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen történik és a jutalomdíj a szerzőnek azonnal kiadatik.

II. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-díjalap kamataiból 600*, azaz hatszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült befejezett, még sehol nem publikált, magyar nyelven irt dolgozat jutalmazására.

A pályamunka mellé zárt, jeligés borítékban a pályázónak sajátkezű névaláírása, állása és lakáscíme melléklendő.

A pályázatban résztvevő dolgozatok 1906. év május 31.-ig a budapesti kir. orvosegyesületbe a beküldés céljának megnevezése mellett beküldendők.

A pályázat eredménye az 1906. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki, a nyertes pályamunkához tartozó jeligés boríték ez alkalommal bontatik fel. A pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

Hetiszemle és vegyesek.

○ **Stein Fülöp dr.-nak**, a Schwartzler-féle intézet főorvosának Ő-Felsője az alkoholizmus elleni nemzetközi congressus érdekében teljesített szolgálatai elismerésül a királyi tanácsosi címet adományozta.

— **Kinevezés.** *Szegedi Sándor dr.-t* Csongrádmegye főispánja a szentesi közpórházhoz segédorvossá nevezte ki. — *Mezei Izsó dr.-t* szabadkai vasúti orvossá nevezte ki a magyar államvasutak igazgatósága.

◁ **Választás.** *Neumann Leó dr.-t* Álmosd község orvosává választották.

* **Fischer Imre dr.-t**, a II. sebészeti klinika műtőorvosát a nagyvárad i. r. kórház sebészeti főorvosává választotta meg.

— **Az országos közegészségügyi tanács** rendkívüli tagjává nevezte ki a belügyminister *Feleki Hugó dr.* egyetemi magántanárt, *Hajós Lajos dr.* székesfővárosi ideggyógyorvost és *Faragó Ödön dr.-t* Szeged város tiszti főorvosát.

— **Követésre méltó példa.** A szentgotthárdi járás összes körorvosai a múlt héten értekezletre gyűltek össze, hogy a járás egészségügyi állapotait beható megbeszélés tárgyává tegyék, a járványok terjedése ellen való védekezést megbeszéljék és különösen esetlegesen cholera-járvány meggátlására a szükséges intézkedéseket megtegyék.

△ **Lakásváltoztatás.** *Ifj. Klug Nándor dr.* egyetemi magántanár, főorvos lakását VIII., Szentkirályi-utca 40. szám alá helyezte át. — *Lantos Emil dr.* nőorvos lakását V., Báthory-utca 19. szám alá helyezte át. — *Liuba Dénes dr.* lakását Temesvárról Budapestre (VII., István-tér 10. szám) helyezte át. — *Drucker Viktor dr.* lakását IV., Zöldfa-utca 7. szám alá helyezte át. — *Kocsis Elemér dr.* szemorvos lakását IV., Zöldfa-utca 24. szám alá helyezte át.

+ **A budapesti orvosi kör országos segély-egyletének pénztárosa.** *Katona József dr.*, november 1.-től IX., Ferencz-körút 18. szám alatt lakik.

× **Sugár K. Márton dr.** főorvos huzamosabb távollét után rendeléseit IV., Kossuth Lajos-utca 20. szám alatt újból megkezdte.

— **Elhunyt.** *Cochez dr.*, a belorvoslás tanára az algieri École de médecine-en. — *Cheves dr.*, a belorvoslás tanára Buenos-Ayres-ban.

— **Kisebb külföldi hírek.** A königsbergi egyetem sebészi tanszékét, mely *Garré* tanárnak Boroszlóba való átköltözésével megüresedett, *Lexer dr.* berlini rendkívüli tanárral töltötték be. — A san franciscói egyetemen (University of California) a nemi betegségek gyógyításának tanárává *Spencer I. C. dr.-t*, a nőorvoslás tanárává *Spalding A. B. dr.-t* nevezték ki.

— **A lissaboni nemzetközi orvos-congressus** (1906. április 19–21.) helyi rendező bizottsága *Miguel Bombarda* tanár vezetésével állítólag mindent elkövet, hogy a congressus sikere minden irányban teljes legyen s különösen, hogy a Lissabonba érkező résztvevők kellő lakást és ellátást találjanak. Az angol orvosok úgy látszik visszaemlékezve

a madridi congressus alkalmával tapasztaltakra, mégsem biznak teljesen az ígérethet; legalább erre vall az, hogy már is kibéreltek a Cook-társaság közvetítésével egy nagy, kényelmes hajót, mely őket nemcsak oda és vissza fogja vinni, hanem a melyben lakni is fognak a congressus alatt.

— Az álom új magyarázatát fejt ki egy olasz tudós, *Alberto Salmon* épen most megjelent művében (Sull' origine del sonno. Firenze 1905.) Szerinte az álom a hypophysis elülső karéjának belső secretiójával függ össze. Kórboneztani leletekkel igazolja, hogy mindazon betegségekben, a melyek álmatagsággal járnak, a minők az acromegalia, a myxoedema, az idült agyhártyagyulladás, az álomkór, a bonczoláskor a hypophysis megnagyobbodását lehet észlelni, viszont súlyos álmatagsággal járó bajokban a hypophysis kóros daganatait, atrophiját. A neurastheniás és hasonló álmatlanság a hypophysis működésének elégtelen voltából magyarázható; az álomhozó szerek ezt a működést élénkítik. Csak kívánhatjuk, hogy Salmon fején találja a szöveget, mert ezzel kilátás nyílnék arra, hogy az álmatlanságot gyógyítani lehet hypophysis-tablettákkal.

— Amerika a cigarettázás ellen. Mi itt Európában alig tudjuk megérteni azt a heves küzdelmet, mely az amerikai Egyesült-Államok egy jó részében a cigarettázás ellen folyik. Még annyira-mennyire érthető volna, ha a mozgalom csak a gyermekek cigarettázása ellen irányulna, mint Japánban, hol súlyosan büntetik azt, a ki gyermeknek vagy serdülő ifjunak cigarettát vagy szivart ad el vagy ajándékozik, de az amerikaiak még a felnőtteket is el akarják tiltani a cigarettázástól, melyben az alkoholismushoz hasonló vétkes és közveszélyes visszaélést látnak. Legszigorúbbak ebben Indiana, Nebraska és Wisconsin államok, hol a cigarettázást törvény tiltja s nemcsak azt büntetik meg, a kit cigarettázáson rajtakapnak, hanem azt is, a kire reabizonyul, hogy cigarettát, cigarettapapírost vagy cigarettadohányt hord magánál. A törvényt csak nemrég alkották s már is lejártá magát: amerikai lapokban olvassuk, hogy az említett államokban a lakosság egy része személyes szabadságának a megsértését látja mindinkább benne s hangosan követeli, hogy korlátoztassék a tilalom a 16—17 évesnél fiatalabb egyénekre. Az amerikaiak drákói szigorúságát a cigarettázással szemben csak úgy értjük meg, ha felveszszük, hogy ott erősebb, nikotinban bővebb dohányból készítik a cigarettákat s ennélfogva a cigarettázás káros következményei gyakrabban fordulnak elő, mint nálunk.

> **Megjelent.** *Körösy József és Thüring Gusztáv:* Budapest fővárosa az 1901. évben. A népszámlálás és népleírás eredményei. Második kötet. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése. Ára 5 K. — *Körösy József:* Budapest székesfőváros halandósága az 1901—1905. években és annak okai. II. rész, 3. füzet. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése. Ára 1 K. — *Thüring Gusztáv:* Budapest székesfőváros statisztikai zsebkönyve. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése. Ára 40 fillér. — *Andorko Kálmán:* Névjegyzék és tárgymutató a K. m. természettudományi társulat folyóiratához 1841-től 1904-ig. Budapest, kiadja a k. m. természettudományi társulat. — *Bozóky Endre:* Az elektromos sugárzásokról. Budapest, kiadja a k. m. természettudományi társulat. Ára 50 fillér. — *Zemplén Győző:* A testek radioaktív viselkedéséről. Budapest, kiadja a k. m. természettudományi társulat. Ára 1 K.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 41. hetében (1905. október 8.-tól október 14.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszületett 435 gyermek, elhalt 236 egyén, a születések tehát 228-al muták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 4, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordis 11, morbi myocardii 8, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 2, pneumonia 11, pneumonia crouposa 2, tubere. pulmonum 37, emphysema pulm. 5, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 21, 2 éven felüli 5, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocel. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 4, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 5, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 0, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 3, lues congenita 1, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 3, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3388 beteg, szaporodás 892, csökkenés 812, maradt e hét végén 3422 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 86 (70), vörheny 38 (34), álh. gége- és roncsló toroklob 18 (15), hőkhurut 5 (3), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 49 (53), himlő 0 (0), áhímélő 0 (0), bárányhimlő 29 (12), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (2), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farberwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Trigemin“ című prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szíves figyelmét ezennel felhívjuk.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a „**Tisztai Orvosok Naplója.**“ Ára 2 korona. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi“ Ujság és könyvkiadó-vállalatnál. Budapest, VII., Kertész u. 16.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Ujjonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. szám.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Allandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Röntgen-kurzusokat

tartok magánintézetemben folyó évi november 20.-ától kezdve hat egymásután következő napon, az esti órákban. Főszűlt a gyakorlati kiképzésre (átvillágítás, fotografálás, gyógykezelés) helyezem. A jelentkezők száma ötnél kevesebb és tíznél több nem lehet. — Tiszteletdíj mérsékelt. — Bővebb felvilágosítás levélben. — Jelentkezni lehet november 15.-éig **Dr. Huber Alfréd** Pínsen- és Röntgen-intézetébe Budapest, (VIII. ker., József-körút 26. szám).

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és iderősítő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: *Tablettae Lecithini Richter* 0.05 és 0.025 gr. lecithin-tartalommal. *Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter* (Lecithines csukamáj-olaj). *Lactolecithin Richter* (Lecithines tejzúkor-por) *Lecithine granule Richter* (izletes lecithingranulák). *Lecithinol Richter* (steril lecithinolaj injekciókra). **Richter Gedeon** „Sas“-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrassy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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

Dr. Kopits Jenő, operateur, testegyenésítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Genococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felül kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenésítő (orthopädia) intézete **csont- és ízületi** (tuberculoitikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel. d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejtájás, csúsz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

FANGO -GYÓGYINTEZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. Csúsz, köszvény, cooscutiv neuralgiák, sebeszet utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markusovszky-féle jubilaris előadások. (II. előadás 1905. október 30.-án.) 791. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes tudományos ülés 1905. október 28.-án.) 791. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. 793. l.

Markusovszky-féle jubilaris előadások.

Tartja Korányi Frigyes tanár.

(2. előadás 1905. október 30.-án.)

A typhus-prophylaxis szabályainak megismerése lehetővé tette azt, hogy a typhus-epidemiák elszigeteltesenek, sőt megakadályoztassanak; nagy jelentőségű volt e szempontból azon tény felismerése, hogy vannak egyének, kik a typhusbacillustól nem betegek meg, ellenben az epidemiát terjeszteni képesek; az ilyen úgynevezett typhusvivők, mint Koch a trieri epidemia alkalmával kimutatta, főleg a gyermekek. A prophylaxis ismerete jelentőségének érdekes illusztrációját hozza fel, hogy míg a múlt század 60-as éveiben fennállott pesti epidemia alkalmával a Rókus-kórház 4 osztályán, melyeknek egyikét ő vezette, el voltak különítve a typhusbetegek s minden óvakodás dacára 3 főorvos, több orvos és az ápoló személyzet nagy része megkapta a betegséget, addig most klinikáján typhusbeteg a többi beteg-től elkülönítve soha sincs s mégis egyetlen esetben sem fordult elő, hogy a betegséget más valaki megkapta volna. Az ivóvíz felügyelete jelentőségének illusztrálására főleg London s különösen Páris példáját hozza fel, hol a rendszeres óvintézkedések folytán a havonkénti 50–60 typhushalálzás rövid két év alatt majdnem harmadrészére esett.

A typhus kóriszmzésére azonban magának a bacillusnak felfedezése nem volt elegendő, a mennyiben részint annak kitenyészése nehéz, részint mivel alakítási tulajdonságai más bacilluséval megegyezők. S ekkor felismertették az a tény, hogy a typhusbetegek vérsavójában a typhusbacillusok összetapadnak és lesüllyednek. A vérsavó e tulajdonságát többen, de főleg Vidal, diagnosztikai célokra használták fel. A serum ezen agglutináló tulajdonsága megvan a betegek colostrumában, tejében, savós lofterményeiben s vizeletében is.

A reactio gyakran már a betegség 2. napján jelentkezik, legtöbbször 7–10. napon s még a betegség lefolyása u. á. is egyes esetekben hónapokig, sőt 1–2 évig is megtalálható. A typhusbacillusok ezen agglutináló képessége nemcsak a betegség kóriszmzésére szolgálhat, hanem felhasználható oly bakteriumok szétválasztó kóriszmzésére is, melyeknek alakítási és tenyésztési viszonyai a typhusbacillusokéhoz hasonlóak. Az agglutinatio folyamatát sokféle körülmény befolyásolja, így a bacillusok virulenciája, a tenyésztéskor alkalmazott hőfok, esetleg a hozzájutott savak és lúgok. A savanyokkal összehozott bakterium nem agglutináltatik, az ezen agglutináló keverékből leszfűrt serum szintén elvesztette agglutináló képességét, az ilyen serummal kezelt állat serumja azonban ismét agglutinálja a specifikus bacillusokat. Kiderült, hogy egészséges vérsavónak is van agglutináló képessége, sőt a normális vérsavó együttesen tartalmazhatja az agglutininek nagyobb számát, melyek electiv absorptio útján eltávolíthatók. Az agglutináló képesség typhus-immun anyákról a magzat vérsavójába is átmehet. Egyes esetekben a reactio csak átmenőleg, vagy egyáltalán nem áll be; máskor az agglutinatio csak a vérsavó hígítása után jön létre, mert a vérsavóban agglutinatót korlátozó anyagok is vannak, melyek tömény állapotban az agglutinatót megakadályozhatják. Mindezek azt bizonyítják, hogy az agglutinatio alapján biztos következtetésre csak körültekintő, átgondolt vizsgálat alapján vagyunk feljogosítva.

A bakteriumok e tulajdonságának vizsgálata vezetett azon tény felismerésére is, mely szerint az állati serum azon tulajdonsággal bír, hogy immunizálásra felhasználva praecipitineket képez.

Kiderült az is, hogy a serumban levő fehérjetestek maguk ugyan ezen tulajdonsággal bírnak, hasonlóképpen a növényi eredetű fehérjetestek is. Ezen praecipitinek szigorúan specifikusak s több ily praecipitint mutat be, a melyeknek egyike a tojásfehérjét, másika a tehéntejet (másféle tejet nem), harmadika a bicillus-szűrletet praecipitálja. Kiváló praktikus fontosságú a praecipitinek között az, a mely az egyes vérfajokra specifikus, s a melynek segítségével főleg törvényszéki orvosi esetekben az embervért az állati vértől meg lehet különböztetni.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes tud. ülés 1905. évi október hó 28.-án.)

Elnök: Eröss Gyula. Jegyző: Illyés Géza.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Stern Samu, Preisach Izidor, Róna Sámuel tagtársakat.

Ritka akaratlagos, izolált beidegzések férfiegyénél.

Donath Gyula: A 30 éves egyén 16 éves korában állítólag typhuson ment keresztül, mely után huzamosabb ideig székrekedésben szenvedett. A nehéz székrekedésnél a hasprést erősen igénybe kellett vennie és ennek révén lassanként odajutott, hogy a hasfal egyes részeit kezdte működtetni, úgy hogy képes lett annak hullámszerű mozgásait

előidézni. Ezt két év előtt egy orvos látta rajta, ki őt ennek érdekességére figyelmeztette. Azóta Németországban és Ausztriában klinikáról klinikára, kórházzal kórházra vándorolva — a mint ezt most minálunk is teszi —, orvosok buzdítására újabb és újabb szokatlan izolált izom-beidegzéseket gyakorolt be, melyeknek lehetősége physiologiai és neuropathologiai szempontból is érdekes.

Képes például a musculus obliquus abdominis externust izoláltan egészében, vagy pedig csak annak szélét innerválni, vagy fel-tüntetni annak csipkkeit, a mint a musculus serratus anticus major csipkéibe belefogódzkodnak. Még érdekesebb az, hogy a musculus rectus abdominis minden egyes, az inscriptiones tendineae által elkülönített részét külön bírja összehúzni. A hasizmoknak ezen izolált működésével képes a vékonybeleket a mellkasba felhúzni és ezt 17 centimeterrel kitágítani, a nélkül, hogy ez a légzést feltűnően megnehezítene, vagy pedig a thorax kitágítása nélkül csak a tüdők compressioja által felhúzni, úgy hogy ezáltal a tüdők alsó határa 5 cm.-rel feljebb száll. A belekkel képes valóságos ballottement-t minden irányban végezni, azokat a thoraxba, medencébe vagy oldalvást elterelni, vagy a musculus rectus abdominis középső részének összehúzásával a hasat homokóraszerűen egy felső és alsó részre osztani. Képes tölcsermellet produkálni azáltal, hogy a diaphragma mellső részleteivel a processus xiphoidens sterni-t behúzza. Nevezetes még, hogy a szívcsücsöt dislocálni képes úgy balfelé a mammillaris vonalon túl, vagy pedig jobbfelé a sternumig. Ezt a Rókus-kórházban Röntgen-átvilágítással Stein kollegával nagyon szépen követhette. A felvett Röntgen-fényképek azonban ezt nem mutatják oly szépen és jellegzetesen, mert ezek fekvő helyzetben vették fel, mely helyzetben nem bír oly erős szív-excursiókat létrehozni. Ezen dislocatiók a hasizmok egyoldali összehúzódása által jönnek létre, miáltal a vékonybeleket a diaphragmával fel-tolatnak. Produkál skoliosist is. Érdekes az arteria subclavia compressioja, melyet azáltal hoz létre, hogy a musculus subclavius összehúzása által az arteriát a kulcsont és az első borda közt összenyomja, úgy hogy a radiális pulsus eltűnik. A platysma myoideust jobb- és baloldalt izoláltan képes mozgatni, a gégefőt, a nyelv fixálása mellett, a szakcsont izomzata által emelni és süllyeszteni.

Fellette érdekes a pupillák akaratlagos tágitása mindkét vagy csak az egyik szemén; meggyőződött azonban, hogy az így tágitott pupilla erős fényre reagál, úgyszintén convergentiára is. E mellett távolba történő accommodatio, úgy látszik, nem történik, az arc azonban kiduzzad, de a nyakizomzat összehúzódását nem venni észre, úgy hogy nem valószínű, hogy ezen pupillatágulat a sympathicusnak a nyakizomok, különösen a sternocleidomastoideus által gyakorolt nyomása által jönne létre. A tagtársak talán emlékezni fognak, hogy boldogult Szontagh Abrahám kollega önmagán ugyanily akaratlagos pupillatágulást mutatott be az egyesületben. Az egyén érzi a pupillatágulás következtét. Érdekes az, hogy új beidegzéseket minden nap csak pár percig szabad gyakorolnia, még mielőtt kifáradna. Úgyszólván puhatolódzva keresi öntudatában a beidegzési pályát és azt azután gyakorlat által kiesísolja. Ez pedig élénken emlékeztet a Frenkel-féle gyakorló terápiára tabesnél, a hol a betegnek az új beidegzési érzéssel meg kell ismerkednie és szintén a kifáradást kerülni.

Ezen mutatványok physiologiai és neuropathologiai tekintetben, de különösen a hysteriás contracturák és hűdések megértésének szempontjából igen tanulságosak. Megérthetjük belőlük, hogy komplikált izommozgások véghezvitelére nem mindig szükséges, hogy nekik psychomotorikus centrum feleljen meg, hanem hogy ezek a begyakorolt mozgások idővel az akarat által ugyan összefoglaltatnak, de azért a képesség megmarad az izmok izolált beidegzésére. A pupillamozgásokra nézve pedig bebizonyosodik az, hogy ezeknek corticalis centrumaik is vannak, és így a hysteriás pupillahűdéseknek is, melyekre talán előadó utalt először és melyek azóta a szerzők egész sora által észleltettek, megvan a physiologiai alapjuk.

A spirochaetéről általánosságban.

Róna Sámuel: Fejtegetéseinek tartalma összevonva a következő:

1. A spirochaetek tana még a legkezdetlegesebb stadiumban van.
2. Az 1905-ig az emberi szervezetben talált spirochaetek három csoportba oszthatók:

a) A febris recurrensnél és némely lázas icterusnál (Karlinski) a vérben és a lépben talált biztosan pathogen spirochaetek;
b) egész sorozat kóros elváltozás területén talált és pathogenitásra gyanús spirochaetek;
c) a hasürben és genitáliákon talált saprophyta spirochaetek. Ezek egyike sem volt még eddig tenyészhető.

3. A b) és c) csoportbeli spirochaetek mindegyike bizonyos határok között változó alakú, nagyságú, vastagságú, csavarulatú és a közönséges festési módokkal nehezen festhető, de ezen tulajdonságaik alapján egymástól meg nem különböztethetők. Megannyi között mérhetlen vékonyosságú, alig festhető alakok is vannak.

4. A b) csoportbeli spirochaeteket csakis kóros, és pedig rothadásos bűzös elváltozások felületén, a c) csoportbelieket látszólag ép,

de szintén bűzös területen physiologiai váladékokban mutatták ki; a vérbe jutásukról mit sem tudunk; jelenlétüket a szájfürő gangrenáknál is kimutatták (*Krahn, Buday, Feldmann*).

5. A *b*) csoportbeli spirochaetéknek egymagukban vagy symbiosisban pathogen voltáról csak vélemények vannak, de pozitív adatok nem ismeretesek.

De feltéve, hogy pathogen hatást fejtenek ki, úgy az eddigi ismereteink után csakis heves lokális nekrosis lehet, általános vagy vérfertőzést nem okoznak.

6. Az eddig ismert trypanosomák, melyekkel *Schaudinn* a spirochaeteket azonos strukturájúaknak és zonos protozoacsaládba tartozóknak véli, szintén három csoportba oszthatók:

- a) A biztosan pathogen vérparaziták emberről, állattól;
- b) a lokális pathogenitással gyanúsítottak;
- c) a biztosan nem pathogének.

7. A trypanosomák legtöbbször kiderült, hogy gazdáik legyenek és szunyogok és hogy azok szúrása, csípése közvetíti a gerincesek fertőzését. Kivétel csak a dourine (tenyésztés) képez, melynek átvitele eddig csak coitus vagy experimentális átvitel után tapasztaltott.

8. A természetes trypanosomiasisok közül egy emberről lokális granulomákat (a bouton d'Allep-et), egy lovaknál a syphilishez hasonló, több ciklusban lefolyó általános chronikus megbetegedést okoz.

9. Az experimentális trypanosomiasis egyik gerinces speciénél így, a másiknál másképp folyik le, de mindegyiknél a beoltott trypanosomák többsége és különbözősége daczára is azonos tüneteket okoz.

10. Hogy minő szerep jut a bouton d'Allep-en és a szunyokoron kívül a trypanosomáknak az emberi pathológiában, azt kideríteni a jövő kutatások feladata lesz.

11. Hogy a spirochaeték a trypanosomákkal azonos szerkezetűek-e és így a vérfagglatákhöz, illetőleg a protozoákhoz tartoznak-e, *Schaudinn* nyomán tovább kutatandó.

A spirochaeta pallidáról.

Róna Sámuel és Preis Károly: Az előadás tartalma összevonva a következők:

1. Vizsgálataik beigazolták a felfedezőknél és utánvizsgálók legtöbbjénél pozitív leleteit, azaz azt, hogy a míg a nem syphilitikus és nem gangraenás laesiókban absolute nem akadunk spirochaetékre, addig a recens syphilitikus laesiókban szabályszerűen megtalálható, és pedig a zárt laesiókban, pl. a táji mirigyekben egymagában, nyílt kifosztott laesiókban itt-ott más alakokkal keverve, különböző számban egy a *Schaudinn* és *Hoffmann* által jellegzett spirochaeta, az úgynevezett spirochaeta pallida.

2. A régebben nem syphilitikus laesiókból (balanitis, ulcus gangraenosum, stomatitis gangraenosa) készített és *Sahli*-féle methylenkével vagy karbolfuchsinnal festett készítményekben olyan alakok, mint a spirochaeta pallida, nem akadtak.

3. A balanitisből, ulcus gangraenosumból *Schaudinn* módjára festett készítményben sem találtak olyan spirochaetét, mely alaki tekintetben a spirochaeta pallidának teljesen megfelelt volna.

4. Absolute negatív eredménnyel végződött a *Schaudinn*-féle festéssel vizsgálva a spirochaeta pallidát illetőleg a *Bartholini*-mirigy-tályog genyjének, a rhinoscleromás nyiroknak, a perigenitális pemphigus vegetans, perianalis szétesett lupus hypertrophicus, gangraenás alszár-fekély és szétesett nyelvtrák detritusának vizsgálata.

5. A *Schaudinn*-féle festésnél erősebb a *Preis*-féle módosítás (melegítve festés), úgy hogy azzal több és sötétebbre festett spirochaetét látni.

6. E festésmóddal nem syphilitikus laesiókban, pemphigus vegetansban, szétesett nyákhártyarékban is találtak az előadók talán még a pallidánál is finomabb és halványabban festődő spirochaeteket, úgy hogy a rosszul, halványan festődést nem lehet csak a spirochaeta pallida attributumának tekinteni.

7. Ezen intensív festéssel a nem syphilitikus laesiókban 1—1 olyan spirochaetere is akadtak, melyet alakja alapján nagyon nehéz a nem tipusos pallidától megkülönböztetni.

8. Azonban az a körülmény, hogy egyrészt a syphilitikus laesiókban állandóan és átlag a tipusos *Schaudinn*-féle alakok vannak és csak elvétve felbomlott csavarulatok, másrészt a nem syphilitikus laesiókban állandóan és átlag vagy nagyobb vagy kisebb és alacsonyabb csavarulatú egyének vannak és csak elvétve olyanok, melyeket a nem tipusos spirochaeta pallidával összetéveszthetni, tehát az alaki változások mindegyiknél bizonyos nem igen tág határokon belül mozognak, végül azon körülmény, hogy a nem syphilitikus és temérdek banális spirochaeteket tartalmazó laesiók szomszédságában, így a balanitis, ulcus gangraenosa, szétesett pófarakot, stomakacét kísértő duzzanatokban eddig absolute semmiféle spirochaetre sem akadtak, míg a syphilitikus laesiókat kísérő mirigyduzzanatokban szabályszerűen találtak és pedig legállandóbban tipusos *Schaudinn*-féléket, a mellett látszik bizonyítani, hogy a syphilitikus laesiókban található spirochaeta nem a banális vagy nekrosist okozó (?) spirochaeték felszívódásából származik és hogy a spirochaeta pallidának az előbbiekhöz semmi köze nincs, hogy az egészen más fajta.

9. Ezen másfajtasága a spirochaeta pallidának azonban nem nyer mindig alakilag és festésileg annyira kifejezést, hogy pl. egyetlen egy egyének morfológiai és tinctoriális tulajdonságából már a provenienciájára is következtethetnénk, sőt bizonyosnak látszik előadók szerint az, hogy ha pathogének fog bizonyulni a spirochaeta pallida, ugyanazon viszony fog kialakulni közte és a többi spirochaeta között, mint

a mely kialakult a tbc.-bacillus és a többi saválló között, azaz hogy a jellegzetes környezetből kivált egyetlen tbc.-bacillusról tisztán morfológiai és festési sajátosságai alapján nem lehet megmondani, hogy az tbc.-bacillus-e vagy pedig egy nem pathogen saválló bacillus.

10. A spirochaeta pallida pathogen és a syphilitikus előidéző voltának lehetősége ezek után nincs kizárva, mert egyrészt már ismerünk a bizonyos gangraenákkal nexusban álló spirochaeteken kívül olyant is, mely általános és ciklikus lefolyású vérfertőzőkört — febris recurrens — is tud előidézni, másrészt meg ha beigazolódná *Schaudinn*-nak protozoaelmélete, a protozoák némelyikétől is látunk úgy lokális granulomát (bouton d'Allep-et), mint általános fertőző, a lues lefolyását imitáló vérfertőző kört (tenyésztésben) keletkezni.

11. Azonban miután az egész spirochaeta-tan még a legelemibb stadiumban van és miután egyik spirochaeta-fajt sem tudjuk tenyésztetni, ma még egyebet nem mondhatunk, mint hogy a spirochaeta pallida minden valószínűség szerint csakis syphilitikus laesiókban fordul elő (de még ez is tovább vizsgálendő) és semmiesetre sem azt, hogy a syphilitikus betegséggel oki összefüggésben áll; erre nincs még okunk, ehhez nincs jogunk.

Guszmán József: Róna tanár és *Preis* tagtárs érdekes előadását nem akarja szó nélkül hagyni, mert úgy véli, hogy e felette actualis kérdésben mindenkinek be kell számolnia tapasztalatairól, a ki a spirochaeta pallida vizsgálatával foglalkozott.

Ő az egyetem bőrkórtani intézetének laboratóriumában összesen 44 esetet vizsgált és pedig 32 biztosan lueses esetet és 12 nem syphilitikus, egyéb bőrelváltozást ellenőrzés céljából. Vizsgálataihoz csak akkor fogott, mikor már néhány eredeti *Schaudinn*-*Hoffmann*-féle készítményt tanulmányozhatott. A 32 syphilitikus közül volt: 8 sklerosis (8-szor pozitív eredménnyel), 3 indolens mirigydagant aspirált nedve (1-szer pozitív, 2-szer negatív eredménnyel), 17 friss secundär syphilitikus (13-szor pozitív, 4-szer negatív eredménnyel) és végül 4 tertiär elváltozás (1-szer pozitív, 3-szor negatív eredmény. Tehát a 32 syphilitikus közül 23 pozitív és 9 negatív eredményt nyert. Véleménye szerint arra a kérdésre, hogy a syphilitikus kórokozójának tekintendő-e a *Schaudinn*-féle spirochaeta pallida, vagy sem: a felelet biztosan meg nem adható. A specificitás mellett sok körülmény szól, de épen annyi szól ellene is, vagy legalább is nem támogatja a spirochaeta pallidának kórokozó voltának felvételét. Roux és *Metschnikoff* lelete, valamint a genitáliáktól távol eső sértetlen száraz papulák pozitív lelete mindenestre némiképp mellette szól. A spir. pallidának az élő vérben való gyér vagy kötséges előfordulása inkább ellene szól. A táji mirigyekben talált spirochaeták nem dönthetik el a kérdést, sőt az nem is fontos adat. A 12 kontroll-esetben (balanoposth., condyl. ac. és különféle bőrbetegségek) mindig negatív eredményt kapott; vagy csak spirochaeta refringens, vagy semmiféle spirochaetát nem talált. Míg a *Schaudinn*-féle sp. pallidának kulturális és oltási viszonyai ismeretlenek, addig véleménye szerint a kérdés pro vagy contra el nem dönthető és csak örül annak, hogy előadók a végeconclusióban oly óvatosan reservált álláspontra helyezkednek, mint azt felszólaló már az Orvosi Hetilap hasábjain tette. A ki ma határozott véleményt mond a *Schaudinn*-féle spirochaeta pallida kérdésében, az lehet, hogy eltalálja a később kiderítendő igazságot, de nem mondhatja ezt objectív meggyőződése alapján.

Havas A.: *Schaudinn* és *Hoffmann*nak ez év elején tett közleménye óta minden dermatológiai és bujakórtani osztályon megindult a vizsgálat a spirochaeték után, a mi nagyon természetes is, midőn egy oly nagy elterjedésű bántalom, mint a syphilitikus kóroktanáról van szó.

Mindazt, a mit Róna kartárs úr a spirochaeta pallidáról elmondott, ő is beigazolhatja. Az osztályán végzett vizsgálatok alapján mondhatja, hogy az első pár eset kivételével minden további secundär syphilitikus esetben a spirochaeta pallida jelenlétét kimutathatták. Nem így áll azonban a dolog a harmadlagos syphilitikus esetekben. Különösen felmentendőnek tart egy esetet, a melyben széteső gumma, rupia és ekthyma syphiliticum volt egyidejűleg a betegen. A vizsgálatkor sem a szétesésben levő gummában, sem a rupiában nem találtak spirochaetát, míg az ekthyma hólyagjának genyjéből és detritusából vett váladékban az kimutatható volt. Felmentendőnek tartja még, hogy az erodát, a szétesésben levő papulák váladékában több a spirochaeta, különösen a felületről vett váladékban több, mint a mélyebb rétegekből vettben. Azt hiszi, hogy a hajmirigyekben talált spirochaeták csak akkor bírnának jelentőséggel, ha a syphilitikus járó adenopathia universalis alapján a távol eső nyirokmirigyekben is volnának olyanok kimutathatók. Bár a spirochaeták állandó, pozitív lelete jogossá teszi a komoly figyelmet és a nagy érdeklődést, mégis azon nézetben van ő is, hogy ez idő szerint, a vizsgálatok e kezdeti szakában, még óvatossággal kell a spirochaeta pallida kórokozó természetéről nyilatkoznunk.

Entz Béla: Róna tanár első előadásában ráutalt arra az érdekes összefüggésre, a mely *Schaudinn* vizsgálatai szerint a trypanosomák, az endoglobuláris vérparaziták és a spirochaeték között fennáll. Miután jelenleg szóló épen ezekkel a vérparazitákkal foglalkozik, úgy véli, hogy ezt az összefüggést készítményei bemutatásával némileg megvilágosíthatja.

A trypanoplasma s a spirochaeta *Ziemann*i azon vérparaziták közé tartoznak, melyek váltakozva a vérszövetekben belül, endoglobulárisan élnek, ott táplálkoznak és növekednek (nyugvó alakok), majd a vérszövetből kilépve a vérszáron mozgó alakokká változnak át, melyeknek szervezete egészen olyan, mint a trypanosomáké s a trypanosomákra jellegzetes hosszirányú oszlással szaporodnak. E növekedés és szaporodás körülbelül nyolc napig tart, miközben a paraziták három irányban fejlődhetnek. Átalakulhatnak némileg indifferentis alakokká s e mellett hím és női egyénekké (mikrogametocyták és makrogametok).

A mikrogametaképződés, a copulatio s a további fejlődés a szunyogban (*Culex pipiens*) történik. Sporogonia, mint a többi endoglobuláris parasitánál (*Plasmodium malariae*), nem ismeretes.

Hozzászóló bemutatja a fejlődésre vonatkozó készítményeit (fiatal, nyugvó parasita, kifejlett hím és női egyének, trypanosoma alak). Majd áttér a további fejlődés demonstrálására, bemutatja a mikro- és makrogameták egyesülését, vagyis a termékenyítést, mely a metazoák petesejtjeinek megtermékenyítésével teljesen azonos módon történik. E jelenség könnyen észlelhető friss vérkészítményben, ha a vérben érett hím és női parasiták vannak. A gameták a vérszövetből kilépnek, legömbölyödnek, a mikrogametocytákban a nyolcz chromosoma a felületre vándorol s azután csillangószerű, élénken mozgó hosszú képletekké, a mikrogametákká alakul át, ezek azután leválnak, felkeresik a női egyéneket s megtermékenyítik. A megtermékenyített gametától csapalakú nyúlvány indul ki, ez mindinkább megnövekszik, a mag belevándorol s a parasita püga entartalmú részé leválik, ekkor kifejlődött az ookineta. Ez alakok a szunyog gyomrában négyszeri magoszlás után unduláló hárttyát kapnak s így trypanosomákká alakulnak. Ezek is lehetnek indifferens hím és női egyének. E trypanosomák hosszirányú oszlással szaporodnak, miközben mind kisebbek lesznek; a szunyog testében való vándorlás után a bázisra jutnak s innen a madár vérebe.

Ez átalakuláshoz teljesen hasonló a spirochaetafejlődés menete, csak hogy itt az ookineta többszörös magoszlás után számos spirochaetává alakul. E parasitán tehát az endoglobuláris és trypanosoma-alakokon kívül a spirochaeta-alakokkal is találkozunk. Érdekes, hogy ezek a spirochaeták folytonos oszlás után végül ultramikroskopikus kicsinységűek lesznek.

Hozzászóló ezeket a vizsgálatokat orvosi szempontból azért tartja fontosnak, mert egyrészt a trypanosomák, másrészt pedig az emberi endoglobuláris parasiták fejlődésének vizsgálatára új szempontokat nyitottak.

Beck Soma: Vizsgálatai némiképp kiegészíthetik az előadók és hozzászólók tapasztalatait, mert nekik nem volt alkalmuk hereditaer laesiókat vizsgálni. A Bródy Adél-gyermekkorház bőrgyógyászati rendelésén 12 esetben vizsgálta a spirochaeta pallidát. Ezek közül 10 eset biztosan lues hereditaria volt, egyszer volt acquirált lues, egy esetben nem volt eldönthető, vajjon hereditaer vagy acquirált-e a lues. E két utóbbi esetben pozitív volt a lelet, a többi 10 eset közül 7-ben talált spirochaeta pallidát. Egy tertiaer lues széteső gummájában a perforált szájpadlason nem talált spirochaetát; másik két esetben sem. Ezek közül azonban egyik már 30, a másik pedig 50 calomel-port kapott.

Bármilyen skepsissel is fogadjuk a leleteket, bizonyos, hogy komolyabban kell venni a többi eddig leirt syphillis-kórokozónál.

Feldmann Ignác: Az eddigi ismeretek szerint a gangraenás folyamatoknál rendszerint együtt található bac. fusiformis és spirochaeta-faj csak lokális elváltozást okoz. Ezzel szemben felszólalónak sikerült megállapítania, hogy a mikroorganizmusok a vérbe is behatolhatnak. Egy 19 éves ifjú hullájában otitis mediához társult sinusphlebitist talált, mely a v. jugularisra és a v. facialisra azoknak egész hosszában elterjedt és tüdőtályogok képződésére is vezetett. Az évesen elágyult, piszkos-zöld visszérökökben, valamint a diphtheriás alhárttyával bélelt vénák falában rengeteg mennyiségű spirochaetát és fusiformis bacillust látott. A rögökben és az alhárttyák felületén rétegében egyéb mikrobák is ki voltak mutathatók, főleg coccusok; a visszerek falának metszeteiben azonban a mélyebb rétegeket úgyszólván kizárólag orsóalakú pálczikák és spirochaeták lepték el úgyannyira, hogy az alapszövetet csaknem egészen elfedték. A tüdőtályogokban és kisebb tüdőűtörések embolusaiban is meg voltak a mikrobák találhatóak. Ezen lelet kétségtelenné teszi, hogy a szóban forgó mikroorganizmusok a vérbe is behatolhatnak; de már nem oly bizonyos, habár feltehető, hogy a pyaemia létesítésében is ezen mikrobák játszották a főszerepet.

Két másik esetében a bac. fusiformist oly szervekben találta, a melyekre vonatkozólag ilyen eredetű tályogokat még nem irtak le. Egy Hercul tanár által operált 20 éves asztalossegéd májtályogából felfogott friss, barnás, kissé bűzös genyben tisztán orsóalakú pálczikákat látott. A műtét után 3 1/2 hónappal boncolt egyén idült májtályogában a nyitva kezelés folytán időközben kívülről bejutott egyéb mikrobák is voltak, kivált coccusok. De a bac. fusiformis, különösen az abscessus falának metszeteiben, még mindig nagy számban mutatkozott, jelölül annak, hogy az orsóalakú pálczikák meglehetősen szívós életképességűek.

Ezzel szemben a spirochaeta — úgy látszik — kevésbé ellentálló; ezen feltevése utal ugyanis harmadik esete. Egy Hochhalt tr. osztályáról boncolásra került 20 éves ifjúban otitis mediához társult extradurális és kisagyi tályogot talált felszólaló. A dobúr genyében egyéb mikrobák társaságában számos spirochaeta és fusiformis bacillus volt kimutatható; az extradurális tályogban már csak orsóalakú pálczikák és spirochaeták, a kisagyi tályog sárgásfehér genyében pedig kizárólag fusiformis bacillusok voltak láthatók.

Detre László: A Preis Károly által ajánlott festési eljárást kitűnően találta és maga is ajánlja e methodust.

Róna Sámuel: Megerősítve látja az általa mondottakat. Hálás Entznek, hogy a trypanosomákkal és ezek elméletével megismertett bennünket. Köszöni Feldmann hozzászólását, ki ismereteinket új észlelettel gazdagította. Detre megerősítő felszólalásáért is köszönetet mond.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

(Folytatás.)

2. *Ifj. Genersich Antal:* A gyomor- és bélműtékek egy újabb aseptikus módja. Ismeretes tény, hogy a gyomor- és béltartalom műtét közben állandóan veszélyezteteti, illetve megüsitja az asepst. Szerző 22 gyomor- és bélműtétet végzett kutyákon egy a Lanz és Fischer által ajánlott eljárásokhoz hasonló módon, a zúzási methodus felhasználásával.

A belet vagy gyomrot a resectio helyén Thumim-féle angiotrip-torral zúzza s a zúzási barázdában egy külön e célra készített vékony, hosszúságú pince-szel lefogta s közvetlen a pince mellett átvágta. Az ilyen módon teljesen elzárt két csontot egymással szembeállítván, egy a pince-ek körül vezetett seromuscularis szűcsvarrattal egyesíti egész addig a pontig, a hol a két bélvég közt a pince-ek kiállanak. A fonal meghúzása közben a pince-eket óvatosan leveszi s a még fennmaradt nyílást 2—3 öltéssel bevarrja.

Az entero-entero- és gastroenteroanastomosisnál ugyanígy járt el, csak hogy a belet, illetőleg a gyomrot nem harántul, hanem tangentiálisan zúzza.

Az eljárás segélyével biztosan kikerülhető az infectio. A műtét technikája egyszerű, az összes műtékek egy helybeli segéddel, sőt kényserítő körülmények között segéd nélkül is elvégezhetőek.

Szerző az eljárást emberen való alkalmazásra ajánlja.

3. *Ursziny Gyula:* Az alszártörések gyógyítása egyszerű járó flanell-gyeps-kötéssel. Az általa 12 év óta használt flanell-gyeps-kötés a vatta-gyeps-kötést célszerűen pótolhatja, mert gyorsabb és biztosabb gyógyulást eredményez. A beteg nincs ágyhoz kötve, őt ápolni nem kell, mivel maga szolgálja ki önmagát.

A törés után rögtön alkalmazhatjuk, ha nincsenek bőrallati vér-ömlenyek, de jobb várni néhány napig vagy ezen időre vatta-gyeps-kötést készíteni és csak a lelohadás után tesszük fel a járó flanell-gyeps-kötést.

A flanellpólya előnye a vatta felett a következő: a mily szorosan rögzíti eleinte a flanell a törvégeket, oly szorosan fekszik az később is és a törvégek eltolódását nem engedi meg, ellenben a vatta csak addig rögzít, míg friss, ha az izzadságtól össze-esik, már nem és így alatta üres lesz a kötés. Csak a látszata van meg tehát, hogy a kötés kívül kemény, de belül üres, biztosítékot tehát nem nyújt és így elmozdulhatnak a törvégek.

Az új kabát is csak addig áll jól, míg össze nem esik benne a vatta. A vatta-gyeps-kötésben úgy érezheti lábát a beteg, mint egy bő csizmában, mely nehéz, mivel nem simul a bőrhöz; ellenben a flanell-gyeps-kötésben úgy mint egy fűzős cipőben, mely a lábhoz fekszik.

A jó flanell-gyeps-kötésben a bőr felett hézag nincs, a kötés a bőrhöz simul, a kötés terhé, mely csak 300 gm., az egész bőrfelület viseli. A kötés főkélléke, hogy tág ne legyen, de szoros se, mert különben az ujjak megdagadnak.

A beteg ápolására nincs szükség, mivel a beteg járhat s ezáltal nagyobb lesz az anyagesere, a lobinger, tehát gyorsabb a gyógyulás.

A munkás alszártörésnél 3—4 hétig viseli a kötet, három hét múlva pedig már dolgozhat is; ellenben vatta-gyeps-kötésnél négy hétig fekszik a beteg, azután 2—3 hétig járni tanul és csak két hónap múlva dolgozhat.

A flanell-gyeps-kötés nemcsak a munkás osztályt, de a fokozottabb igényűeket is kielégítheti, a mellett olcsó, könnyen kivihető, elkészítése csupán gyakorlat dolga, főkélléke, hogy se szoros, se tág ne legyen.

Hozzászóló: *ifj. Genersich Antal.*

Közegészségi szakosztály.

I. ülés augusztus 28.-án délelőtt.

Elnök: *Faragó Ödön.* Jegyző: *Schreiber Fülöp.*

1. *Filip Gyula:* A typhus nálunk és a külföldön. Statistikai adatok alapján arra a következtetésre jut, hogy

1. a typhusban való halálozás 1896-tól kezdve állandóan csökken;
2. vannak hazánkban megyék, melyek a nagy halálozási arányszám miatt még most is góczokul tekinthetők;
3. a typhusnak a helyrajzi viszonyait egyedül a vízzel való el-látás módjával nem lehet összefüggésbe hozni.

Hozzászóló: *Thim József és Szabó Dénes.*

2. *Detre László:* A lépfene seruma. Előadó azokról a kísérletekről számol be, a melyekkel sok évi munka után a lépfene serumát előállításra sikerült. E serumot a vezetése alatt álló budapesti Jenner-Pasteur intézetnek e célra berendezett telepén lovakból nyeri, a melyeket a lépfene bacillusa ellen immunizált volt. Fokozatos mennyiségben kell a lovak bőre alá befecskendezni a bacillusok húsleves-tenyészetét, míg végre az így kezelt állatok nemcsak hogy maguk teljesen mentesek, immunisak lesznek, de vérében oly anyag is keletkezik, a mely specialisan a lépfene bacillust támadja meg. Az ilyen lónak véréből veszi előadó bizonyos időközökben — hetenként 3—4 litert — és e vérből kiváló savót használja fel a lépfene gyógyítására.

Természetes, hogy állatokon kellett a serumot kipróbálni, mielőtt emberekben használatba vétetett volna. A serum erősségét tengerimalacokon, nyulakon és szarvasmarhákon határozta meg az előadó. A marhák lépfeneje ugyanis hazánkban még nagyon gyakori: körülbelül 4000-re rúg az évente bejelentett halálos esetek száma. A serummal

való gyógyítási kísérletek 1904-ben kezdődtek meg; ez év végeig 95 állatról érkezett részletes jelentés, a melyek közül gyógyult 62 (= 65%), elhullott 33 = 35%. Az 1905. év folyamán eddig 147 új esetről érkezett jelentés, a melyek közül 107 = 73% gyógyult, 40 = 27% elpusztult. Óriási ez az eredmény ha meggondoljuk, hogy az eddigi gyógyulási arány 1-5% volt. Eddig 100 lépfene állatból meggyógyult 1-5, a serum segítségével 100 közül 60-70 menekszik meg.

Ezen kísérletek alapján ajánlja előadó a serumot az emberi lépfene leküzdésére. Hazánkban a lépfene elég gyakori betegség: főként a bőrpokolvar fordul elő, a mely a nép előtt is jól ismeretes, és mely rendszeren direct vagy indirect úton (légycsípés stb.) lépfenés marháról ragad át az emberre. Nálunk 1892-95-ig átlag 470, 1896-1900 átlag 725 halálos esetet jelentettek be, 1901-ben 511, 1902-ben 430, 1903-ban 469-en haltak meg lépfenében, átlagban közel annyian pusztulnak el, mint gyermekágyi lázban, félsányian mint o:banában. Legfertőzőbbek Bereg, Ung, Zemplén, Szatmár, Szilágy, Kolozs, Bihar, Torontál megyék, szintén fertőzöttek Baranya, Vas és a horvát megyék: szóval ott a legelterjedtebb a betegség, a hol a statistika adatai szerint a marhák lépfeneje legotthonosabb, másrészt pedig hol az orvosok száma csekély és a nép műveletlen, s ezért későn megy bajával orvoshoz, ha egyáltalán megy.

Előadó egy-két kezelt esetnek kedvező lefolyása alapján bizton reméli, hogy serum a emberi gyakorlatban is be fog válni, és hozzá fog járulni az általános mortalitás csökkentéséhez. Felkéri a hallgató-ságot, hogy adandó esetben a serumot súlyos esetekben próbálja meg, a mely célra előadó bármikor szívesen áll az érdeklődőknek szolgálatára a serumnak kellő mennyiségével.

3. Gerő Vilmos: *Tejhamisítás a tej megítélése.* Az előadó nem annyira a tejhamisítás fokáról beszél, mer: hisz e tárgy már ki van merítve, hanem inkább azon okokról, melyek a tápszershamisításokat előidéznek.

Ezek közt legfontosabb az általános tápszertörvényünk hiánya, melynek megalkotására a kormányok figyelmét ismételtelen felhívták a szakkörök minden eredmény nélkül.

A vegykísérleti állomások mai helybeosztása is előmozdítja a tápszershamisításokat.

Igen fontos megítélés alá esik a törvényhatóságok eljárása a meglévő hiányos tápszertörvényeinkkel szemben. Határozottan mondhatni, hogy a hatóságok nem hajják végre sem az 1876: XIV. t.-cikket, sem a mezőgazdasági cikkekre vonatkozó 1895: XLIV. t.-cikket.

Helytelenül járnak el a tisztiorvosok is (jóhiszeműleg), mikor a tejet a fajsúly alapján kiöntik. Igen sokszor a helytelenül vett tejpróbák alacsony fajsúlya van s ezért a tejet kiöntik, az illetőt megbüntetik. A vezetése alatt álló vegykísérleti állomásra gyakran küldenek be „erősen gyanús“-nak jelzett tejpóbát. A pontos analysisből kiténik, hogy a próba helytelenül lett véve, a tej normális. Az ily eljárás által sokan ártatlanul bűnhődnek s köljük belőlük a törvényiszteletet.

Hozzászól: Pécsi Dani, Bartha János és Tim József.

4. Plechl Szilárd: *A torontálmezei tüdővészellenes egyesület.* Előbb röviden ismerteti a tüdővész elleni küzdés álláspontját általában, a következő csoportokba osztva a védekezés eszközeit: 1. sanatoriumok, 2. dispensaire-ek, 3. a bacillusok kiirtására irányuló eljárások és 4. az alkoholismus elleni küzdés. Ezután áttér a torontálmezei tüdővészellenes egyesület ismertetésére. Az egyesület — noha csak alig néhány hónapja áll fenn — máris évi 4000 korona bevételre számít, a mely pénzzel már az ősszel megnyitják a nagybecskereki dispensaire-t.

Hozzászól: Kovács Ödön.

5. Csönka Ferenc: *Élelmiszerhamisítások, különös tekintettel a szegedi viszonyokra.* A mezőgazdasági termények, termékek és cikkek hamisításának tilalmazásáról szóló 1895: XLVI. törvénynek és az annak végrehajtása tárgyában kiadott rendeleteknek a tápszervizsgálatra való intenzív hatásának méltatása után az utóbbi két évtized óta Szegeden észlelt különleges közérdeklőbb hamisításokat és az azokkal szemben foganatosítandó eljárásokat terjesztette elő. Ismertette az általa alkalmazott paprika-vizsgálási módszert. Javaslatot terjesztett elő a főlőzött tej forgalomba hozatalára nézve. Ismertette a nyers karbolsav forgalomba hozatalánál észlelt visszaéléseket és ferde eljárásokat.

Végül a mostanában Szegeden létesült artézi vízzel táplált nagy vízvezeték rendszerének s vizének egészségügyi szempontból való méltatása után a vidéki nagyobb városokban felállítandó vegyvizsgáló állomásoknak szükségét hangsúlyozta.

PÁLYÁZATOK.

295. eln. sz. 1905.

Bihar vármegye központi elmebeteg-osztályán egy segédorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Ezen megüresült, s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 1200 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezenel pályázatot hirdetek.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő, esetleg orvos-szigorlók is pályázhatnak.

Felhívom pályázni óhajtó urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Beöthy László dr. úrhoz ezimzendő pályázati kérvényeiket okmányokkal együtt hozzám f. évi november hó 13. napjáig adják be.

Nagyvárad, 1905. évi november hó 1-én.

Fráter Imre, igazgató-főorvos.

4516.1905. sz.

Gömör vármegye tornallyai járásában lemondás folytán megüresedett harkácsi körorvosi állásra ezemel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszerész helyben. A körorvos évi fizetése: 1. Törzsfizetés 1200 korona. 2. Lakbér 200 korona. 3. Utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó közöseket havonként egyszer a saját költségén meglátogatni. 4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fill., éjjel 1 kor., a beteg lakásán bármely közöseben nappal 1 kor., éjjel 2 kor.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. november hó 20.-án d. u. 5 óráig hivatalomhoz a nál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községében f. évi november hó 22. napján d. e. 10 órakor fog megtörténi.

A megválasztott körorvos állását f. évi december hó 1-én tartozik elfoglalni.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel bíró egyén nem pályázik, az állás szigorló orvossal mint helyettesül esetleg hosszabb időre is betölthető lesz.

Tornallya, 1905. évi november hó 1-én.

Szentmiklóssy, főszolgabíró.

3-1

1241/1905. jg. szám.

A pécsvárosi központi elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett egy másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt és méltóságos dr. báró Fejérváry Imre úrhoz, Baranyamegye és Pécs szab. kir. város főispánjához címzett kérvényeiket hozzám f. évi november hó 10.-éig küldjék be.

A kinevezendő másodorvos évi javadalmazása: 1500 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés.

Megjegyzem, hogy a mennyiben szabályszerű minősítésű orvos nem jelentkeznék, úgy orvosgyakornok fog kinevezettni, kinek javadalmazása 1200 korona fizetés, lakás és I. oszt. ételmezés leend.

A kórházi alapszabályok értelmében a másodorvosok két évre neveztetnek ki, mely idő igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbítható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelmet és szorgalmat tanúsítottak, kórház-igazgató meghallgatásával, illetőleg annak előterjesztésére, véglegesíthetők.

Pécs, 1905. évi október hó 26.-án.

2-2

Erreth Lajos dr. s. k., kir. tanácsos, kórház-igazgató.

5332/1905.

Torontálvármegye antalfalvai járásába kebelezett Csenta községi orvosi állás üresedésben lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket f. évi november 20.-ik napjáig nyújták be.

Az orvos javadalmazása:

1. a) évi fizetés 1600 korona,

b) 40 fillér helyi látogatási díj;

2. a szabályrendeletben megállapított halottkemi és hússzemledij.

Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó orvos a községi s körorvosi nyugdíjintézetbe belépni tartozik.

Antalfalva, 1905. október 24.-én.

3-2

Lowieser Imre, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kittűn 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! Csíramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Kaporoson.

Tisztelt doktor úr!

Kérem mint magyar készítményt rendelni: **Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis esetelnél,**

POLYBROM.

SYR. FERR. CUM ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 60 gm. k. ná amon. brom. és 0.005 arany). mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges felállul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszerháza

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben

valamint minden gyógytárban, Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thalmyer és Seitz, Budapest.

Többszörösen kipróbálva!**Számtalan elismerőlevél!**

„NERVINOL“ BARABÁS

Tartalmazza a Ferrum, Calcium, Bromum, Natrium glycerophosphat sóit. Rendkívül gyors fel-
szívódó képességénél fogva a legjobban ajánlható glycerophosphat-készítmény.

**Előkelő ideg- és belgyógyászok fényes eredménnyel rendelik mindennemű ideges
bántalmaknál, úgymint:**

**neurastheniánál, hysteriánál,
ideges gyomor- és bélbajoknál,
idegességből és vérszegénységből
eredő főfájásoknál, álmatlanságnál.**

Az étvágyat nagy mértékben fokozza. * Reconvalescenseknél mint erősítő. Jó siker-
rel alkalmazzák tabesnél, férfigyengeségeknél.

*Számtalan elismerőlevél orvosaink legjobbjaitól, melyek meggyőződés czéljából az érdeklődő
orvos urak által bármikor megtekinthetők.*

Adagolás módja: Naponta 3 evőkanállal egy negyed pohár vízben vagy ásványvízben; gyermekeknél kávés-
kanalanként.

Egy üveg ára 2.50 korona, egy nagy üveg ára 5.— korona.

445

Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi „Szent István“ gyógyszerháza

*Alapítva 1803. évben.***Budapest, V., Nádor-utca 3. szám.***Telefon 37—87. szám.*

PASTILLAE PYRODUOTALINI sec. Schubert.

A tuberculosis gyógyításában előkelő helyet foglal el.
Egy nagy adag 40 darab pastillát tartalmaz, ára 11.— korona.
Egy kis „ 20 „ „ „ 6.— „

Készíti:

Schubert Arnold „Fortuna“ gyógyszerháza

Budapest, Csengery- és Dob-utca sarkán.

== Kapható minden gyógyszerházaiban csakis orvosi rendelvényre! ==
Irodalommal szolgálunk.

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sine et c. arseno

készítményt a szegényvérűség, sápadtság, étvágytalanság
és általános gyengeség eseteiben. A készítmény szerencsés
összeállítása, kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztosít-
ják sikeres alkalmazását. Ára 2 korona. Kapható a gyógyszerházakban.

„Jó Pásztor“ gyógyszerház, BUDAPEST, IX. ker.

SANATOGEN

Javalva VÉRSZEGÉNYSÉG, ANGOLKÓR,
IDEGGYENGESEÉG, vérbomlás és ki-
merültségi állapotok minden fajá-
nál mint leghathatósabb erősítőszert és
megbízható idegzsongító. — Teljesen
inger nélküli, kifogástalan

izü, betegek szívesen veszik
be. Orvos uraknak kísérleti anyagot és
irodalmat kívánatra ingyen és bérmentve küld

— BAUER & CIE. —

Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a
Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.
Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.
Egy üveg ára 2 korona

Vidéken való tartózkodás kizárólagosan részére e célra külön berendezett intézetben:
Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett Sziléziában (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895.
Napi díj 6 márka. — Prospektus ingyen.
Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. Alfred Smith.

ALKOHOLBETEGEK

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

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

„Bayer” **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.

C. REICHERT
WIEN, VIII., Bennogasse 24 és 26.
Különlegesség:
Első minőségű Mikroszkopok.

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:
25. számú főárjegyzék. Mikroszkopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hőmérők, Ferrométerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőcukor quantitativ megállapítására. Vetődési készülékek. Mikrografikus készülékek.

Új fényerős fotografiai készülékek: „Combinar” és „Solar”.

Raktárak: **Garai Samu és társa**, Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 1. **Keleti J.** Budapest, IV., Koronaherczeg-utca 17.
Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kívánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Idegbetegek családias jellegű otthona.
Dr. Batizfalvy-féle
Sanatorium és Vizgyógyintézet
Budapesten, VII., Aréna-út 82.
Alapított 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamosítás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). Massage (diatetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Svédgymnastika. Hízoló- és soványító gyógyimódk. Kiváló ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vizgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.
Telefon 15-35. Kívánatra prospektus.

Dr. Trajtler István, igazgató-főorvos.

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

Syrupus Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy
Capsulae Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** 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 kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3-4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3-4-szer napjában 1-2 tokooska.

Irodalom: „A tüdőtuberculosis kezeléséhez”, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez”, Aertztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosis bajainak kezelése”, Aertztliche 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., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokooska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:
Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszerárak csak orvosi rendelésre adják.
G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

Hirdetéseket kizárólagosan a „Petőfi” kiadóvállalat Budapest, VII. kerület, Kertész-utca 16. szám, vesz fel. ➔

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarzi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bókay János: Közlemény az intubációs gyakorlatból. Még egyszer a gégebeli decubitusok helyi kezeléséről. 796. lap.

Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására. 799. lap.

Tárca. Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 802. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Tillmanns: Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens. (Ráskai Dezső.) 804. lap. — *Lapszemle.* *Általános kór- és gyógytan.* Meier Hugó: Strychninrel szemben való immunizáló kísérletek. (Marikovszky.) — *Belgyógyászat.* Curschmann: Nagyobb szivburok-izzadmányok megítélése és kezelése. (R. Zs.) — *Adelheim:* A hasnyálmirigy Langerhans-féle szigetei s azoknak a czukorbetegséghez való viszonya. (Halász Aladár.) — *Menschig:* A meningitis cerebrospinalis epidemica gyógykezelése. — *Sebészet.* Keetley: Appendicostomia. — *Buschke:* Gonorrhoeás gangraena. (Pólya.) — *Wunsch:* Tonsillából eredő periodikus vérzés a menstruatio idején. (Pólya.) — *Sheen:* Az anonyma sikeres leköltése. (Pólya.) — *Englisch:* A férfihügcső és hólyag idegen teste. (Steiner Pál.) — *Veneréás bántalmak.* Hirsch: Bier-féle pangással gonorrhoeás izületi bántalmaknál elért eredmények. (Picker Rezső.) — *Thübiere és Ravaut:* A syphilis-

nek macacusokra való átoltása. (Guszman.) — *R. Müller és G. Scherber:* A balanitis erosiva circinata és balanitis gangraenosa. (Guszman.) — *Hügy-szervi betegségek.* S. Boss: Urogosan. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Keim: A czukornak a méh szülőtevékenységét fokozó hatása. — *Wolf:* Az ischias mechanikai kezelése. — *Netter:* A gyógyító serumok használata után észlelhető eruptiók megelőzése. — *H. C. Colman:* Méh- és tüdővérzés kezelése. 805-808. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A magyar orvosi könyvkiadó társulat alapszabályainak módosítása. — Kinevezés. — Uj tiszti orvosok. — Felhívás adakozásra. — Kölliker Albert. — Kisebb hírek külföldről. — Az orvostörténelemhez. — Betegség diagnosisa a szülés előtt. — Romlott sardinával való mérgezés. — Nő mint rendőrorvos. — A stethoskop gyakori fertőtlenítése. — A londoni egyetem. — A tudósanatoriumok számának szaporodása Németországban. — Megjelent. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Királyi magyar természettudományi társulat élettani szakosztálya. — Közkórházi Orvostársulat. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 3. szám. Szerkesztik: Babarzi Schwartz Ottó udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és Moravcsik Emil egyet. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemények az intubációs gyakorlatból.

Még egyszer a gégebeli decubitusok helyi kezeléséről.¹
Irtá: Bókay János dr., egyet. rk. tanár, a budapesti „Stefánia“-gyermek-kórház igazgató-főorvosa.

Deguy és Le Play rövid idő előtt (1905. 20. júni) a „Société de Pédiatrie de Paris“ szakülésén négy szép esetük kapcsán hozzászóltak a prolongált intubatio kérdéséhez s fejtegetéseikben „doctrine classique“-nak állítják oda azon, egyes európai intubátorok által osztott felfogást, hogy ha ötször vagy hatszor huszonnégy óra lefolyása után a végleges extubatio nem sikerül, másodlagos légesömetszés végzendő, súlyosabb decubitusok fejlődésének elkerülése céljából.

Azt hiszem, hogy ezen felfogás „doctrine classique“-nak egyáltalában nem mondható, mert bár egyesek Európában ezen nézetet még ma is vallják s hozzá makacsul ragaszkodnak, O'Dwyer s az Egyesült-Államok intubátorai sohasem állították illetően módon oda a másodlagos légesömetszés indicatióját, s az európai intubátorok közül egyesek már évek előtt, kellő megindokolással, megzáfolták ezen nézetnek mint tételnek érvényességét.

A kérdéses felfogást tudtommal 1891-ben Escherich hangoztatta először² s mint az 1894. évi bécsi vándorgyűlésről megjelent tudósítások mutatják,³ körülbelül ugyanezen nézetet vallották akkoron Widerhofer, Ranke és Heubner s e felfogás csakhamar átlplántálódott a francia intubációs praxisba is.⁴

¹ Minden jog fenntartva.

² Wiener klin. Wochenschr., 1891. 7-8. szám.

³ Arch. f. Kinderh., XVIII. köt., 3-4. füz., 210-214. lap.

⁴ Hogy egyes intubátorok e tekintetben mennyire túlzásba mentek, mutatja Wieland (Basel) következő nyilatkozata 1897-ből: „Lieber zu früh als zu spät tracheotomiren“.

Escherich fenti nézetére én már 1891-ben Halleban megtettem megjegyzéseimet,¹ nevezetesen utaltam arra, hogy 5 × 24 óránál hosszabb intubatio mellett diphtheriás eseteimnek eléggé szép száma gyógyult fel másodlagos légesömetszés nélkül, s 1895-ben a „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ Lübeckben tartott ülésén, 763 esetet kitevő anyagom alapján, részletes adatokkal megzáfoltam Escherich tételének helyességét s előadásom resuméjének harmadik pontjában a következőket mondtam:² „Ha szem előtt tartom, hogy intubációval gyógyult eseteim közül 16,2%-nál az intubatio-tartam a 120 órát túlhaladta, úgy nem oszthatom azok felfogását, kik tétel gyanánt óhajtják kimondani, hogy ha 5 × 24 órán belül a definitív extubatio nem sikerül, súlyosabb jellegű decubitus elkerülése céljából másodlagos légesömetszést kell végezni. Véleményem szerint a másodlagos légesömetszés időpontját terminushoz kötni nem lehet, a véres beavatkozást szerintem javulja súlyosabb jellegű decubitus kétségtelen jelenléte, de nem indikálja a decubitus fejlődésétől való félelem.“

Ez volt álláspontom 1895-ben s ezóta álláspontomat csak annyiból változtattam, hogy kimutatván a gelatinával bevont s timsóporral impraegnált úgynevezett bronz-gyógytubusok feltünő terapeutikus értékét a gégebeli decubitusok helyi kezelésénél, a másodlagos légesömetszés indicatiójának körét 1901-ben Hamburgban tartott referáló előadásomban³ még szűkebbre vontam össze s 1903-ban, a gégebeli decubitusok helyi kezeléséről önállólag értekezvén,⁴ cikkemet a következő befejező sorokkal zártam: „... cikkemmel egyáltalában nem akarok állást foglalni a másodlagos légesömetszéssel szemben, csak oda akarok hatni, hogy a sec. tracheotomia indicatiója a lehető legszűkebb korlátok közé

¹ Jahrb. f. Kinderh., 1892.

² Deutsch. med. Wochenschr., 1895.

³ Verhandl. der XVIII. Vers. der Gesellschaft für Kinderh. in Hamburg, 1901.

⁴ Orvosi Hetilap és Jahrb. f. Kinderh., 1903.

szorítottassék s csak ott végeztessék, hol a végleges decubatio az általam ajánlatba hozott praeparált gyógytubusok rendszeres alkalmazása dacára sem viheto keresztül, midőn is supponálható, hogy a cricoidealis porcz jórészt destruált s ezen szerencsétlen esetekben a sec. tracheotomia tényleg életet menthet, bár kiteszi a beteget azon veszélynek, hogy örökké „canulard” marad.⁴¹

1901-ben s még inkább 1903-ban eset-közlésekkel kimutattam, hogy a másodlagos légesömetszés decubitusok jelenlétének a praeparált bronz-gyógytubusok alkalmazása által a legtöbbször feleslegessé tehető s ha ma újból 8 esetet teszek közzé, erre ösztönöz egyrészt Deguy és Le Play közlése, másrészt pedig azon örvendetes körülmény, hogy említett két cikkem óta európai kartársaim mindinkább jobban és jobban érdeklődnek a gégebeli decubitusoknak praeparált gyógytubusokkal való helyi kezelése iránt.

Mintán 1903 ig összesen 16 gyógyult esetről számolhattam volt be, újabb 8 esettel immár összesen 24 észlelettel világhírtat meg a methodus nagy gyakorlati fontosságát s nagyon is óhajtandónak vélem, hogy ezen O'Dwyer által 1897-ben Washingtonban ajánlatba hozott genialis eljárás² minél szélesebb körben gyakoroltassék s ez által a gyermekkórházak gyakorlatából a szerencsétlen „canulard”-ok a lehetőségig eltüntethetők legyenek.

* * *

17. eset. P. Ferencz, 3 éves. Felvétetett 1904. október hó 18. án. Tegnap óta torokfájás, láz, hangosabb légzés.

St. pr.: Jól fejlett és táplált. Mindkét mandolát, garatívek alsó részét, garat oldalait szürkésfehér, vaskos, álhártyás lepedék borítja. Légzés hangos, mérsékelt mellkasi behúzódasóktól kísért. Aponia. T. 39° C. Th. 4000 E. Preisz. Gözsátor.

Október 19. 37°, 38°5'. Cultura Löffler-bac.-ra positiv. Légzés mind nehezbítetté válik, úgy, hogy délután 7 órakor a kezdődő cyanosis, nagyfokú nyugtalanság az intubatiót szükségessé teszi.

Október 21. 38°, 37°8'. Extubatio délelőtt 9 órakor, 9¼ órakor azonban sürgősen intubálnunk kell. Újabb 4000 E. Preisz.

Október 23. Láztalan. Torok tiszta. Vizeletben közepes mennyiségű fehérje. Extubatio délelőtt 9 órakor. Reintubatio délelőtt 10 órakor. Újabb 2000 E. Preisz.

¹ „Az intubatiós traumáról” írt s 1901-ben megjelent monographiámban (84. lap) olvasható, hogy O'Dwyer, ki a sec. légesömetszés indicióját intubationál kezdettől fogva a legszűkebb korlátok közé szorította („the most possible thing, that can be done”), 1897-ben Washingtonban tartott előadásában a következőket mondotta ide vonatkozólag: „... the practice adopted in some of the European hospitals of resorting to tracheotomy if the intubation tube cannot be dispensed with in a certain number of days, is to me incomprehensible.” Mert miként O'Dwyer tovább mondja: if extensive subglottic ulceration exists at the time the trachea is opened, the rapid healing which follow is very likely to produce a close, cicatricial stricture, if not complete occlusion of this narrow part of the larynx.”

² Az eljárás abból áll, hogy mindazon esetekben, hol az ebonit-tubus végleges eltávolítása, gégebeli felfekvések jelenléte folytán lehetetlen, kísérletet teszünk az O'Dwyer utasítása alapján készült karcsubb nyakú, de aránylag mélyebb fekvésű s nagyobb hasas kidomborodással ellátott bronz-tubusokkal (gyártja: Georg Ermold, New-York 201 East, 23 Street) és pedig oly módon, hogy a tubusfej és hasas kidomborodása közötti karcsubb nyakrészt, tehát azon rész, mely a kifehelyződött felülettel áll közvetlen érintkezésben, gelatina-réteggel vonatik be s erre porrártott timsó préseltetik. A tubusokból természetesen egy egész sorozat kell, hogy rendelkezésünkre álljon, hogy bármily korú gyermeknél alkalmazhatók legyenek. A kérdéses bronz-tubusok nyakrésztetének gelatinával való bevonását s timsóval való impregnálását, mint azt már előbbi két cikkemben megírtam, a következőképen végezem:

A lapos, vékony lemezekben áruba bocsátott gelatinából az alkalmazandó tubus nagysága szerint 4—7 mm. széles csíkokat vágunk. Az első gelatinacsikot közvetlenül a tubus feje alatt körkörösén vezetjük a tubus nyaka körül, mintán a gelatinát előbb forró vízbe való bemártással puhává, hajlékonyvá tettük. A ráfektetésnél ügyelnünk kell arra, hogy a gelatinacsik alatt léghólyag ne képződjék s hogy a teljes körülvezetés után az egyenesre levágtott szélek pontosan összeérjenek. Ekkor alumen crudum pulv.-ot veszünk fel két ujjunk közé s a még ragadós felületű, puha gelatinacsikba köröskörül jól bele-nyomjuk. Ha ezzel készen vagyunk, a tubus nyakának még szabadon levő részére a második csíkot helyezük el. A második csik felső szélének mindenütt érintkeznie kell az első csik alsó szélével, de reafeküdnie nem szabad sehol. Körülfektetése s timsóval impregnálása ép úgy történik, mint az első csiknál. Ezen gelatinacsikokat csak egy rétegnyi vastagságban rakjuk a tubusra. Kisebb tubusoknál két ilyen csik elegendő, nagyobbaknál még egy harmadik csik körülvezetése is szükséges.

Október 25. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 órakor. Az egyre súlyosbodó stenosis miatt azonban már délelőtt 11 órakor újlag intubáljuk.

Október 26. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 órakor. Délelőtt 11 órakor a kezdődő cyanosis miatt újra intubáljuk és pedig gelatina-timsós bronz-tubussal.

Október 29. Extubatio délelőtt 9 órakor véglegesen.

Október 30.-tól légzés még hangosabb, de a gyermek teljesen nyugodt, cyanosisa nincs. November 3.-án légzés egész csendes. November 5. torokból vett cultura diphth. bac.-t nem tartalmaz. November 6.-án gyógyultan elbocsátatik.

Intubatio tartalma összesen 224 óra (ebből gelatina-timsós bronz-tubussal 70 óra).

18. eset. H. József, 15 hónapos. Felvétetett 1905. július 4. 3 nap óta hangos légzés, ugató köhögés.

St. pr. Mindkét duzzadt tonsillán szigetes, vaskos, szürkés-fehér lepedék. Stridorosus légzés, ugató köhögés, rekedt hang; láztalan. Fokozódó stridor miatt d. e. 9 órakor intubatio, mire a légzés felszabadul.

Július 6. T. 38°2, 38°0' C. Extubatio d. e. 9 órakor. 10 perc mulva fokozódó cyanosis miatt reintubatio.

Július 8. Láztalan. Extubatio d. e. 9 órakor. 1 óra mulva reintubatio.

Július 10. Láztalan. D. e. 9 órakor extubatio. ¾ óra mulva fokozódó stridor gelatina-timsós gyógytubus alkalmazását teszi javallttá.

Július 13. D. e. 9 órakor extubatio és pedig véglegesen. A lefolyást ezután a jobb alsó, majd a jobb felső lebenyben fellépett bronchopneumoniák zavarják meg, melyek azonban szépen oldódnak, úgy hogy július 20.-án gyógyultan hagyta el a kórházat.

Intubatio össztartama 214 óra és 5 perc (ebből gelatina-timsós gyógytubussal 71 óra 15 perc).

19. eset. P. Ernő, 2 éves. Felvétetett 1903. szeptember 22.-én. 10 nap óta náthás, 3 nap óta rekedtség, nehezebb légzés.

St. pr. Orrnyílások kimaródtak, belőlük véres savós váladék szivárog. Torokképletek belöveltek. Jobb mandolán 2, balon s a garathátfalon 1—1 lencsenyi szigetes fehér felrakódás. Légzés mérsékelt stenotikus. Rekedt hang. 2000 E. Preisz. Gözsátor. A nap folyamán légzés mind nehezbítetté válik, s délután 2 órakor intubáljuk. Láztalan.

Szeptember 22.-én 38°30, 38°50. Bakteriologiai vizsgálat Löfflerre positiv. Extubatio délelőtt 10 órakor; délelőtt 11 órakor már új intubatio válik javallttá.

Szeptember 25.-én 38°, 38°2. Extubatio délelőtt 9 órakor. Nap folyamán légzés nyugodt, este azonban mindinkább súlyosbodó stenosis miatt 9 órakor intubáljuk.

Szeptember 27.-én láztalan. Extubatio délután 3 órakor. Utána légzés nyugodt.

Szeptember 28.-án láztalan. Tubus nélkül nyugodtan lélegzik.

Szeptember 29.-én 37°20, 38°10. Légzés egyre stenotikusabb, kezdődő cyanosis: intubatio délelőtt 11 órakor gelatinás-timsós bronz-tubussal.

Október 2.-án láztalan. Extubatio délelőtt 9 órakor véglegesen.

Október 13.-ig még diffus bronchitise miatt gyógykezelésünk alatt áll, légzése azonban állandóan csendes, hang lassan visszatér.

Intubatio össztartama 178 óra (ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 70 óra).

20. eset. K. Kálmán, 3½ éves. Felvétetett 1903. augusztus 17.-én. 2 nap óta láz, nyelési fájdalmak, orrfolyás, egyre fokozódó nehézlégzés.

St. pr. Mérsékeltlen fejlett, nagyobb fokú angolkóros elváltozásokkal. Bal orrjáratból maró, savós-genyes váladék szivárog. Belövelt torokképletek, bal mandolán 2 lencsenyi, vékony, fehér petty. Légzés nagyfokban stenotikus, ajkakon kezdődő cyanosis, úgy hogy behozatal után azonnal, délelőtt 11 órakor intubáljuk. Utána légzés megjavul, cyanosis szűnik. T. = 38°40, 38°8. 4000 E. Preisz. Gözsátor.

Augusztus 18.-án 38°, 38°90. Légzés tubussal nyugodt. Torok tiszta. Orrfolyás kisebb fokú. Cultura Löfflerre positiv.

Augusztus 19.-én 37°8', 39°. Extubatio délelőtt 9¼ órákor, intubatio délután 1¼ órákor, midőn egy croup-hártyát expectorál. Ujabb 2000 E. Preisz.

Augusztus 21.-én 37°5', 38°. Extubatio délelőtt 9¼ órákor, utána légzés egész napon át nyugodt. Vizeletben kis mennyiségű fehérje.

Augusztus 22.-én 37°4', 38°5'. Légzés a délután folytán annyira nehezítetté válik, hogy 4 órákor intubáljuk.

Augusztus 24.-én 37°, 37°5'. Extubatio délelőtt 9¼ órákor. Utána légzés kissé nehezített ugyan, de nyugodt.

Augusztus 25.-én 37°, 38°. A nap folyamán a légzés mindinkább nehezítetté válik, s este a kezdődő cyanosis miatt 9 órákor *gelatinás-timsós bronz-tubussal* intubáljuk.

Augusztus 28.-án láztalan. Extubatio délelőtt 9 órákor *véglegesen*.

Szeptember 3.-án. Légzés tubus nélkül állandóan nyugodt, esendes. Hang kezd visszatérni. Culturában Löffler-bacillusok nincsenek. Gyógyultan elbocsáttatik.

Intubatio tartama összesen 191½ óra (*ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 60 óra*)

21. eset. Ch. Pál, 16 hónapos. Felvétetett 1903. szeptember 2.-án. 2 nap óta egyre fokozódó nehéz légzés, rekedtség, láz.

St. pr. Torokképletek halványak, tiszták. Légzés nagy fokban nehezített, stridorosus, nagyobb fokú mellkasi behúzódsóktól kísért. Cyanoticus ajkak. Azonnali intubatio délelőtt 10 órákor, mire légzés felszabadul. 2000 E. Preisz. Gözsátor. Esteli hő 38°.

Szeptember 3.-án 37°5', 37°8'. Culturában Löffler-bacillusok. Véletlenül a fonalat délelőtt 1 órákor kirántotta, utána légzés nyugodt, s csak délután 5 órákor válik újabb intubatio javallttá.

Szeptember 5.-én 38°, 38°4'. Extubatio délelőtt 9 órákor, reintubatio csak délután 9¼ órákor válik szükségessé.

Szeptember 7.-én láztalan. Extubatio délelőtt 9¼ órákor. A nap folyamán a légzés mindinkább stenotikusvá válik, úgy hogy délután 10 órákor ismét reintubálni kell, s ezúttal *gelatinás-timsós bronz-tubust* alkalmazunk.

Szeptember 10.-én láztalan. Extubatio délelőtt 9 órákor, midőn a *tubus hasának bal oldalán lencsényi fekete folt látható. Az extubatio ezúttal végleges.*

Szeptember 13.-án láztalan. Torokból vett cultura Löffler-bacillusokat nem tartalmaz. Légzés nyugodt, esendes. Hang még rekedt, de tisztább. Gyógyultan elbocsáttatik.

Intubatio tartama 150 óra (*ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 59 óra*).

22. eset. D. Mari, 3 éves. Felvétetett 1904. január 13.-án. 5 nap óta torokfájás, tegnap óta rekedtség, egyre fokozódó nehéz légzés. 3000 E. Behring-savó. Gözsátor.

St. pr. Mindkét duzzadt tonsillát vastag szürkésfehér álhártyás lepedék borítja. Légzés stridorosus, nagyfokú mellkasi behúzódsóktól kísért. Kezdődő cyanosis. Azonnali intubatióra (délután ¾ órákor) légzés felszabadul. 1500 E. Behring. T. 38°6'.

Január 15.-én láztalan. Extubatio délután 4 órákor. Intubatio már délután 5 órákor, midőn 2 czafatos álhártyát ürít.

Január 17.-én láztalan. Torok tiszta. Extubatio délelőtt 10 órákor, utána azonnal stridorosus a légzés, kezdődő cyanosis; intubatio délelőtt 10¼ órákor.

Január 20.-án láztalan. Extubatio délelőtt 10 órákor, csak pár percig bírja, intubatio délelőtt 10 óra 15 perczkor *gelatinás-timsós bronz-tubussal*.

Január 23.-án 37°, 38°8'. Extubatio délelőtt 10 órákor, intubatio már délelőtt 10 óra 45 perczkor (*2. gyógytubus*).

Január 26.-án 38°, 37°5'. Extubatio délelőtt 10 órákor, intubatio délelőtt 10¼ órákor (*3. gyógytubus*).

Január 29.-én láztalan. *Végleges* extubatio délelőtt 9 órákor.

Január 30.-tól légzés fokozatosan javul, február 13.-án teljesen nyugodt és esendes légzéssel, tiszta hanggal gyógyultan távozik.

Intubatio össztartama 375½ óra (*ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 213½ óra*).

23. eset. V. Ernő, 2 éves. Felvétetett 1905. május 6.-án. Két nap óta egyre fokozódó nehezített légvétel.

Status praesens: Orrból maró, kissé véresen tingált savós

váladék. Belövelt, duzzadt mandolákon középvastag szívetes lepedék. Rekedt hang, ugató köhögés, hangosabb légzés, mérsékelt mellkasi behúzódsóktól kísérve. Láztalan. 2000 E. Preisz. Gözsátor.

Május 7.-én 37°5', 38°2'. A délelőtt folyamán 10¼ órákor nehéz légvétel és fokozódó cyanosis miatt intubáljuk. Légzés szabadabbá lesz. Ujabb 2000 E. Preisz.

Május 9.-én 37°8', 38°6'. Délelőtt 9 óra 30 perczkor extubatio, de 9 óra 50 perczkor már intubálnunk kell, miközben több álhártya-czafatot expectorál. 2000 E. Preisz.

Május 11.-én. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 óra 15 perczkor, már 9 óra 45 perczkor reintubatio. Torok tiszta.

Május 13.-án. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 óra 15 perczkor, az egyre fokozódó nehéz légvétel miatt déli 12 óra 15 perczkor *gelatinás-timsós bronz-tubussal* intubáljuk. (*1. gyógytubus.*)

Május 16.-án. Láztalan. Délelőtt 11 órákor extubáljuk, délelőtt 11 óra 30 perczkor már intubatio válik szükségessé. (*2. gyógytubus.*)

Május 19.-én. Extubatio délelőtt 9 óra 45 perczkor, a növekvő cyanosis miatt 11 óra 45 perczkor intubáljuk. (*3. gyógytubus.*)

Május 22.-én. *Végleges* extubatio délelőtt 9 óra 15 perczkor. Ezután légzés állandóan nyugodt, hang tisztul. Junius 28.-án culturalis vizsgálat eredménye Löfflerre negatív. Junius 29.-én gyógyultan távozik.

Intubatio össztartama 352 és ½ óra, *ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 210 óra 30 percz.*

24. eset. H. Etel, 22 hónapos. Felvétetett 1904. május 18.-án. Két nap óta rekedtség, ugató köhögés, fokozódó nehéz légzés.

Status praesens: Gyengén fejlett és táplált. Mindkét mandolán, garat oldalfalain vastag szürkés-fehér álhártyás lepedék. Légzés hangos, kissé stridorosus, felvétel után azonban csakhamar oly nagy fokban nehezítetté válik, hogy a kezdődő cyanosis miatt délután 12 óra 30 perczkor intubáljuk. Hőmérsék 39°2', 37°. 4000 E. Preisz. Gözsátor.

Május 20.-án. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 órákor, reintubatio délután 4 órákor.

Május 22.-én 37°, 38°3'. Extubatio délelőtt 9 órákor, intubatio már délelőtt 10 órákor. Torok tiszta.

Május 24.-én 37°, 38°. Extubatio délelőtt 9 órákor. Az egyre fokozódó stenosis miatt délelőtt 10 órákor *gelatinás-timsós bronz-tubussal* intubáljuk.

Május 27.-én. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 órákor. Intubatio délelőtt 10¼ órákor. (*2. gyógytubus.*)

Május 30.-án. Láztalan. Extubatio délelőtt 9 órákor. Estig jól bírja, délután 10 órákor azonban újlag kell intubálnunk. (*3. gyógytubus.*)

Junius 2.-án. Délelőtt 9 órákor a tubust kiköhögte, fél óra mulva újlag fellép az intubatio javalata, ezt 3 óra mulva ismét kiköhögi és csak a koránál kissé nagyobb (2 éves) tubus marad benn. (*4. gyógytubus.*)

Junius 5.-én. Extubatio délelőtt 9 órákor, már 10 órákor, a hirtelen fellépett nagyfokú cyanosis miatt intubáljuk. (*5. gyógytubus.*)

Junius 8.-án. Extubatio délelőtt 9 órákor, intubatio délelőtt 10 órákor. (*6. gyógytubus.*)

Junius 11.-én. Extubatio délelőtt 9 órákor, s ezúttal *véglegesen*.

Junius 12.-től 23.-ig. Légzés mindinkább javul, végre teljesen nyugodt, esendes.

Junius 25.-én. Gyógyultan távozik.

Intubatio tartama összesen 546½ óra (*ebből gelatinás-timsós bronz-tubussal 414 óra*).

* * *

Korábbi 16 s újabb 8 esetem figyelmes áttekintése mutatja, hogy összesen 16 esetben már *egy* úgynevezett praeparált bronzgyógytubus behelyezése s fekvése *három napon* át elegendő volt arra, hogy a végleges decubatiót sikerrel keresztül vigyem, továbbá, hogy *három* esetben *kétszer*, *három* esetben *háromszor*, *két* esetben pedig *hatszor* kellett alkalmazásba venni a praeparált bronzgyógytubust. Megjegyzem, hogy a praeparált tubus ezen utóbbi

esetekben is minden egyes alkalmazás után, szigorúan tartva magamat O'Dwyer előírásához, három-három napon át feküdt.

16, már közölt esetemhez hozzávéve 9 újabb esetemet, 24 betegem kor szerinti elosztódása a következő volt:

1 ^{1/4} éves	3 eset
1 ^{1/2} "	3 "
2 "	3 "
2 ^{1/2} "	1 "
3 "	5 "
3 ^{1/2} "	1 "
4 "	5 "
4 ^{1/2} "	1 "
6 "	1 "
6 ^{1/2} "	1 "

összesen . 24 eset.

Az ebonit-tubus fekvési ideje, a praeparált bronz „gyógytubus” alkalmazása előtt, 24 esetben esetenként a következő volt:

91 óra	108 óra
93 " "	108 ^{1/2} "
107 " "	

Az ebonit-tubus 5 × 24 órán túl feküdt:

124 óra	142 ^{1/4} óra
129 " "	142 ^{1/2} "
130 ^{1/2} " "	142 ^{1/2} "
131 ^{1/2} " "	152 ^{1/2} "
132 ^{1/2} " "	154 "
137 " "	162 "
138 ^{1/2} " "	186 ^{3/4} "
139 ^{1/4} " "	186 ^{3/4} "
141 ^{3/4} " "	294 "
142 ^{1/4} " "	

A fenti adatok szerint tehát 19 esetben az ebonit-tubus fekvési ideje oly hosszú volt, hogy az Escherich-féle indicatio alapján a sec. légsömetszés szükségessége beállottnak látszott.

Az ebonit és praeparált bronz „gyógytubus” fekvési idejét összegezve, a tubus-fekvés órákban kifejezve, 24 esetben esetenként a következő volt:

150 óra	212 óra
178 " "	213 "
179 ^{1/2} " "	213 ^{1/4} "
191 ^{1/2} " "	214 "
196 ^{1/2} " "	215 "
205 " "	224 "
206 " "	247 ^{1/2} "

10 × 24 órán túl:

251 óra	352 ^{1/2} óra
254 " "	366 "
268 ^{1/2} " "	375 ^{1/2} "
271 ^{1/2} " "	410 "
283 ^{1/4} " "	546 ^{1/2} "

A fenti számadatok szerint tehát a tubusok összefekvési idejének minimuma 6 × 24 + 6 óra, maximuma pedig 22^{3/4} × 24 óra volt, s összes 24 esetem közül 10 esetben a tubusok összefekvése a 10 × 24 órát meghaladta.

A praeparált bronz „gyógytubus” fekvési ideje órákban kifejezve esetenként a következő volt:

52 ^{1/2} óra	72 ^{1/2} óra
59 " "	72 ^{3/4} "
60 " "	72 ^{3/4} "
66 " "	94 "
67 ^{1/4} " "	139 ^{1/4} "
69 " "	139 ^{1/2} "
70 " "	140 ^{3/4} "
70 " "	147 "
70 ^{1/2} " "	210 ^{1/2} "
71 ^{1/4} " "	213 ^{1/2} "
71 ^{1/2} " "	317 "
72 " "	414 "

A praeparált bronz „gyógytubus” fekvésének minimuma tehát 2 × 24 + 4^{1/2} óra volt, maximuma pedig 17 × 24 + 6 órát tett ki, az átlagos idő pedig (két esetünktől eltekintve, melyek-

ben a kérdéses gyógytubust összesen hatszor kellett applikálni 317, illetőleg 414 óra fekvési tartammal) 90·8 óra volt (2101^{1/2}:22).

Megjegyzem, hogy ezen 4^{1/2} évi időszak alatt, mely alatt a vázolt 24 esettel foglalkoztam, a kórház fekvő anyagában ezernél több diphtheriás beteg fordult meg, s ezek között háromszáznál több oly croup laryngis megbetegedés, hol úgyszólván azonnal a felvétel után intubatio vált szükségessé. Az operált esetek gyógyulási százaléka ezen időszakban 67% körül ingadozott s sec. tracheotomia különböző indicióból 4^{1/2} év alatt összesen csak 18-szor végeztetett.

Hogy eseteimben csakugyan decubitalis fekélyek akadályozták a tubus végleges eltávolítását s nem glottis-görccs, az kétségtelenné vált majdnem minden egyes esetben az által, hogy a bronzból készült aranyozott gyógytubusokon a jellegzetes helyen fekete foltok voltak kisebb-nagyobb kiterjedésben láthatók. Eseteim közül egynél utólag mérsékelt fokú heges strictura fejlődött a subglottikus régióban, mely azonban rendszeres tágitásra tubus-bevezetéssel csakhamar eltűnt. Ezen észleletemről 1903-ban megjelent cikkemben részletesen megemlékeztem.

A vázolt 8 újabb köreset nézetem szerint újból kétségtelennél bizonyítja az általam alkalmazott praeparált gyógytubusok tényleges gyógyító hatását a fennálló cricoidealis fekélyzödésekre s Deguy és Le Play azon rövidke megjegyzését, mely talán burkoltan 1901-ben s 1903-ban közétett eseteimre vonatkozik, hogy „. . . et l'on n'a même pas besoin de se servir de moyens accessoires, tels que l'enrobage du tube avec de la gélatine ou serail incorporée une substance antiseptique”, kritika gyanánt el nem fogadhatom, már csak azért sem, mert nem egyedül a gelatinába impregnált gyógyanyagot tekintem az eljárásnál therapeutikus tényezőnek, hanem kiváló therapeutikus tényezőnek tartom azon körülményt is, hogy a rendes formájú ebonit-tubusokat felváltjuk oly tubusokkal, melyek keskenyebb, tehát a rendesnél karcsubb nyakrészzel bírnak, hasas domborulatuk mélyebben fekszik s a rendesnél nagyobb, s a fekélyzödétt felület a tubus falának nyomása alól felszabadul.

Ajánlom az általam ismételve közétett eljárást újból kartársaim figyelmébe s hiszem, hogy úgy mint nekem, másoknak is legnagyobb öröme fog telni abban, ha azt a kárt, mit a betegnek olykor az intubatióval okoznak, ismét intubatióval hozhatják helyre s nem szorulnak a másodlagos légsömetszésre, mely utókövetkezményeiben nem egyszer oly véghetlen veszélyt rejt magában.

Az eljárást kivülem Tantarri Nápolyban s Louis Fischer és Burt Russel Shurly New-York-ban kísértették meg. Tantarri egy esetben, hol 40-szer intubált s a tubus körülbelül 130 napig feküdt, alumennel és ichthyolla! impregnált gyógytubussal ért el végleges ext. patiót; Louis Fischer 10%-os ichthyol-gelatinát alkalmaz; Burt Russel Shurly hasonlóképp ichthyolt használ s ajánlja a gelatinának agarral való keverését, hogy olvadási pontja lehetőleg leszállítottassék. Nincs tudomásom, hogy mindhárman nagyszámú kísérleteket tettek volna s közléseikből csak azt látom, hogy az eljárás iránt bizalommal viseltetnek s eddigi kísérleteik beváltak. Fischer cikke 1899-ben jelent meg a Medical Record-ban, Tantarri kísérleteiről 1901-ben a Firenzeben tartott IV. olasz pediatrikus congressuson számolt be. Burt Russel Shurly cikkei pedig az American medical Association folyóiratának 1901. s 1904. évfolyamában jelentek meg.

Végezetül cikkem kiegészítése céljából s egyes állításaim kellő megvilágítására ide mellékelem intubatio-tartam szerint összeállítva 10 év lefolyása alatt a serum-időszakban intubatioval gyógyult 483 esetemet.

— 24 óra	12·96%	} 45·71%	} 86·12%
24— 48 " "	33·82%		
48— 72 " "	23·69%		
72— 96 " "	11·97%		
96—120 " "	4·68%		
120—240 <	13·88% (67 eset). ¹		

¹ 1894. október havától 1905. január haváig felgyógyult 483 esetem közül 14 gyógyult sec. légsömetszéssel s ezek valamennyien 150 órán túl voltak intubálva. Ha ezt a számot a 67-ből levonjuk, még mindig 53 esetünk marad, melyekben 120 órán túl feküdt a tubus s melyek sec. tracheotomia nélkül gyógyultak.

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiológiájára és klinikai lefolyására.

Irta: Halász Aladár dr.

(Folytatás.)

XXIV. K. L. 36 éves, róm. kath., gépész.

Klinikai diagnosis: *Diabetes mellitus. Coma diabeticum. Szívbenulás.*

1904. júliusában vette észre, hogy vizelete igen megszapordott, sokat kell innia s hogy farkasétvágygyal eszik ugyan, mindamelllett folyton gyengül és soványodik.

A klinikára való felvételkor a beteg kissé kábult.

Vizeletének napi mennyisége 4200—9200 cm³ között ingadozott, fajsúlya 1025—1027, cukortartalma 2·8—3·6%. Aceton- és diacetsav-próba pozitív. Szigorú diatára a beteg nem volt fogható.

November 28.-án comatosussá lett s 24 órai coma után meghalt. A coma alatt ürített vizeletben sok fehérje volt kimutatható.

A bonczjegyzőkönyv (35/237 1904. X. 30.) adataiból a következőket idézem:

A hasnyálmirigy vékony, petyhüdt, igen apró lebenykéjű, középértartalmú, súlya 71 gm. A pankreas kivezetőcsöve szabadon átjárható. A máj középnagy, állománya elég tömött, halvány, barnás-vörös színű, középértartalmú.

Diagnosis: *Atrophia mediocris gradus pankreatis. Diabetes mellitus. Degeneratio parenchymatosa renum et myocardii. Intumescencia lienis. Lipaemia.*

Szövetteni lelet:

A hasnyálmirigy apró lebenykéjű, parenchymáján sokhelyt kisebb-nagyobb fokú sorvadás észlelhető, az acinusok határai elmosódottak, a sejtek pedig plasmazegények.

Az elválasztó sejtekre jellemző külső csikolatos s belső szemcsés öv gyakran fel nem ismerhető: a sejt egész teriméjében egyformán festődik s finoman szemcsézett. A sejtek magvain, a helyenként látható chromatinszegénységtől eltekintve, szembetűnő változás nem észlelhető.

A lebenykéket egymástól elválasztó és az intralobularis kötőszövet szembetűnő szaporodást csak itt-ott a hasnyálmirigy farkából származó készítményeken mutat s benne néhol vérzés, máshol kisebb-nagyobb terjedelmű gömbsejtes beszűrődés látható. A lebenykéket helyenként mérsékelten megszapordott, laza zsír-szövet választja el egymástól.

Sokhelyütt kisebb-nagyobb, néhol több látótérnyi terjedelemben az acinusok határai elmosódottak, a sejtcoutourok fel nem ismerhetők, a sejtplasma homogen összefolyó tömeget képez, melyben a jobbadán ép sejtmagok a rendesnél közelebb állanak egymáshoz. Máshol a plasma helyét alig festődő anyag foglalja el, a sejtek magvai zsugorodottak, sötétre festődnek, alakjuk feltűnő hosszúkas, sokszor ékídomú.

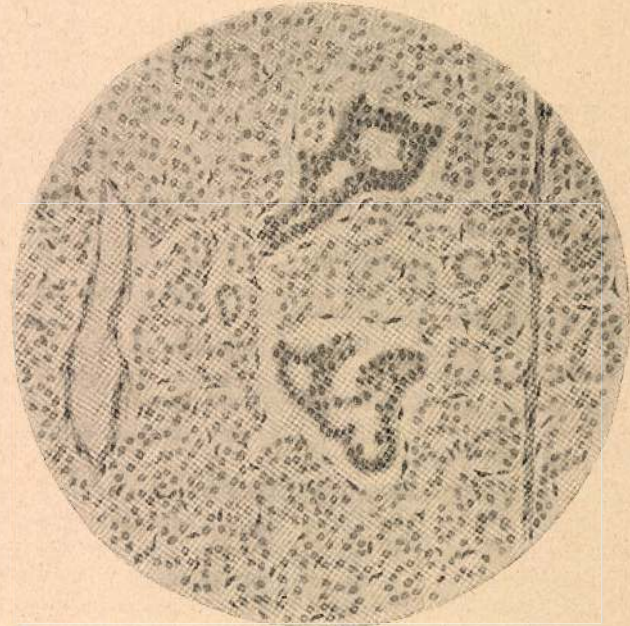
A kivezetőcsövek hámbélése mindenütt ép. Az érfalakon kóros változás nem észlelhető, szembetűnő azonban úgy a kicsiny, mint a nagyobb erek teltsége.

Sajátos képet nyújtanak a szigetek. Némelyikük, mint ez különösen a hasnyálmirigy farki részletéből származó metszeteken látható, szembetűnően nagy, akár 440 × 385 μ -nyi is;* az átlagos szigetnagyság azonban a 200 × 220 μ -t nem haladja meg. A szigetek alakja szabálytalanul kerek, ovalis, néhol hosszúkas. Legnagyobb részük, hozzávetőleg az összes szigeteknek csaknem kétharmada, teljesen ép.

A kóros változást mutató szigetek méretei igen tág határok között ingadoznak (a legnagyobb akár 200 × 210 μ , a kicsinyek 55 × 60 μ -nyiak). A változás kezdetén a sejtek megduzzadnak, majd plasmájuk egyneművé válik s összeolvad. A kórfolyamat haladtával sorvadásos jelenségek észlelhetők a szigeteken: csekély számú — néhol csak 1—2 — sejtkötegből állanak s a sejtköteget csak egy sejt sor alkotja. A sejtek protoplasmájának helyén

* Eberth szerint az ép szigetek átmérője 70—300 μ közt változik.

van Gieson szerint halványsárgára, illetve eosinnal halvány rózsaszínűre festődő, egynemű anyag látható, a sejtek magvai szabálytalan hosszúkas alakúak, jobbadán zsugorodottak, s mint az különösen a haematoxylinnal festett készítményeken látható, a szomszédos elválasztó szöveténél sötétebbre festődnek s rajtuk finomabb szerkezet fel nem ismerhető. A sejtmagvak rendszerint igen közel állanak egymáshoz, nem egyszer szabálytalan csoportokat képeznek, helyzetük a kötegben rendszerint centralis. A pusztulófélben levő szigetek a környező mirigyparenchymába éles határ nélkül mennek át.



II. ábra. Pusztulófélben levő szigetek, hengerverszerű sejtekkel.

Az ily módon megváltozott sejtkötegek sokszor hengeresre emlékeztető sejtekből állanak, sőt néhol lumen körül látszanak elrendeződni, miért is felületes megtekintésnél könnyen a kivezető csőrendszerrel téveszthetők össze. A fentiekben ismertetett változás gyakran az egész szigeten, néhol azonban a szigetnek csak néhány sejtkötegen észlelhető.

A szigetek számát a hasnyálmirigy egyes részleteiben a következő táblázat mutatja:

Pankreas részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	mm ² 320	70	23·2	Az összes szigetek egyharmada ép
	2	320	75		
	3	320	72		
	4	320	80		
Corpus p.	—	—	—	—	—
	—	—	—		
	—	—	—		
Cauda p.	1	150	41	29·1	Az összes szigetek egynegyede kóros
	2	150	47		
	3	150	42		
	4	150	45		

A vesék interstitialis kötőszöve helyenként mérsékelten megszapordott s itt-ott gömbsejtesen beszűrődött. A kanyargós csatornácskák hámja sokhelyütt duzzadt, colloidosan elfajult s magfestést nem mutat. Az egyenes húgycsatornácskák sejteinek peripheriás részén sajátságos alakatlan, áteső fényű barnás-fekete mészrögök láthatók. A glomerulusok kötőszöveti gerendázata sokhelyt szembetűnően megszapordott, sőt néhol a glomerulus helyén hyalin tömeget találhatni.

A máj szöveti szerkezete normalis.

A mellékvese szövete ép, csak a kéregállomány *stratum glomerulosumában* láthatni kisebb-nagyobb részleteket, melyeknek

megfelelően a sejtek plasmája eltűnt s a sejtmagvak szabálytalanul zsugorodottak.

XXV. H. L. 33 éves, római katolikus, varrónő.

Klinikai diagnózis: Diabetes mellitus. Coma diabeticum.

Bemondása szerint 7—8 óra veszi észre, hogy étvágya fokozott, sokat szomjazik és sokat kell vizelnie. Annak ellenére, hogy sokat eszik, egyre soványodik. Köhög, éjjel izzad.

A kórházban való tartózkodása alatt vizeletének fajsúlya 1030—1035, napi mennyisége 900—3200 gm., cukortartalma pedig 4·6—7·5% között váltakozott. Állítólag coma tünetei között halt meg.

A bonczjegyzőkönyv (Bender dr.) adatai: Diabetes mellitus. Atrophia pancreatis mediocris gradus. A hasnyálmirigy súlya 70 gm., hossza 20 cm., szélessége 4 cm., vastagsága 0·9 cm. A szervek, különösen az agy és a tüdők erősen acetonszagúak.

Egyéb eltérések: Degeneratio parenchymatosa renum. Infiltratio sanguinea piae matris et arachnoideae praecipue basos cerebri, verusimiliter post rupturam arteriae profundae cerebri dextrae.

Pneumonia caseosa in lobo sup. sin. Dysenteria diphtherica. Struma minoris gradus.

Szövetteni lelet: A pancreas mirigyeselemin csak helyenként láthatni kisebbfokú sorvadást: a sejtek néhol plasmazegények, másutt szembetűnően duzzadtak s a környező sejteknél halványabban festődnek; a sejthátárok elmosódtak s a sejtmagvak a rendesnél kisebbek, szabálytalan alakúak, zsugorodottak és sötétebbre festődnek. Nagy ritkán vacuolakepződés is észlelhető. Sokhelyt a duzzadt sejtekből álló acinusok olyanok, mint a pusztuló félben levő szigetek.

A hasnyálmirigy kötőszöveve nincs szembetűnően megszapordva. Néhol az interlobularis kötőszövetben kisebb-nagyobb terjedelmű, mononuclearis jellegű gömbsejtes beszűrődés látható.

A szigetek száma — mint az alábbi táblázatból is látható — főképp a mirigy fejből és testéből származó metszeteken feltűnően kevés. Egy részük úgy alakját, mint nagyságát és sejteit tekintve ép. Ép szigetek főleg a hasnyálmirigy farki részletében találhatók (itt körülbelül 65%-a a szigeteknek ép), míg a hasnyálmirigy fejből származó készítményeken ép szigetek nem láthatók. A legnagyobb ép sziget 170 × 110 μ-nyi; az ép szigetek átlagos nagysága azonban alig 90 × 60 μ.

A szigetek túlnyomó többsége kifejezetten kóros. Alakjuk szabálytalan hosszúságú, néhol keskeny, szalagszerű, sejtkötegek száma csekély, a sejtek plasmazegények, a sejtmagvak jobbadán sötétebbre festődnek, zsugorodottak, egymáshoz közel állanak s helyenként szabálytalan csoportokat alkotnak. A gyér számú sejtkötegek között támadó hézagot sokhelyt alig festődő homogén anyag tölti ki, melyben helyenként hosszúmagvú kötőszöveti sejtek is láthatók. A kóros szigetek rendszeren éles határ nélkül mennek át a környező mirigyparenchymába.

A nagyobb erek vérrel teltek. Az erek falain kóros változás nem mutatható ki. A kivezetőcsövek hámbélése ép.

A szigetek számát a hasnyálmirigy egyes részeiből származó metszeteken a következő táblázat mutatja:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma a metszetben	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	184 mm ²	4	2·9	Az összes szigeteken kisebb-nagyobb fokú kóros elváltozás látható
	2	184 "	2		
	3	176 "	5		
	4	180 "	10		
Corpus p.	1	200 "	14	10·2	60% ép sziget
	2	200 "	19		
	3	200 "	15		
	4	200 "	14		
Cauda p.	1	136 "	11	9·7	65% ép sziget
	2	140 "	10		
	3	150 "	20		
	4	150 "	15		

Szembetűnő ezen esetben, hogy a Langerhans-féle szigeteken észlelhető kóros elváltozások a hasnyálmirigy feji részleteiben voltak legkifejezettebbek. Gömbsejtes beszűrődést is csak a hasnyálmirigy fejében kaptam.

XXVI. Sz. G. 22 éves, római katolikus, varrónő. Klinikai diagnózis: Diabetes mellitus. Coma diabeticum.

Kórlefeletés:

A beteg egy év óta folyton szomjas, sokat iszik s gyakorta vizel. A felvételtkor (1904. október hó 20-án) előadja, hogy szomjúsága 3 hét óta kinzóvá vált. Annak ellenére, hogy sokat eszik, különösen az utóbbi hetekben nagyon lesoványodott.

Vizelete világos szalmasárga színű, savi vegyhatású, fajsúlya 1021, napi mennyisége 3·0—3·4 liter között ingadozik, polarizációs eljárással meghatározva 2·3—3·0% cukrot tartalmaz. Aceton és diacetsav-próba positiv. 2 napi kórházi tartózkodás után comába esik a beteg s 18 órai coma után meghal.

Bonczjegyzőkönyvi (6991/508. 1904. november 7.) adatok:

Diabetes mellitus. Atrophia majoris gradus pancreatis. A hasnyálmirigy feltűnően kicsiny, sorvadott, vékony, súlya csak 33·5 gm. Különösen a feje és teste lapos. Mirigylebenykéi aprók, sorvadtak. Állománya petyhüdt, vérszegény. A ductus pankreatikus közep-tág, szabadon kutszolható.

Hypertrophia minoris gradus hepatis. A máj barnásvörös színű, apró lebenykéjű, rajzolata fel nem ismerhető.

Szövetteni vizsgálat:

A hasnyálmirigy lebenykéi nagyobbrészt épek, helyenként azonban szembetűnően sorvadtak; az acinusok sokkal kisebbek a rendesnél, sejteik plasmazegények, magvaik sok helyütt sötétre festődnek, zsugorodott, szabálytalan alakúak. Néhol a sejt plasmája teljesen eltűnt, s a mirigyacinust csak néhány pyknotikus mag jelzi. A hasnyálmirigy kötőszöveve szembetűnően megszapordása sehol sem észlelhető. Helyenként a parenchymában kisebb-nagyobb, helylyel-közzel akár látótér terjedelmű, a szomszédos szövetnél halványabb színű, magfestést nem mutató, duzzadt, homogén sejtekből álló részletek láthatók, melyeket azonban gömbsejtes zóna nem vesz körül (önemésztés!).

Itt-ott némileg megszapordott, laza zsír-szövet látható a mirigy-lebenykék között, sőt helyenként a lebenykékben is.

A kivezetőcsőrendszer hámbélése ép. Érfal-elváltozások sehol sem mutathatók ki.

A Langerhans-féle szigetek legnagyobb része teljesen normális: alakjuk többnyire kerek, ovalis, néhol azonban hosszúságú szigetet is találhatni. A mi e szigetek méreteit illeti, az ép szigetek átlagos nagysága 286 × 242 μ, de látható akár 385 × 352 μ nagyságú sziget is.

Aránylag ritkán, de találni szigeteket, melyek az átlagosnál jóval kisebbek (100 × 120 μ) s csak egy-két sejtkötegből állanak. Máshol a rendes nagyságú és alakú szigeteken a kötőszöveti gerendázat erősebben fejlett, itt-ott pedig a sejtmagvak egy része a rendesnél sötétebbre festődik. Kifejezett kötőszöveti sclerosis vagy egyéb szembetűnő kóros elváltozás azonban ezeken sem észlelhető.

A szigetek számbeli viszonyait a hasnyálmirigy különböző részeiben az alanti táblázat tünteti fel.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	mm ²	29	14·0	90—95% ép sziget
	2	238	35		
	3	238	44		
	4	238	26		
Corpus p.	1	198	36	21·3	
	2	198	47		
	3	198	43		
	4	198	43		
Cauda p.	Szigetszámlálás technikai okokból nem történt				

XXVII. Z. M. 45 éves, r. k., nőtlen napszámos.

Állítólag már régebb idő óta mellbeteg volt. 1904. december 15. én délelőtt környezetének rosszulról panaszkodott. Más-

nap hajnalban lakótársa halva találta (Rendőrségi bonczolati fel-
szólítás adatai.)

Bonczolati diagnosis: (Bender dr.) Diabetes mellitus. Atrophia
minoris gradus pancreatis. (Súlya 85 gm.) A hasnyálmirigynek
főképp középső részlete kissé sorvadt, lapos. Lebnykéi helyenként
a rendesnél kisebbek. Állománya tömött, középvértartalmú. A
ductus Wirsungianus kutatóval átjárható. Az agy és a zsigerek erő-
sen acetonszagúak. Vesica urinaria repleta. A hullából vett világos
szalmasárga, alkalikus vegyhatású s kissé zavaros vizelet fajsúlya
1018. 1^o/_o cukrot (Fehling-Pavy szerint) s 3^o/_o fehérjét tartal-
mazott s úgy az aceton-, mint az acetecetsav reakcióját élén-
ken adta.

Egyéb eltérések: Pneumonia catarrhalis l. inf. pulm. sin.
Degeneratio parenchymatosa myocardii, renun et hepatis. Atrophia
glandulae thyreoideae.

A máj súlya 1995 gm., a két vese együttesen 445 gm.

Szöveti vizsgálat:

A hasnyálmirigy szövete általában ép, helyenként azonban,
főképp a hasnyálmirigy testéből származó készítményeken kisebb
fokban sorvadt: az acinusok a rendesnél kisebbek, sejtheik plasma-
szegények, a mag pedig nem egyszer zsugorodott, pyknotikus.

A mirigyparenchyma sok helyütt kisebb-nagyobb, csekély
nagyítás mellett akár több látótérnyi terjedelemben is rosszul
festődik, a sejthárak összefolynak, a plasma duzzadt, egynemű,
homogen s e területen magfestés csak itt-ott látható.

A mirigylebnykéket egymástól elválasztó s az intralobularis
kötőszövet csak a hasnyálmirigy középső és farki részletében
mutat némi szaporodást. Helyenként egynemű s magszegény, néhol
kisebb-nagyobb terjedelemben gömbsejtesen beszűrődött. A gömb-
sejtek mononuclearis jellegűek.

Sajátos képet nyújt helyenként a lebnykéik között levő
laza kötőszövet, melynek hólyagos sejtjeit zsír helyett egynemű,
homogen, van Gieson szerint sárgás-vörösre, eosinos haematoxylin-
nal élénkpirosra festődő, talán colloidal anyag tölti ki.

A kivezetőcsövek hámbélése mindenütt ép. Az erek vérrrel
teltek. A nagyobb erek falán kóros elváltozás nem található,
egy apró, az *interlobularis kötőszövetben haladó erek fala szembe-
tűnően megvastagodott, egynemű, hyalin, ürterük pedig erősen
megsűrűsült, néhol teljesen el is záródott.*

Helyenként a mirigy parenchymájában s az interlobularis
kötőszövetben kisebb-nagyobb terjedelmű vérzés látható.

A Langerhans-féle szigetek száma az egész hasnyálmirigy-
ben, mint az alábbi táblázatból látható, szembe-
tűnően csekély. Eloszlásuk igen egyenlőtlen.

A meglévő szigeteknek mintegy 60%-a ép, alakjuk kerek,
ovalis, átlagos nagyságuk $170 \times 156 \mu$, helylyel-közzel azonban
akár $220 \times 280 \mu$ nagyságú sziget is látható. A környező mirigy-
szövegtől rendszeren élesen elhatároltak és csak elvétve mennek
abba észrevétlenül át. Az ép szigetek sűrűn egymás mellé helye-
zett sejtkegelyekből állanak, sejtheik azonban helyenként plasma-
szegények s a sejtmagok csaknem mindenütt chromatinban dúsak
s a környező elválasztó szöveténél sötétebbre festődnek.

A kóros szigetek alakja és nagysága az elváltozás kezdeti
szakában, de nem egyszer kifejezett degeneratio mellett is, az ép
szigetekével egyező, máskor azonban a rendesnél kisebb és sza-
bálytalan.

Az elváltozás kezdetén a szigetet alkotó sejtkegelyek között,
mint ez némely készítményen igen jól látható, a *hajszálerék
mentén* a sejtek plasmája, majd magvai is eltűnnek s helyüket
egynemű homogen, úgy van Gieson-, mint haematoxylin-eosinos
eljárással gyengén festődő, *nyálkászerű* anyag foglalja el. A kóros
elváltozás haladtával kevesbedik a sziget sejtkegelyeinek száma,
gyérülnek a sejtsorok s a sejtmagok között támadó hézagot a
fentebb említett nyálkászerű homogen anyag tölti ki, melyben
itt-ott egy sötétre festődő és zsugorodott, máskor azonban teljesen
épnek látszó sejtmag, ismét másutt ép endothel-sejtekkel bélelt
hajszálerecske látható.

Sok helyütt a nyálkás anyag — melyben vacuolák *sehol* sem
láthatók — az egész szigetet kitölti s a sziget helyén ilyenkor
egy-egy annak nagyságával s alakjával bíró, alig festődő homo-
gen anyagból álló gócz látható, melyben néhol hosszúmagvú

kötőszöveti sejtek jelennek meg, mi az egésznek hegszerű jelleget
kölesönöz.

Ilyen, a sziget helyén képződő, szabálytalan alakú heg a
hasnyálmirigy mindegyik részletében, különösen azonban a pan-
kreas farkából származó készítményeken elég nagy számban lát-
ható. Néhol a heg mellett még egy-két sejtmag jelzi az elpusztult
szigetet.

A szigetek számát a hasnyálmirigy különböző részeiben
s az ép és kóros szigetek arányát az alanti táblázat tünteti fel:

Hasnyál- mirigy- részlet	Készít- mény	A metszet nagysága	A szige- tek száma a met- szetben ¹	100 mm ² területre hány szí- get esik?	Jegyzet
Caput p.	1	165 mm ²	8	5	A talált szí- getek 50%-a kifejezett kóros elvál- tozást mutat
	2	165 "	10	6	
	3	165 "	10	6	
	4	165 "	2	1-2	
Corpus p.	1	210 "	13	6-1	35% kóros sziget
	2	200 "	13	6-1	
	3	200 "	5	2-5	
	4	210 "	8	4	
Cauda p.	1	200 "	24	12	A talált szí- getek kb. 40%-a kóros
	2	200 "	26	13	
	3	200 "	21	10-5	
	4	200 "	27	13-5	

XXVIII. I. F., 24 éves, kovácslegény.

Kórházba való felvételekor (1904. szeptember 30) előadja,
hogy egy napja nagyon fáj a feje, szédül s étvágytalan. Előző
nap hányt is.

Azelőtt sohasem volt beteg, fájt ugyan néha a feje s szédült
is, de annyira nem, mint most. Fülbaja sohasem volt, luest tagad.

Status praesens: Lesoványodott egyén. A fejtető spontan s
kopogtatásra fájdalmas. Pupillák középtágak, úgy fényre, mint
alkalmazkodásra jól reagálnak. A szív s tüdők normalis viszonyo-
kat mutatnak. A pulsusa telt, feszes, száma perezkenként 72. Hő-
mérséklete 38.5° C.

Délutáni orvosi látogatásnál ugyancsak rendkívül heves fej-
fájásról panaszokodik.

¹/₂ óraker mintegy liternyi szalmasárga színű, savi vegy-
hatású, 1016 fajsúlyú vizeletet bocsát, melyben minimalis fehérje van,
cukor csak nyomokban található s *rendkívül sok acetone és diacet-
sav mutatható ki.*

A beteg esti 6 óraker hirtelen öntudatát veszti, mély comába
esik, mely alatt mély légvételeket vesz, pulsus 120, majd szám-
láthatlan lesz, pupillái fényre s alkalmazkodásra nem reagálnak
s a coma rövid, alig 10 percnyi fennállása után a beteg meghal.

Klinikai diagnosis: Meningitis? Diabetes? Coma diabeticum

Hozzátartozói, kiket csak utólag sikerült kikérdeznem, elő-
adják, hogy a beteg mintegy ³/₄ éve igen sok vizet ivott s gyá-
korta vizelt. So kat és mohón evett, mindamellett nem tudott erő-
höz jutni, sőt a legutóbbi időben nagyon is elgyengült. Időközön-
ként fejfájásról, báyadtságról és szédülésről panaszokodott. Az
anamnesis adatai tehát utólagosan megerősítették diabetesre tett
klinikai diagnosisomat.

A bonczolati jegyzőkönyv (7039/556. sz.) adataiból a követ-
kezőket veszem át:

Apoplexia cerebri e crure sin. ant. fornicis orta (A lágy
burok az interarachnoidalis terek mentén, de különösen az agy
alapján véresen aláfutott. Az agygyomrok mindegyikében, legin-
kább azonban a bal oldalsó gyomorban folyékony és alvadt sötét-
vörös vér van. A fornix bal mellső szarának tövében fillérnyi nyi-
lás látható a bal oldalgomor felől, melyen át mogyorónyi sötét-
vörös alvadék emelkedik ki. Daganat a vérzéses gócz környékén
nem található).

A hasnyálmirigy kissé laza, sorvadt, súlya 95 gm. A máj
középnagy, lebnykerajzolata jól látható.

¹ A *hegszerű szigetmaradványokat* nem vettem e számításnál
figyelembe, csakis a *kétségtelenül* még sziget jellegével bíró képződmé-
nyeket olvastam össze.

Szövetani lelet:

A hasnyálmirigy különböző részeiből származó készítmények legnagyobb része rosszul festődik, az acinuszok határai, ép úgy, mint a sejthátárok elmosódtak, a sejtplasma helyét alig festődő, finoman szemcsés anyag foglalja el, melyben sejtmagvak csak elvétve láthatók. A postmortalis változást nem szenvedett parenchyma-részletekben is helyenként duzzadtak a sejtek. A parenchyma sorvadása sehol sem észlelhető. Helyenként a mirigy szövetben kisebb-nagyobb, kis nagyítás mellett akár látótérnyi terjedelmű, sajátos, van Gieson eljárásával élénksárgára, haematoxin-eosinnal élénkpírosra festődő, jobbadán kerek, ovalis, máskor azonban szabálytalan alakú részletek láthatók, melyeknek megfelelőleg a sejtek acinusos elrendeződése csak helyenként ismerhető fel. A sejtekben a hasnyálmirigy elválasztó (secretorius) elemeire jellemző külső (vonalas) és belső (szemcsés) öv nem különböztethető meg: az egész sejt egyformán festődik, durván szemcsés, vagy inkább egynemű, colloid. A változás haladtával vacuolakepződés észlelhető a sejtekben, majd eltűnnek a sejthátárok, a gyéren mutatkozó sejtmagvak szabálytalan alakúak és sötétre festődnek, pyknotikusak s az említett homogen anyag hova-tovább mind nagyobb területet foglal el. E részletekben itt-ott kiterjedt vérzés is látható.

Néhol e területek elpusztult szigetekhez csatlódnak hasonlóan.

A mirigyszövet oly részleteiben, hol a fentebb leirt postmortalis elváltozás nem nagyfokú, Langerhans-féle sejthalmazok is találhatóak.

A szigetek alakja részben kerek ovalis, részben szabálytalan, hosszúság, nagyságuk különböző, átlag $170 \times 170 \mu$, de akár $440 \times 340 \mu$ -nyi is látható. Legnagyobb részük nagyszámú sejtkötegből áll és teljesen normalis. Néhol azonban a sziget sejtkötegeinek száma csekélyebb, a sejtek plasmaszegények, a magvak pyknotikusak s a sejtsorok között támadó hézagot finom, szemcsés, van Gieson szerint halványsárgára, eosinnal élénkvörösre festődő anyag tölti ki; néhol ezen anyag a sziget nagy részét elfoglalja. A szigetek száma, mint ez a hasnyálmirigy testéből és farkából származó egyes, postmortalis elváltozásokat alig mutató részletein látható, a normalisnak megfelelő, sőt helyenként szembe-tűnően nagy is.

A lebenyeket egymástól elválasztó s a lebenyek között levő kötőszövet a hasnyálmirigy egy részében sincs megszaporodva. A kivezetőcsövek hámbélése ép. Az erek mindenütt vérrel teltek, falaikon azonban kóros elváltozás nem mutatható ki. Itt-ott a mirigyparenchymában, de elvétve a szigeteken is, kisebb-nagyobb kiterjedésű vérzés látható.

A szigetek számbeli viszonyait a hasnyálmirigy farki részleteiben¹ a következő táblázat tünteti fel:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Cauda p.	1	mm ² 58	96·6	83	5–10% kóros sziget
	2	68	100	75	
	3	46	76·6	85	
	4	55	91·6	84	

(Folytatása következik.)

Tárcza.

Uti jegyzetek.

(Vége.)

A német sanatoriummozgalomnak az orvostudományra hátrahagyott, semmiképen sem becsérelendő előnye az, hogy azt világos, számszerű válaszadásokra s ezek lehetővé tétele céljából beható klinikai tanulmányokra készíti. Egyszersmind egy újabb eszközt nyújt ezen tanulmányok folytatására rendelkezésre, a melyet ilyen terjed-

lemben a klinika mindeddig nem alkalmazott: a tömegmegfigyelést. Az utóbbi évek folyamán egybegyűlt anyag a tüdőgümőkór lefolyásáról, tartamáról, prognózisáról való ismereteinket lényegesen bővítette és szilárdította. De egyszersmind bizonyos fokig megmástitotta azt az orvosi felfogást, a mely a sanatoriumi mozgalom legerősebb impulsusául szolgált. Azon aránylag kicsiny, s a népsanatoriumok betegállományától külső körülményeiben lényegesen különböző beteganyagból vont általános s pontosabb quantitativ mérlegelést meg nem engedő következtetés helyébe, hogy a tüdőtuberculosis gyógyítható, az elért gyógyulások s javulások arányának számszerű ismerete lépett. S ha ezen számok az eleve táplált, túlzott reménységeknél meg nem feleltek: úgy ezért nem lehet a sanatoriumokat s az azokat fenntartó socialis tényezőket felelőssé tenni, annál kevésbé, mert az elért siker az adott körülmények közt elérhető legjobb siker, s hibás legfeljebb a korai túlságos optimismus volt. Ennek correctioja a tényleg elért eredmények szigorú, objectiv mérlegelése, a melyből kétségtelenül becses és fontos irányító eszmék fognak merülni a már meglévő intézmények lehető czélszerű kihasználására. Ezen szempontból újabban nagyon előtérbe jutott a sanatoriumok beteganyaga helyes kiválogatásának kérdése, még pedig ellentétben a kezdetben jogosan felhangzott panaszszal, hogy a sanatoriumokba túlságosan előrehaladt esetek jutnak, az ellenkező kifogással, hogy a német népsanatoriumok anyaga túlságosan könnyű, s hogy nagyobb haszon, fontosabb eredmény várható a kezelésre inkább szoruló kifejezettebb esetek előnyben részesítésétől. „Sub iudice lis est“, de akárhogyan is állapodik meg az orvostudomány ezen vitás kérdésben, Gebhard-nak s követőinek elvülhetlen érdeme, hogy egy annakelőtte hatásképességéhez képest aránylag terméketlen intézményt szegődtek egy nagy ügy szolgálatába, hogy Németország manapság évenként 20–30,000 vagyontalan tüdőbajosról képes ezen réven gondoskodni. Ezen nagy eredmény feltétlen méltánylása teljesen független attól, hogy a gyakorlati részletkérdésekben milyen álláspontot foglalunk el.

Lübeck ben, a régi érdekes Hansavárosban, a Hansavárosok biztosító intézetének székhelyén eltöltött fél nap után Gebhard director vezetésével ezen intézet legújabb érdekes alkotását, a grosshansdorfi rokkantházat kerestem fel. Ezen intézetnek nemcsak eszméje, de legkisebb részletének kivitele is Gebhard-tól ered, s az ő társaságában való megtekintése épen ezért nemcsak érdekes, hanem tanulságos is volt. E menedékhely a rokkant tüdőbajosok számára szolgál utolsó életidejükben nyugodt s kellemes otthonul s olyan módon oldja meg tulajdonképeni kiváltását, hogy ápoltságát az életből kivonva s izolálva, a fertőzés továbbterjedése elé gátat vet. Létjogosultságát épen az utóbbi szempont, az egészségesek megóvásának szempontja adja meg. A hansdorfi menedékhely 200 beteg számára van előirányozva, de eddig csak egy mintegy 30 ember befogadására képes pavillonja s az egész telep számára való mosó s fertőtlenítő berendezése kész. A terv teljes keresztülvitele Gebhard számítása szerint mintegy 800,000 márkát fog igénybe venni s az évi forgalom költsége 200 ápolat mellett körülbelül 240,000 márkára rúgna. A járadékok összege pedig, a melyről ezzel szemben az ápoltak lemondanak, legjobb esetben 40–45,000 márka. Világos, hogy tisztán emberbaráti motívumok nem jogosítanak arra, hogy ilyen nagy különbözet — évi 200,000 márka — fordítottassék a biztosítottak egy kicsiny, súlyosan beteg csoportjának javára. Ellenben jogos a kiadás, „ha vele a biztosított néposztályok egészségi viszonyainak általános megjavítása érhető el“. Ehhez képest a fertőző betegek izolálása az intézmény nyilvánvaló és bevallott célja, s az egész berendezés ezen cél megvalósítására tör.

Miután az izolálás önkényes keresztülvitelére a biztosító intézetnek törvényadta joga nincs: szükséges volt elsősorban, hogy a rokkantház a betegeknek olyan előnyöket biztosítson, a melyek alapján a maguk jószántából keresik azt fel, s a melyek recompenzálják őket szabadságuk azon korlátozásáért, a mely az ott tartózkodásnak feltétele. S a grosshansdorfi menedékhely csakugyan a barátságos otthon minden kellékével el van látva. A hygiene, a tisztaság magától értődő követeléseitől eltekintve, finom psychologiai érzékkel történt gondoskodás arról, hogy súlyosan beteg ápoltságai lelki állapota lehetőleg kedvezően befolyásoltassék. Epen a költség szempontjából egyáltalán latba nem eső azon kicsiny

¹ A pancreas feji és középső részletéből származó metszeteken szigetszámlálást a hullában létrejött változások miatt nem végezhettem.

momentumok, a melyek ezen tekintetben irányadóak, tesznek a szemlélore mély benyomást. A saját kezelésben, majdnem költség nélkül létesült nagy parkban megható leleményességgel van itt egy kedélyes buon retiro, amott egy emelkedett, bő kilátást engedő pont construálva, hogy minden beteg megtalálja benne természetének, hangulatának megfelelő otthonát. Kedves impressiót tesznek az áptak „saját kertjei“, kicsiny, néhány négyszögmeternyi bekerített területek, a melyekből az arra vállalkozó áptak kedvük szerint virágos vagy zöldeges kertet csinálnak, az utóbbinak terményeit buzditásul „megveszi“ maga a rokkant ház saját szükséglete fedezésére. A kertészkedést a betegek, a leg-súlyosabbak is, nagy passioval folytatják, egyéb foglalkozásra a souterrainbéli műhely ad alkalmat.

Az egész Invalidenheim dispositiójában, berendezésében, ügymenetében egységes, stilszerű művészi alkotás, a mely épen úgy visszatükrözi megteremtőjének egyéniségét s szellemét, mint a festőt vagy szobrászt az ő alkotása. Az izolálás követeléséhez képest a telep elhagyása egyáltalán nincsen megengedve, kivételes, arra alapos okot szolgáltató esetben csak a biztosító intézet elnökétől nyerhető engedély. Ebben a tekintetben igen feltűnő a különbség a *grosshansdorfi* s a más alkalommal ismertetett *lichtenbergi* menhely között, mely utóbbi áptájának szabadságát sokkal kevésbé korlátozza. A mióta a *lichtenbergi* menhely berendezését és ügyrendjét ismerttettem, a berlini biztosító intézet igazgatója, *Freund* dr. részletes jelentést közölt ezen intézményről, a melyben többek közt az olvasható, hogy házi szabályzata jól bevált. „Első sorban nem szabad — írja *Freund* — az áptakat a családjukkal s barátaikkal való közlekedésben megakasztani. Ezen közlekedés igen kedvező pszichikai hatást gyakorol az áptakra s mentesíti a rokkant házat a halálos betegek tanyájának gyűlölt jellegétől. Nem szabad, hogy az izolálás legyen a rokkant ház fő célja, nem szabad azt túlhajtani.“¹ S *Freund* a *lichtenbergi* menhelynek Berlinből könnyen elérhető voltát épen ezért nagy előnynek tartja, holott *Gebhard* szemében *Gross-Hansdorf* félreesőbb fekvése, nehezebben elérhető volta az előny.

A tuberculosis socialis leküzdése terén egyaránt nagy érdemeket szerzett két férfiúnak ugyanazon intézményről való nagyon különböző felfogása annál tanulságosabb, mert a véleménykülönbség alapját két összeütközésbe kerülő, egyenlően jogos principium képezi: egyrészt az egészségesek megóvásának követelése, másrészt a betegek érdekének erős hangsúlyozása. Ezen két elvnek birkózása majd az egyiknek, majd a másiknak felülkerekedésével végig követhető az egész modern tuberculosisellenes mozgalomban. A sanatoriumok már könnyű beteganyaguk miatt főleg az első elv szolgálatában állanak s épen ezért hívták ki a prophylaxisos hygiene határozott képviselőinek — így magának *Koch*-nak — erős kritikáját. Az „Invalidenheim“ a *Gebhard* körülírta jelleggel, a melyben a betegekről való gondoskodás csak az egészségesek megóvásának eszköze: a másik polus. A két követelés közös s összhangzó megoldása a tuberculosis ellenes védekezés állandó s legfontosabb problémája.

Ezen problema nagy súlyának belátásából ered, hogy a *specialis tuberculosis-kórházak* eszméje s a meglévő kórházaknak ilyen irányban való kibővítése újabban mindinkább előtérbe kerül. A tuberculosis-kórház már beteganyagánál fogva mindkét célra szolgál: magában egyesítené egyrészt a főleg a maguk érdekében ott tartózkodó gyógyulóképes eseteket s a környezetüket veszélyeztető súlyos betegeket, másrészt az egyik kategóriába sem tartozó töménytelen átmeneti esetet. A különböző stadiumú betegek ezen egyesítése persze azok különböző igényei miatt nagy akadályokba ütközik. Hogy azonban ezen akadályok nem áthidalhatlanok, azt nagyon meggyőző érvekkel s részletes gyakorlati propositiókkal bizonyította különösen *Neisser* tanár, a stettini kórház főorvosa, a kinek ezen irányú kezdeményezése mind nagyobb elismerésben részesül.

Az irott szónál sokkal meggyőzőbb az az organisatio, a melyet *Neisser* Stettinben a meglévő intézmények keretében azok lehető kiaknázása révén teremtett, s a melynek ügymenetébe volt alkalmam betekintést nyernem.

¹ Tuberculosis, 1905. August.

A szervezet kiindulását a kórháznak 1900. évben alapított megfigyelő állomása képezte, a melyben a kórház fizető s ingyenes gümőkóros betegein kívül a betegsegélyző pénztárak s a (pommeraniai) országos biztosító intézet betegei kerültek egyhetes észlelés alá. Az észlelésben a klinikai módszereken kívül a tuberculinnak is lényeges szerep jutott, a melyet különben mint gyógyeszközt is nagy mértékben vesznek igénybe. A későbbi s mostani működés alapját is a megfigyelés s a biztosító intézmények (biztosító intézet, betegsegélyző pénztárak) közreműködése képezi, mely utóbbiak módot nyújtanak a megállapított indicatio tényleges keresztülvitelére. Az ezekre való támaszkodás persze eleve korlátozó, minthogy a rokkantbiztosítás csak sikert ígérő esetekben vállalhatja a gyógyeljárást. Ha sikerre határozott kilátást nyújtani nem lehet, úgy még egy mód marad a biztosító intézet igénybevételére, s ez a rokkantság megállapítása s a járadék kieszközlése olyan időben, a mikor a betegség még nem nagyon előrehaladott, tulajdonképen nem is okoz még állandó rokkantságot s a járadék megajánlásától s az anyagi helyzet azzal járó megkönnyebbülésétől az egészségi állapot megjavulása remélhető: „Invalidisirung als Heilverfahren.“ Ettől eltekintve a stettini szervezésnek legnagyobb fogyatékosága, hogy igazán hathatósan csak a könnyebb beteganyagról gondoskodhatik.

Az erről való gondoskodás azonban nagy mértékű s a mi különösen figyelemre méltó, olyan körülményekkel s individualizálással történik, a melyre Németországban egyebütt nem találunk példát. Az igénybevehető eljárások egyszerű poliklinikai megfigyelés, poliklinikai tuberculinkezelés, nappali erdei üdülő helyre való utalás (a betegsegélyző pénztár költségén), sanatoriumi kezelés, kórházi kezelés esetleg tuberculinall kombinálva. Ezekhez újabban egy a szegényigazgatósággal, országos biztosító intézettel, betegsegélyző pénztárakkal karöltve működő magánegyesületnek különösen a lakáshygiene terén való tevékenysége járul. Az orvosi javalat megállapításánál a könnyű kezdeti esetekben az általános állapot irányadó. Jó táplálkozási s erőbeli állapot mellett csekély, előhaladásra hajlamosságot nem mutató csúcsfolyamatnál sanatoriumi kezelésre nincsen szükség, ilyenkor csak a folytonos megfigyelés fontos s a „specifikus resistentia“ emelésére esetleg tuberculinkezelés jö számba.

Emlékezetemben maradt pl. a következő eset: jó tápláltságú s erőbeli állapotú, csak kicsit halvány munkás; diffus panaszai vezetnek a hal csúcs csekély, de kétségtelen tomputtságának s a felette hallható jellegzetes érdes légzésnek megállapítására. Tuberculin-reactio positiv. A beteg már másfél éve van észlelés alatt, kezdetben kifogásolható státusát 2 hónapos nappali üdülés megjavította, azóta újra dolgozik, közérzete újabban rosszabb, egyelőre néhány hétre újból a nappali üdülőhelyre utasítatják. A német népsanatoriumok anyagának javarésztét épen az ilyen csekély activitást s jó általános állapotot mutató tuberculosis-esetek képezik. Abból, ha ezeket *Neisser* eljárásához képest egyszerűbb s olcsóbb módon helyeznék el, kettős előny származnék: egyrészt megnyílnának a sanatoriumok kapui azon kifejezettebb s főleg az általános testi állapot javítására szoruló esetek előtt, a melyekben a hygienés diaetás kezelés multhatlan követelés, másrészt megmaradna a lehetőség magára a kezdetben egyszerűbb eszközökkel kezelt betegekre nézve, hogy szükség esetén sanatoriumba jusson, a mi a kúra megismétlése céljából még a bőkezű biztosító intézeteknél is nehézségekkel jár. Bizonyos, hogy ez az eljárás a tuberculosis klinikai lefolyása sajátosságainak sokkal inkább megfelelő, mint a könnyű betegeknek válogatás nélkül sanatoriumba menesztése; mindenekelőtt számba veszi a tüdőgümösödésnek már a jóindulatú esetekben is nagyon chronikus, kiújulásokra hajlandó természetét, a mely arra int, hogy akkorra s azok számára tartsuk tartalékban az elvégre Németországban is csak korlátozottan rendelkezésre álló leghathatósabb eszközt, a sanatoriumi kezelést, a mikor s a kinek annak indicatioja kétségtelen. A sanatoriumok teherkönnyítését célozza továbbá az alkalmas esetek hygienés, diaetás (esetleg tuberculinos) kórházi kezelése, a melytől *Neisser* az intézeti kezeléssel egyenértékű eredményeket látott, különösen nyáron, a mikor a szabad levegőn való tartózkodásra a kórház verandái s udvarai korlátlanul módot nyújtanak. Magam *Neisser*-nek a budapesti I. sz. belgyógyászati klinika hasonló tapasztalatait említhettem. További rész-

letek tekintetében egy *Neisser* és *Pollack* kiadta kicsiny könyvre utalunk, a mely gyakorlati vezérfonalul szolgálhat: „Tuberculosebüchlein des Stettiner städtischen Krankenhauses“.¹ „Ha a helyi viszonyokhoz képest — írják ebben a szerzők — a tuberculosís szempontjából a sanatorium mellett a kórháznak (meggyőződésünk szerint jó eredménnyel) lényeges szerepet juttatunk, s azt is hiszszük, hogy ez más kórházak által is követendő példa; úgy viszont távol állunk attól, hogy ezen állapotban törekvéseink végcélját lássuk. Ellenkezőleg, a fejlődés következő lépése az volna, hogy a sanatorium előnye egyesíttessenek azon előnyökkel, a melyeket a (megfigyelő állomással s poliklinikával ellátott) kórház nyújt a népeességnek. Ez egy olyan *tuberculosis-kórházban* volna lehetséges, a mely a sanatoriumnak, kórháznak, megfigyelő állomásnak s poliklinikának egyesítése . . .“

Ezt a nyilatkozatot, hogy „távol állunk attól, hogy a mai állapotban törekvésünk végcélját lássuk“ úgy hiszszük, a német tuberculosis-mozgalomnak minden előharczosa aláírja, daczára annak, hogy az összes culturállamok közül kétségtelenül Németország számolhat be ezen a téren a legnagyobb alkotásokról, a leghatározottabb eredményekről. Abban, hogy a már elért sikerek feletti megelégedést elfojtja a további szükségletek s hiányok belátása, hogy a nagy ügy képviselőinek tekintete nem révedezően a múltba, de tettvagyóan a jövőbe szegeződik, ugyancsak az alkotás termékeny szellemének megnyilatkozását látjuk. A jövő programjának Németországban feltűnően előtérben levő kérdése — erre uti jegyzeteimben ismételt utaltam — az, hogy ezen elsőrendű közegészségügyi érdeknek szolgálatába szegődött hatalmas socialis s gazdasági tényezők milyen módon, milyen intézkedések révén hasznosíthatók a legcélszerűbben, a legeredményesebben. Mi előttünk ez idő szerint még az a sokkal égetőbb követelés, az a sokkal nagyobb feladat áll, hogy az arra hivatott tényezők megnyerése által a tuberculosis elleni védekezést az amott már meglevő széles és szilárd alapra fektessük. S ezen követelés belátásából eredt, hogy jelen sorok írójának figyelmét németországi tanulmányútján a tuberculosis leküzdésének socialis és nemzetgazdasági háttere csak úgy igénybe vette, mint a kérdés orvosi oldala, s arra úgy jelen, mint előző közleményeiben talán bővebben tért ki, mintsem azt egy szaklap kerete megengedi. Hogy jelentéseinek az „Orvosi Hetilap“ ennek daczára egész terjedelmükben helyet engedett, azért a szerkesztőségnek tartozik köszönete kifejezésével.

Róth-Schulz Vilmos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. H. Tillmanns: *Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens.* Deutsche Chirurgie. Lieferung 62a. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1905.

A Billroth és Luecke által több mint negyedszázad előtt megindított óriási gyűjtőmunkának utolsó kötetét kapjuk. A leg-tökéletesebbet nyújtani, az egész munkában a jelenkori sebészet teljes képét adni, hajótörést szenvedett, mert az egyes kötetek megjelenése között oly hosszú idő folyt el, hogy mire az utolsó kötet napvilágot lát, a régiebb kötetek nagyobb része teljesen elavult lesz. Ha ezen körülmény az egész munkára kedvezőtlen, az egyes kötetek általa, mint önmagukban teljes és befejezett munkák, nem szenvednek. Így az előttünk fekvő kötet is, a gyűjtőmunkának terjedelmileg is egyik legnagyobb kötete, méltóan sorakozik tartalmilag is e gyűjtőmunkában megjelent legkiválóbb munkákhoz.

Szerző, kinek sebészi tankönyve a hasonló igényű és terjedelmű német sebészi munkák között elvitázhatatlanul az első helyet foglalja el, e specialis munkában is írói egyéniségének azon kiváló kvalitásait juttatja érvényre, a melyek többi műveiben is annyira kitűnnek, azoknak oly nagy tudományos és irodalmi értéket adva. Ezek: a tárgy feletti feltétlen uralom, áttekinthető csoportosítás, az elméletileg befejezett és gyakorlatilag fontos rész-

¹ Jena, G. Fischer, 1904.

leteknek kidomborítása, a többi jelentéktelenebb részlettel való kapcsolat elvesztése nélkül; a fontosabb tudnivalóknak szabatos meghatározása és könnyű feltalálhatósága a kérdéses részletek fejlődésének és a controvers nézeteknek legmesszebbmenő részletezés útján való tökéletes ismertetése mellett és daczára; világos, egyszerű stylus, mely az élő szó közvetlenségével hat, a mely egyebek között a legszárazabb anatómiai viszonyoknak leírásánál Hyrtl módorára emlékeztető könnyedség benyomását adja, daczára annak, hogy Waldeyer klasszikus munkájára támaszkodva, csak a sebészi viszonyokra való applikálásában eredeti.

A munka méreteiről fogalmat nyújt az irodalmi összeállítás, mely 132 sűrűn nyomtatott oldalon öleli fel az újabb irodalmat, a munka teljességéről pedig az a körülmény, hogy erre a rengeteg irodalmi adatra a szövegben kivétel nélkül hivatkozás történik.

A medenczének már említett anatómiai tárgyalását a medence töréseinek ismertetése követi. A törés klinikai lefolyásának tárgyalásában kiemeli a *húgycső* és *hólyag sérüléseinek*, különösen az előbbinek gyakoriságát és jelentőségét, valamint a törések kezelésében a húgytractusra való ügyelést ismételt katheterismus útján.

A III. fejezet a medence ficzamáiról szól. A ficzámok (diastasisok) sokkal gyakoribbak, mint sokáig hitték. Létrejövetelekre a szálagok szakadása vagy meglazulása és a szülési actus adja meg az okot. Legritkább a keresztcsont ficzama. A következő fejezet a medence lágyszövetek sérüléseiről szól. Az így keletkező *hólyagrepedések* ott vannak, a hol legkevesebb ellenállással találkozik a hólyag, tehát a hasúr (beleik) felé. Jellemzők a hólyagzúzódások nyákhártyaleválással és tartós vérzésekkel. A medence lött sebei nem gyakoriak. A hólyag lött sebei többnyire extraperitonealisak és tekintettel erre és azon körülményre, hogy a löcsatornán át a vizelet kiürítésének lehetősége adva van, elég kedvezőek. Igen bő és kimerítő tárgyalásban van részük a medence véredényei sérüléseinek, az ütértágulatoknak és egyéb megbetegedéseknek. Kiemelendő az ütértágulatokról (iliaca comm., externa, interna, a glutaecalis üterek) szóló rész. Egészen modern vizsgálatokra támaszkodik az idegek sérüléseiről és megbetegedéseiről mondottakban (ischias neuralgiák). Szélesebb körű érdeklődésre tarthatnak számot a medence lágyszövetek lobjai és következményes genyedései, különösen gynaekologiai vonatkozásukban, ép úgy, mint a medenczesontok lobos megbetegedései, külön fejezetben tárgyalva az osteomalaciának szövvényes kórképe. Külön fejezet szól a medence echinococcusairól, a csontos medence veleszületett és szerzett deformitásairól, a spina bifida lumbosacralisról és sacralisról, az úgynevezett farkképződésről; igen kimerítő, bőven illusztrált rész a medence körében létrejött kettős torzképződésekről szóló rész. Igen bő fejezet jut a sacralis tumoroknak, valamint a dermoidcystáknak, a dermoidspolyoknak és a medenczetájon előforduló bőrbetüremkedéseknek, valamint a többi, különösen a medenczesontokban előforduló daganatnak.

Az utolsó fejezet a medenczén végzendő műtétekről és kötésekről szól. A szöveg közé nyomtatott 277 részben színes kép, a felhalmozott rengeteg casuistikus anyag, az előadási mód az ismertetés elején vázolt többi kiváló tulajdonsággal egyetemben a távolabbi szakkörök számára is nemesak tanulságossá, de élvezetessé is teszik e munkát. A sebész, a medence szerveivel foglalkozó specialista számára pedig nélkülözhetlen forrásmunka.

Ráskai Dezső dr.

Uj könyvek. *Dürring*: Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, A. Barth. — *E. Mittelhäuser*: Unfall und Nervenerkrankung. Halle a. S., C. Marhold. — *L. Fürst*: Die intestinale Tuberkuloseinfektion. Stuttgart, F. Enke. — *F. Windscheid*: Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. Jena, G. Fischer. — *A. Bier*: Hyperaemie als Heilmittel. Zweite umgearbeitete Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *J. Crichton-Browne*: The prevention of senility. London, Macmillan and Co. — *G. Archdall Reid*: The principles of heredity. London, Chapman and Hall.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Strychninnel szemben való immunizáló kísérletekkel foglalkozott újabban *Meier Hugó*. Felfogása szerint a tetanustoxin és a strychnin vegyileg rokonai egymásnak; mindkettőnek molekuláiban

vannak oly atomcomplexumok, a melyek tetanust képesek előidézni. A gyógyszer-synthesis általánosan ismert tétele, hogy azonos vagy hasonló hatású mérgek molekuláiban hasonló vagy azonos atomcsoportok vannak. Nincs semmi okunk rá, hogy miért ne vigyük át ezt a tételt a bakteriumtoxinokra is. Ha már most a szervezet képes a tetanustoxinnal szemben antitoxint képezni, miért ne képezhetne a strychninnel szemben is. A míg organikus vagy anorganikus mérgekről van szó, megszokásról szokás beszélni, ha a fokozatosan növekedő adagokkal tartott állatnál nem lép fel többé reactio. Ha bakterium-termelte mérgekről van szó, akkor immunitásról beszélünk ilyenkor, holott a két fogalom voltaképpen azonos. Hogy az ebben az értelemben vett megszokás lassabban áll be mint az immunitás, azt *Meier* abból magyarázza, hogy a nem bakterium-termelte mérgek hatékony atomcomplexumai sokkal állandóbbak s ennélfogva sokkal nehezebben bonthatók el, mint a fehérjenemű anyagok. Alkaloidáknál a bevitt mérge nagy része változatlanul ürül ki, csak egy kis része bomlik el s a testben visszamaradó mérge nagy része vagy igen lassan bontatik ott el, vagy pedig hatástalan alakká alakíttatik át. Azon állatoknál például, a melyeknek strychnint adott be huzamosabb időn át, mindig talált a vizeletben strychnint, nemkülönb az állat leölése után az izomzatban, a májban és a vesében. Ebből magyarázza *Meier* némely gyógyszer cumulativ hatását is, a mit a strychninnel is tapasztalt. Ha pl. egy kiló nyúl bőre alá 0.5 mgm. strychninum nitricumot fecskendett, tetanus lépett fel. Ha egy napi pihenés után ugyanazon adagot nyújtotta, nem lépett fel többé tetanus, hanem csak fokozott reflex-ingerlékenység; a képződött „antistrychnin“ tehát elegendő volt ahhoz, hogy a tetanus kifejlődését megakadályozza. Ha azonban a pihenési napon 0.25 mgm. mérget kapott az állat, a következőn fellépett a tetanus. Ezt a tünetényt csakis a cumulativ hatással lehet megmagyarázni. *Czyhlarz* és *Donath* azt tapasztalták, hogy ha tengerimalacz szerveit steril vízzel vagy bouillonnal szétöröszölték s strychninum nitricummal állani hagyták, a mérge mérgező képessége alászállott. Ezeket a kísérleteket folytatva azt tapasztalta *Meier*, hogy a nyúl izomzata nem bír azzal a méregtelenítő képességgel, mint a malacze. A nyúl központi idegrendszerre sem semmisíti meg a strychnin mérgező képességét, az emberé igen. Friss emberi agyvelőt 1 mgm. strychninnel eldörzsölve, s az egészet 24 órán át tenyésztőszekrényben tartva, a filtratum nyomát sem tartalmazza a strychninnek, a miből az következik, hogy a mérge vízben oldhatlanú alakult át. Emberi agyvelőt halálos strychninadaggal keverve nyúl bőre alá fecskendezett a szerző, s a nyúl azt a legkisebb baj nélkül elviselte. Hogy mesterségesen csakugyan lehet állatokat sikerrel immunizálni, azt *Meier* a következő kísérletekkel kívánja bizonyítani. 1 kiló nyúl bőre alá 0.625 mgm. strychnint fecskendett be immunizált állat serumával keverve. (Az immunizált állatok usque 0.875 mgm. strychnint kaptak pro die.) Az állatok ilyenkor, bár a dosis feltétlenül halálos volt, a legkisebb baj nélkül viselték el a mérget, épen úgy, ha a méreggel egyidejűleg immun állattól származott ideganyag fecskendeztetett be, holott, mint fentebb említve volt, normalis nyúl ideganyaga nem véd strychninnel szemben. Az immunitás 3—4 napig tartott a vérsavóval kezelt állatnál, az ideganyaggal kezeltnél úgy látszik 8 napig. Egy harmadik esetben egy nyúlba intra-peritonealiter bevarrta immunizált nyúl ideganyagát s 3 nap múlva ugyanezen nyúlba 2.0 mgm. strychninnel keverve azon állat serumát fecskendezte, melytől az ideganyag is származott. Az eredmény az volt, hogy a nyúl kapott ugyan tetanust, de azt kiheverte. A későbbi bonczélet szerint a bevarrt ideganyag teljesen felszívódott. (Berl. klin. Wochenschr. 1905. 38. sz.)

Marikovszky.

Belgyógyászat.

Nagyobb szívurok-izzadmányok megítéléséről és sebészi kezeléséről ír *Curschmann*. A szívurok paracentesisét 1875 óta 63 esetben végezte, melyek közt a transsudatumoktól a genyes és éves folyadékömlenyekig minden alak képviselve volt.

Abból, hogy hullának meg nem változott pericardiuma még magas nyomásnál sem képes 400—800 gm. folyadéknál többet befogadni, helytelenül következtették, hogy ennél nagyobb mennyi-

ségű exsudatumok nem lehetnek, mert a lobos pericardium annyira ellazul és engedékeny lesz, hogy *Curschmann* maga is észlelt 2500—2800 cm³-nyi exsudatumokat is. Bizonyos, hogy ezek ritkaságok, és ha paracentesis ad ennyi folyadékot, jó arra is gondolni, nem tévesztetett-e össze a szívurok exsudatuma betokolt pleura-exsudatummal?

Az exsudatummal telt szívurok topographiája függ a szívtől, a szívurok és a szomszédos szervek engedékenységtől. Első sorban figyelembe jönnek a tüdők, kezdetben retrahálva, később comprimálva. Továbbá a diaphragma, mely lobos folyamatok alatt ellenállási képességéből sokat veszíthet. Azután a hasüregi szervek. A diaphragma bal oldala sokkal engedékenyebb mint a máj miatt a jobb. De a bal oldal engedékenysége is nagyon különböző az intraabdom. háj mennyisége, a gyomor és belek nagysága és teltsége, meteorismus, peritonealis folyadékmennyiségek, hasüri daganatok, a hasfalak feszes vagy laza volta szerint. A mediastinum laza sejtszövetének engedékenysége a manubr. sterni mögött az exsudatum gyors emelkedését teszi lehetővé. A mellkas csontos és porcinos része terjedését meggátolja, csak a gyermeki bordaporcok engednek annak mérsékelt fokban. A gerincoszlop és sternum alakváltozásai az exsudatum oly elhelyezkedését okozhatják, hogy határainak pontos megállapítása és ezzel a paracentesis felette nehezzé válhat.

Másik fontos kérdés a szívizom és a szívurok egymáshoz való viszonya. A szív physiologiai helyzetében oly módon van megerősítve, hogy a szívuroknak levegővel vagy folyadékkal történő jelentékeny megtelődésénél is helyzetét aránylag csak kevésbé és már előre is pontosan megállapítható módon változtatja. A diaphragma irányában a v. cava inf., felfelé a v. cava sup. és aorta fixálja oly módon, hogy jobb, kisebbik fele biztosabban áll, bal, nagyobbik része passiv mozgásokra alkalmasabb. Elöl a sternum és bordaporcok, hátul a gerincoszlop szilárdul határolja, s az ezek közt rendelkezésre álló teret a hátsó mediastinum képleteivel egészségeseknél is teljesen kitölti. E szilárd támasz a bal felel szintén hiányzik, s ezért a szív bal felének mell-háti irányú passiv mozgása lehetővé válik, azonban a szív egész tömegének a mellkas hátsó fala felé való süllyedése teljesen lehetetlen.

A folyadék elhelyezkedhetik kezdetben a szív két oldalán, inkább balra mint jobbra, azután a szív alatt a diaphragma felett, inkább bal oldalon és a nagy edények körül, az elülső mediast.-ban. A szív két oldalán összegyűlt folyadék — feltéve, hogy összenövés nem akadályozzák — elől igen keskeny folyadék réteg által van összekötve, miből érthető, hogy az elülső felszínen a legnagyobb exsudatumok mellett is dörzsszörejek keletkezhetnek, annál inkább, mert e helyen a gyuladás folyamán képződő felrakódások e keskeny területet is szűkítik. E keskeny rés szabadon maradását mutató tünet az, ha a beteg jobboldali fekvésében, a megelőző hanyattfekvő helyzetben talált tompulat határa jobb-felé szélesebbé válik. Ezen anatomiai viszonyok okozzák, hogy felnőttnél a szerzők által leirt előboltosulását a mellkasnak nagy exsudatumoknál sohasem találta. Hullakísérletekben a pericard. üregbe fecskendezett megalvadó exsudatum azt mutatja ugyan, hogy a retrosternalis területen nagy mennyiségű — 3.0 cm. széles réteget képező — folyadék gyűlhet meg, azonban ezt a hullaszívnek a nagy edényeken át kiürülhetése folytán beálló összenyomatása okozza. Kivételesen azonban és pedig laza hasfalaknál talált elődomborodást az epigastriumban a kardnyújtvány alatt.

A mi a folyadék további elhelyezkedését illeti, a szív jobb oldalán az exsudatum normalis viszonyok közt csak vékony réteget képez; ettől eltérést csak a gerincoszlop elgörbüléseinek, baloldali terjedelmes pericardialis összenövésének és egyéb okokból származó hosszas jobboldali kényszerfekvésnek talált. A baloldali fele a pericardialis zsáknak közvetlen a diaphragma felett fogadhat be tömeges exsudatumokat, a bal tüdő alsó lebenyének relaxatioját, s ezzel a háton az *Oppolzer* óta ismeretes tüdőrelaxációs tüneteket okozva. Az exsudatum nagy térfogata daczára is gyakorlatlanság volna azt pleuralis izzadmánnyal összetéveszteni, már a tompulat ismert alakkülönbségeinek fogva is. Ha azonban nagyobb eltokolt pleura-exsudatum van jelen, a differential-diagnosis nehéz lehet, mire nézve általános érvényű szabályok fel sem állíthatók.

A diaphragma tömeges exsudatumnál baloldalt jelentékenyen

mélyebbre kerül, mi által a szívurok-üreg hosszátmérője is nagyobbodik. Azonban a szív (és szívesűcs) a diaphragma e mélyebbre szállásában alig vesz részt. Ha a csücslökés tapintható marad, úgy az régi helyét inkább felfelé és kifelé haladólag változtatja meg. A hol a szokottnál mélyebben volt a csücs, ezt már megelőző hypertrophia okozta.

A szívuroknak a nagy edényeket körülvevő részén már közepes mennyiségű exsudatumok jelentékeny térfogatot érnek el s a tüdőszélek visszahúzódásával az ismert úgynevezett háromszög alakú tompulatot okozzák. Valósággal úgy áll a dolog, hogy a jobb tüdőszél eredeti alakjának megfelelőleg úgy húzódik vissza, hogy határa a sterno-clav. izülettől a májtompulatig, a bimbóvonalon belül maradván, meredek lejtőt képez; a bal tüdőszél azonban legnagyobb részével csaknem horizontális irányban húzódik vissza és határa csak a bal bimbóvonalon kívül esik csaknem függőlegesen lefelé. Vagyis a tompulat alakja inkább szabálytalan négyszög, melynek felfelé a manubr. sterni felett kéményalakú nyúlványa van.

A diagnosis elég egyszerű, ha az exsudatum előttünk fejlődik, nehéz lehet azonban, ha már előrehaladt állapotban kapjuk a bajt. A jellegzetes tompulat, a szívhangok gyengesége, a csücslökés hiánya, a tüdőatelectasia szívizomdegenerationál is előjöhethet, sőt a dilatált és hypertrophiás jobb gyomros okozta rázkódás a tompulaton belül levő csücslökést utánozhatja (*Romberg*) s nem lehet csodálni, hogy egyesek próbapunctionál a szívbe hatoltak. Még kritikusabb a helyzet, ha az exsudatum növekedésével a szív tömege is növekedik, vagy ha a szív összenövések által dislokáltatott, az exsudatum szabálytalanul, összenövések között fejlődött, a gerincoszlopoknak, mellkasnak elferdülései vannak, vagy ha a tüdő mellő széléi előrement összenövések következtében vissza nem húzódnak.

Az operatív eljárás különböző az exsudatum minősége szerint. A genyes és eves exsudatum haladék nélkül kiürítendő a szívurok terjedelmes megnyitásával; ily esetekben a punctio legfeljebb palliatív értékű és sohasem elegendő. A savós vagy véres exsudatumoknál mindig elég a punctio, s ezzel is jó várakozó álláspontra helyezkedni. A punctio indicatioi tehát: 1. az indicatio vitalis (ha a folyadék igen gyorsan gyűlt meg és igen sok), 2. ha nagy exsudatumok minden belső szereléssel daczolva állandóak maradnak, 3. ha egyidejűleg szív-, tüdőbetegségek, vagy exsudatum pleuriticum állanak fent. Az exsudatumok nem bocsáthatók ki igen vékony, Pravaz-szerű tűkkel. Nagyon jónak találja a *Fiedler*-féle kettős tűt, s a maga szerkesztette troikartszerű lapos eszközt. Hogy czekekkel a folyadék lassan távozik és utolsó cseppig ki nem üríthető, az az eljárásnak csak előnye és nem is találja szükségesnek a teljesebb kiürítés miatt a paracentesist savós vagy savós-véres exsudatumoknál incisioval helyettesíteni. Az incisio indicatioja ilyenemű exsudatumoknál nem is a teljes kiürítés szüksége, hanem azon ritka esetek, melyekben kismennyiségű exsudatumot vagyunk kénytelenek kibocsátani, vagy abnormis mellkasformákkal, dislocált szívvel, betokolt exsudatumokkal van dolgunk.

A punctio helyét illetőleg hibának tartja tipikus pontok megjelölését, mert azt minden esetben külön mérlegelés alapján kell megválasztani. Nem lehet elég gondot fordítani a szívizom és a nagy edények intrapericardialis részének kikerülésére, s ha a szív állapota annak és az exsudatumoknak egymáshoz való viszonyát bizonytalanná teszi, helyesebb incisio útján kiüríteni a folyadékot. A pleura megsértésétől való félelem vezetett azon helytelen eljárásához, hogy a műtét helyét a mellkas elülső részén azon legalkalmatlanabb helyre korlátozták, hol legnagyobb izzadmány esetén is a szív csaknem érintkezik a mellkasfallal és az a. mammaria int. lefutása is előszer mutat jelentékeny anomáliákat. Ezért az a. mammarián belül alkalmazott punctiót helytelennek és veszélyesnek tartja. Az a. mammarián kívül a *Dieulafoy*-féle eljárásnak, mely a IV. vagy V. bordaközben a stern. bal szélétől 6 cm.-nyire helyezi a beszúrást és ezzel keresztül hatol a pleurán, utóbbi körülmény legkevésbé sem hibája, mint azt sokan állították. Inkább az hozható fel ellene, hogy az incisura cardiaca által nagyon is korlátolt. Az incisura t. i. — ha csak összenövések megelőzőleg oda nem tapasztották — a szívurok növekedő izzadmánya elől összehúzódik, s a pleuralis lemezek nagy területen érintkezésbe kerülnek egymással, szorosan

összesimulnak, gyakran össze is tapadnak. Tehát ezeknek átszúrása steril és vékony eszközzel sem infectióra, sem levegőbehatolásra alkalmat nem adhat. Mivel pedig a műtétet mindig próbapunctio előzi meg, s genyes vagy eves tartalomnál úgy is megnyitás alkalmas, ilyenemű infectio közvetítése is ki van zárva. Ezek szerint semmi ok sincs rá, hogy a *Dieulafoy*-féle helynél mélyebb és távolabb eső helyen, a hol minden lehetősége a szívizomsérülésnek kizárható, ne végezzük a műtétet. Ebben az eredeti helyén kórosan rögzített tüdő sem lehet akadály, melyen az eszközt minden veszély nélkül keresztülvihetjük. Ezért a beszúrást közepes exsudatumoknál körülbelül a bal bimbóvonalban, nagyoknál ezen is kívül végzi. És pedig a szívesűcslökésnek kimutatható helye, vagy megelőzőleg kimutatott helye, ennek hiányában a bal felé legkülső határa a pericardialis dörzsözörejnek képezi a beszúrásra alkalmas terület belső, a tompulat bal határa külső határát, oly módon, hogy a szűrés minél közelebb jusson a tompulat bal széléhez. A megfelelő bordaközt a diaphragma-állás adja meg: normalis állásnál az V., mélyenél a VI. bordaköz alkalmasabb. Ez általános irányelvek azonban ne váljanak sablonná, mert minden esetet külön kell az összes körülmények szerint bírálni s a beszúrást ezekhez alkalmazni; pl. voltak esetei, melyekben a stern. jobb széle mellett kellett beszúrni. A műtét magas hátfekvésben (és sohasem ágyon kívül) végzendő.

A sterilizálás, az eszköz beszúrása és kivétele körüli eljárás a szokott módszerek szerint történik. (*Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts*, 159. Lief.) R. Zs.

A hasnyálmirigy *Langerhans*-féle szigeteiről s azoknak a czukorbetegséghez való viszonyáról ír *Adelheim*. Fehér egeret kizárólag zabbal, czukorral, keményítővel, másokat fagygyúval táplált vagy épen éheztetett, s a különféle táplálékon tartott állatok pankreasát vizsgálta. Kísérleteiből az derült ki, hogy míg kizárólagos szénhidrát-, illetve czukortáplálás mellett a szigetek kicsinyek, sejteik saffraninnal alig, vagy egyáltalán nem festődnek, addig szénhidratmentes anyagokkal táplált állat pankreasában nagyobbak a szigetek és a sejtek safranofil-anyagot bőven tartalmaznak. A szerző szerint eme morphologiai eltérés oka az, hogy czukortáplálás mellett a sejt leadja váladékát, míg szénhidratmentes anyagok feldolgozása kor a váladék a nyugalmi szaknak megfelelőleg, akár csak az éhező állatoknál, a sejtekben marad.

A szerző még 2 diabetes-esetben talált pankreaselváltozásról számol be. Mindkét esetben a parenchyma sorvadts s kötőszövetesen elkérgesedett volta mellett a szigetek egyszerű sorvadása illetve sorvadása és sclerosisa volt észlelhető; a szigetek száma is csekélyebb volt a rendesnél. A szerző csatlakozik azokhoz, kik a diabetes okát a szigetelváltozásokban keresik. (*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1905. 34—35. szám.)

Halász Aladár.

A meningitis cerebrospinalis epidemica gyógykezeléséről ír *Menschig*. *Vohryzek* ajánlatára ugyanis 5 esetben 6 is megkísérlette a pilocarpinos gyógykezelést, s az eredményvel igen meg volt elégedve. Az 5 eset közül csak egy, egy kilencz éves kis leány halt meg, ki gyógykezelés közben kórházba került s kinél ennél fogva nem folytathatta a pilocarpinos gyógyszerelést. A négy gyógyult eset közül egynél maradt vissza kiskókú szemizombénulás, a többi három ad integrum gyógyult. Egy hatodik betege, kit nem pilocarpinnal kezelt, meggyógyult ugyan, de a betegség kiállása után súlyos sükettség maradt vissza. *Menschig* nem a *Vohryzek* által ajánlott nagy adagokat alkalmazta, hanem csak 0'03—0'04 gramm pilocarpint adott 200 gramm vízre, azzal az utasítással, hogy ebből az oldatból nyujtsanak a beteg gyermeknek 1—2—3 óránként egy gyermekkanálnyi, mindaddig, míg a gyerek erősen izzadni kezd. Ilyenkor néhány óráig várni kell, míg a gyermek teljesen megszárad, s csak azután adogatni tovább a szert. Második üveg gyógyszerre sohasem volt szükség collapsus sohasem jelentkezett. A betegség elején, ha a fejfájás nagyon kínzó volt, pyrazolonumdimethylicumot adott; a lumbal-punctiót csak egy esetben alkalmazta; ha a láz 39'5 fölé emelkedett, hűvös vizes bepakkolást rendelt. Egy esetben a tartós és súlyos hányás miatt a csőrén át való tápláláshoz volt kénytelen nyúlni. Végezetül megjegyzi *Menschig*, hogy az 5 pilo-

carpinnal gyógykezelt eset közül 4 igen súlyos volt. (Medizinische Klinik, 1905. 40. szám.)

Sebészet.

Appendicostomia. Ez alatt mesterséges fistula létesítését értjük, mely a hasfal sebén keresztül az odavarrt féregnyújtvány csúcsába vezet. A műtétet először Weir R. F. végezte New-Yorkban, 1902-ben, azóta többen megismételték azt igen jó eredménnyel, különösen amerikai és angol sebészek. A műtét célja, hogy utat nyissunk a vakbélbe s a vastagbél felszálló részébe s így lehetővé tegyük a colon átöblítését és gyógyszerekkel való kezelését. Javalatai: nagyfokú, idült székrekedés, vérhas, colitis, ileo-coecalis intussusceptio, syphilitis colon-fekélyek. A műtét igen egyszerű és helyi érzéstelenítéssel végezhető. Keetley C. B. (London) következőképp írja le a műtét eljárást. Rövid, ferde metszés a rectus szélétől oldalt, a Mc Burney-féle pont közelében, a szélső ferde hasizom bonyójának rostjaival egy irányban. A hassebnek olyan tágnak kell lenni, hogy két ujjat épen befogadjon. Most felkeressük a féregnyújtványt, a sebbe húzzuk s catgut-varratokkal odavarrjuk a mesoappendixet a falí hashártyához, magának a féregnyújtványnak a sero-muscularis rétegét pedig silkworm-gut-varratokkal a bőrseb széleihez. Ezután össze kell varrni a hasfal sebet olyannyira, hogy csak a féregnyújtvány csúcsának megfelelően maradjon nyitva. A féregnyújtványt csak másnap nyitjuk meg. A fistulán át Nélaton-katheterrel tetszésszerűt mennyiségben vezethető be folyadék a bélesatornába, idült székrekedésnél pl. meleg víz, stb. A fistulanyílás elég nagy a katheter bevezetésére, de a folyékony bélsár kifolyását szűk volta miatt már nem engedi meg, s ezért az appendicostomia sokkal célszerűbb a vakbél-fistula-operationál, melynél a fistulából állandóan szivárgó bélsár excoriatiókat okoz s kellemetlen szagával válik terhére a betegnek. Keetley dr. az appendicostomiának nagy jövőt jósol s azt hiszi, hogy a műtét valamikor még a typhus-therapiában is szerepelni fog. Keetley dr. cikkében a műtét egész irodalma megtalálható. (British Medic. Journal, 1905. október 7. 863. lap.)

Gonorrhoeás heregangraenát ír le Buschke. A gangraena egy erőteljes fiatal embernél keletkezett acut húgycsőkankóhoz a 3. héten esatlakozott mellékherelygyulladás szövődménye, igen torpid lefolyású volt és castratiót tett szükségessé. A necrotikus herét környező tályogban gonococcus nem, csak valamely colibacillus-hoz hasonló mikroorganizmus volt kimutatható; ezért Buschke azt hiszi, hogy a here elhalását egy gonorrhoeás alapon kifejlődött secundaer bakteriumos infectio s nem a here-ereknek thrombosisa a gonorrhoeás lob folytán idézte elő. Az irodalomban található esetek számú gonorrhoeás heregangraenák többsége a szerző által észlelt esethez hasonlóan lassú, torpid lefolyást vett, kivételképp azonban igen súlyos, életveszélyesnek imponáló, kizárt herniához hasonló kórképet okozhat. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 38. sz.)

Pólya.

Tonsillából eredő periodikus vérzése volt menstruatio idején a Wunsch által észlelt 25 éves nőbetegnek, ki a négy-hetenkénti rendszeres mértékben jelentkező katameniákat megelőzőleg mindig egy evőkanálnyi tiszta vért köpött s kinek egy alkalommal a jobb tonsilláján egy lencsényi, friss vérvalóval fedett hely volt látható. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 38. sz.)

Pólya.

Az anonyimát sikerrel kötötte le Sheen subclavia-aneurysma egy esetében, a teljes gyógyulás azonban csak akkor állott be, midőn a subclaviát peripherice az aneurysmától is lekötötte. 8¹/₂ hónapi megfigyelés alatt változatlan teljes gyógyulás, eltekintve némi fájdalomtól és bizsergéstől a jobb karban és vállban. Az irodalomban 43 esetet talált, hol az anonyima lekötését megkísérelték. 36 esetben csakugyan le is kötötték, ebből 8 gyógyult, 28 (78%) meghalt, és pedig 4 a műtét alatt vagy néhány percczel utána, 13 sepsis és secundaer haemorrhagia folytán, 3 tiszta sepsis, 3 cerebralis laesiók, 3 a műtétől független egyéb okok folytán. Az aseptikus időbe eső 16 műtét csak 9 halálalossal (56%) járt; a cerebralis tünetek elkerülésére a carotisnak két héttel az anonyima előtt való lekötését ajánlja. (Annales of surgery. 151. szám.)

Pólya.

A férfihúgycső és hólyag idegen testeiről közöl kimerítő tanulmányt Englisch bécsi professor. Az utak szerint, a melyeken a kövek a hólyagba jutnak, a következő köveket különbözteti meg: 1. a veséből s ureterből a hólyagba került kövek; ezekről nem szól a dolgozat; 2. kívülről a húgycsőn keresztül vagy külső sérülések útján bejutott hólyagkövek; 3. előzetes összenövés után a környezetből (bél, medenceüri cysta) a hólyagba jutott kövek; 4. a hólyagban magában keletkezett kövek, a melyek organikus tömegek körül rakódtak le. Részletesen közli az összegyűjtött adatok alapján a kövek tünetét s therapiáját. 625 esetet gyűjtött össze, gyógyulás beállott 595 esetben (95.2%), halál 30 esetben (4.8%). Ez esetek közül a húgycsőben hely foglalt kövek miatt 181 esetben történt a beavatkozás 174 gyógyulással (96.13%), 7 halállal (3.87%), a hólyagban ülő kövek miatt 444 esetben 419 gyógyulással (94.37%), 23 halállal (5.63%), tehát a húgycső köveinek eltávolítása kedvezőbb lefolyású, mint a hólyagkövek miatti beavatkozás. Az esetekből a továbbiakban még a következő tapasztalatokra jut: 1. a hólyag idegen teste gyakrabban távoznak spontán, mint az urethráéi (4.28%:3.31%); 2. a húgycső idegen testeinek eltávolítása könnyebben sikerül vértelen úton, fogóval, mint a hólyag idegen testeinek eltávolítása (43.64%:8.78%); 3. a lithotriptor alkalmazása könnyebben kivihető a hólyagban, mint a húgycsőben (10.58%:2.20%); 4. a húgycsőn végzett véres műtétek kedvezőbb lefolyásúak, mint a hólyagműtétek (2.17%:8.17% halálozás); 5. legkedvezőbb eredményt ad a magas hólyagmetszés, az oldalsó gátmetszés a legkedvezőtlenebbet (1.66%:10.0%); középhelyet foglal el a sectio mediana perinealis (4.44%); 6. nem inkrustált köveknél válogathatunk a műtét eljáráskor; inkrustált kövek azonban, a mennyiben azok össze nem apríthatók, nem morzsolhatók, legcélszerűbben véres úton távolítandók el. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1905. 79. kötet.)

Steiner Pál dr.

Venereás bántalmak.

Bier-féle pangással gonorrhoeás ízületi bántalmaknál elért eredményekről számol be Hirsch. A frankfurti kórház bőrbeteg osztályán 7 év alatt 25 esetet kezelt, melyek részben monarthritisek, részben polyarthritisek voltak. Az eredményeket nagyon dicséretes és összehasonlítva 25 hasonló, de pangás nélkül kezelt esettel, azon következtetésre jut, hogy a Bier-féle eljárás az arthritisz gonorrhoeica kezelésében igen értékes módszert képez, melynek fájdalomcsillapító hatása gyakran kiváló. A gyógykezelés tartama azonban nem rövidül meg, sőt átlagban néhány nappal hosszabbnak mutatkozott, mint az eddig használatban volt eljárások mellett. Összehasonlító vizsgálataiból továbbá az is kiderül, hogy a Bier-féle kezelés eredményei nem mulják felül a szokásos egyéb kezelésmódokkal (nyugalom, nedves borogatás, jodtincturával való ecsetelés) elérhető eredményeket, a mennyiben ezen utóbbi kezelésmódok használatkor szintén alig fordult elő eset, mely az ízület végleges megmerevedésével végződött volna. (Berlin. klin. Wochenschrift., 1905. 39. sz.)

Picker R. dr.

A syphilitisnek macacuskra való átoltásával foglalkoztak Thibierge és Ravaut. Az oltásokra szerintük a pillaszél a legalkalmasabb hely s e célra már csak az olesóság szempontjából is a legjobb majomanyag a macacus sinicus és a macacus cynomolgus. Oltásra a legkülönbözőbb syphilitis anyagot alkalmazták; így száji plaque okból, sklerosis nedvéből, liquor cerebrospinalisból, sőt egy ízben egy syphilitis hereditaria esetéből. A pozitív oltási eredménnyel járó esetekben az oltás helyén csak a 3-5. héten keletkezett fajlagos reactio. A szemhéj megduzzadt, oedemássá vált, a szűrés helyén pedig kis lobos göböske támadt. A göböske mintegy négy hétig állott fenn. A primaer affectio legjellegzetesebb kísérője, a szomszédos mirigyek megnagyobbodása és megkeményedése, szintúgy általános, secundaer tünetek sohasem jelentkeztek. A göbök anatómiai vizsgálata azt derítette ki, hogy azokat egy lymphocytákból és plasmasejtekből álló beszűrődés képezi, a melynek környező arteriái mérsékelt lobosodást mutatnak. Szerzők arra az eredményre jutnak, hogy kísérleteikben tulajdonképpen abortív sankerekéről van szó, melyeknek hiányzanak az emberen található jellegzetes tünetei. Az a körülmény, hogy az így inficiált majmok immunoknak bizonyultak

újabb oltásokkal szemben, megerősíteni látszik a primaer oltási eredmény syphilises voltát. (Annales de dermat. 1905. 7. f.)

Guszman.

A balanitis erosiva circinata és balanitis gangraenosa kóroktanához és klinikájához szolgáltatnak érdekes adatokat R. Müller és G. Scherber. A terjedelmes és alapos közleményben szerzők a következő conclusiókra jutnak. 1. Létezik egy klinikailag és anatómiailag jól körülírt alakja az erosiós contagiosus balanitisnek, mely alkalmas körülmények között mélyre terjedő gangraenára vezethet. 2. Az erosiókban, illetőleg a gangraenás fekélyekben rendszeren található egy igen jellegzetes, vibriolákú Gram-positív mikroorganizmus, melyet szerzők a baj kórokozójának tartanak. Ezenkívül található még egy Gram-negatív spirochaeta is, mely — egy eset kivételével — valamennyi vizsgált esetben jelen volt. 3. A vibriók és spirochaeták egyedül csak savót tartalmazó táptalajokon nőnek és pedig anaërob tenyésztési viszonyok között. 4. Arra nézve, hogy e mikroorganizmusok a száj és garatürege erosiós és gangraenás folyamataiban találtakal azonosak-e, szerzők ma még nem nyilatkozhatnak határozottan. (Archiv f. Dermat. u. Syph 77. k. 1. f. 1905.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Urogosan néven S. Boss egy új vizelet-antisepticumot és csillapítószeret ismertet, melyet a gonosan és az urotropin egyesítése útján állított elő úgy, hogy az új szer egyrészt kawa-gyantát és santalolajat, mint a gonosan alkotórészeit, másrészt urotropint tartalmaz oly arányban, hogy egy gelatinacapsulában 0.3 gm. gonosan és 0.15 gm. urotropin van. Ily módon egyesíti ezen új szer a gonosan kipróbált antigonorrhoeás hatását, mely nem gonorrhoeás cystitisben azonban cserben hagy, az urotropin gyógyhatásával nem kankós hólyaghurutban, hol viszont a gonosan hatástalan. A kawa-gyanta fájdalom- és a sexualis idegek izgalmát csillapító hatása pedig szintén érvényesül. Boss úgy tapasztalta, hogy blennorrhoeás heveny hólyaghurut esetében az összes tünetek igen gyorsan javulnak (a vizeleti inger, az égés érzete, a gáton a görcsök), az éjjeli nyugalom már másnap nagyjából helyreáll és a vizeleti inger 4—5 nap múlva normalissá lesz. A vizelet 8 nap alatt teljesen feltisztul, vegyhatása gyorsan ismét savi lesz. Urethritis posterior eseteiben egyrészt csillapítólag hat, másrészt erős bactericid hatása folytán a hólyagot is eredményesen védelmezi.

Idült hólyaghurutoknál 1. a mikroorganizmusok fejlődését megnehezíti, 2. a gyenedést csökkenti, 3. a beteg nyálkahártya izgatottságát csökkenti. Megfelelő helyi kezeléssel (öblítések) összeköve nagyon idült hurutoknál is igen jó eredményt ad. Így tehát használata nemcsak a húgyszervek gonorrhoeás megbetegedéseiben, hanem a húgyutak bakterium okozta valamennyi bántalmában is kiválóan javasolt. Napi adagja 8—10 capsula kétszerre bevéve, étkezés után. A gyomrot nem rontja, a vesét nem izgatja. A J. G. Riedel berlini gyár állítja elő. (Medicin. Klinik, 1905. 47. szám.)

P. R.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A czukornak a méh szülőtevékenységét fokozó hatására Keim 1898-ban hívta fel a figyelmet. Azóta tett további megfigyelései alapján most újból felhívja a figyelmet a czukor kedvező hatására a méhösszehúzódságok gyengeségének esetében. Félórás időközökben háromszor ad 25 gramm laktosét, vagy akár közönséges czukrot is, kevés tejben vagy vízben oldva. A hatás 10—30 perc múlva következik be. Káros következményeket szerző nem látott. (Presse méd. 1905. június 28.)

Az ischias mechanikai kezelését ajánlja Wolff. Dörzsölő és megrázkódtató eljárásokat végez az ideg mentén, e mellett az izomzatot enyhén gyúrja. Egyidejűleg forrólégkezelést is használ. A massagenak diagnostikai értéket is tulajdonít; mert ha a massage után a beteg állapota javul, akkor valószínűen rheumás eredésű az ischias; ha pedig a massage fokozza a beteg nehézségeit, akkor nyilván más tényező játszik szerepet a baj aetiologiájában. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 23. szám.)

A gyógyító serumok használata után észlelhető eruptiók megelőzésére Netter a calciumchlorür ajánlja. Így diphtheriában az első serum-adag befecskendezésével egyidejűleg megkezd a calciumchlorür használatát (vízben oldva 1 gramm pro die) és három napon át folytatja. Ha három napon túl is kellene még folytatni a serum befecskendezéseket, a calciumchlorürt is tovább használtatja (Ref. La semaine médicale, 1905. 3. szám.)

Méh- és tüdővérzés eseteiben H. C. Colman szerint legjobb amylnitritet beléjeztetni. Ennek következtében a peripheriás vérerek tágulása útján a vérnyomás erősen esökken s így a vérzés helyén képződő alvadék nem sodortatván ki, megáll a vérzés. A vasoconstrictorok használata szerző szerint elvetendő, mert ha nem csökkentjük egyidejűleg a szív működést, a vérnyomás fokozódik, ha pedig csökkentjük a szív működést, nagyfokú agyanaemia következik be. (Scottish medical and surgical journal, 1905. május.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. november 10.

△ A magyar orvosi könyvkiadó társulat alapszabályaiban, melyek még 1863-ban megállapítottak, azóta némely módosítás vált szükségessé. E célra az igazgatóság rendkívüli közgyűlést tart, mely folyó hó 15-ére hivatott egybe.

× Kinevezés. A belügyminister Feder Vilmos dr.-t a marosvásárhelyi állami kórházhoz, Roher Aurél dr.-t és Fetter József dr.-t pedig budapest-lipótmezei elmeegógyintézethez másodorvossá nevezte ki.

— Új tiszti orvosok. Az október 16-ától 30.-áig Budapesten megtartott tiszti orvosi vizsgálaton a következő orvosok kaptak képesítést: Bartos György gyermekmenedék helyi másodorvos Kassa, Böhm Jakab állami trachoma-orvos Kiskúftelegháza, Burián Endre kórházi segédorvos Budapest, Csák Béla kórházi segédorvos Budapest, Ehrlich Alajos magánorvos Nagykáta, Erdődy Kálmán társáda-orvos Salgótarján, Farnek Gyula községi orvos Zagyvarékás, Fejér Sándor kórházi segédorvos Budapest, Fogolyán Gyula körorvos Dunabogdány, Guttman Ignác állami trachoma-orvos Szeged, Gyulai László községi orvos Bánd, Háberfeld J. Emil kórházi segédorvos Budapest, Hammerschmid József cs. és kir. ezredorvos Budapest, Hédevári Ernő magánorvos Ujpest, Hoffmann László kórházi segédorvos Budapest, Hollós Sándor Gábor magánorvos Budapest, Horovitz Imre törvényszéki orvos Eperjes, Hunyady Béla községi orvos Zsidre, Keresztes István magánorvos Budapest, Kovács Rezső magánorvos Dombóvár, Kovács Lajos kórházi másodorvos Pozsony, Kratochvil Ferenc kórházi segédorvos Budapest, Molnár Lipót körorvos Peczszőlős, Mukits Aurél állami trachoma-orvos Szeged, Nyikora József magánorvos Pápa, Pokorny Robert magánorvos Sopron, Polgár Károly körorvos Pilisborosjenő, Prokesch Viktor kórházi alorvos Szabadka, Rauscher Zsigmond magánorvos Komárom, Reiniger Herman kórházi segédorvos Szeged, Riesz József kórházi segédorvos Budapest, Roth Mihály kör- és tiszteletbeli járásorvos Málca, Schall Kálmán körorvos Gyöng, Seyfried János magánorvos Budapest, Tóth Gedeon körorvos Lébény, Türk Szilárd körorvos Pásztó, Vas Albert kórházi segédorvos Gyula, Várady László községi orvos Körösmező és zilahi Kiss Endre körorvos Hadad.

□ Felhívás adakozásra. 85 éves kollegánk 60 évi munkásság után betegség folytán keresetképtelen lett. Mint körorvosnak összes jövedelme 1200 korona volt. Felkérjük olvasóinkat, hogy öreg kollegánkat támogassák; az adományokat nyugtázni fogjuk s rendeltetésük helyére juttatjuk. Eddig adakoztak: Grósz Emil tanár 20 k., Lenhossék Mihály tanár 20 k., Donath Gyula m. tanár 6 k., P. R. dr. 2 k. Összesen 48 kor.

Kölliker Albert † A biológiai tudománykörnek s közvetve az orvostudományak is nagy gyásza van: Kölliker Albert, a világhírű histologus, a würzburgi egyetem nyugalmazott anatomia tanára elhunyt 88 éves korában. Lapunk legközelebbi számában beható méltatását fogjuk hozni az elhunyt érdemeinek.

♂ Kisebb külföldi hírek. Francaviglia dr.-t a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki a cataniai egyetemen, Ottolunghe dr.-t a törvényszéki orvostan rendkívüli tanárává a római egyetemen, Manca dr.-t a physiologia rendkívüli tanárává a sassarii egyetemen, Carrara dr.-t a törvényszéki orvostan rendkívüli tanárává a turini egyetemen, Berci dr.-t a sebészet rendkívüli tanárává a firenzei egyetemen. — A Schattenfroh rendkívüli tanárt a bécsi egyetemen a hygiene rendes tanárává nevezték ki. — A bécsi poliklinikán a nyáron elhunyt Metnitz tanár helyébe Wunschheim magántanárt nevezték ki a fogászati osztály vezetőjévé.

— Az orvostörténelemhez. Az Echo Médical du Nord julius 22-i számában Folet H. dr. egy régi, feledésbe merült francia sebész, Belloste Augustin emlékére eleveníti fel, ki a sebfertőzésekre vonatkozólag olyan eszméket fejtett ki, amelyek több tekintetben igen megközelítik a modern felfogást. Belloste 1654—1730-ig élt; főműve „Le Chirurgien d' Hôpital“. Ebben Belloste kikel a sebeknek akkor szokásos nyílt kezelése s hasonlóképpen a gyakori kötésváltoztatás ellen. A sebet első sorban a levegő ellen kell védeni, mert az okozza a sebek romlását. A levegő tele van bizonyos apró részecskével vagy atomokkal, amelyek a sebekre hullanak s hozzájuk tapadva, veszedelmes romlásokat idéz-

nek elő. „Ugy látszik — ugymond — a kórházak levegője különösen tele van ilyen „maró” részecskével; ebből érthető, hogy kórházakban a sebek a legjobb gondozás mellett is gyakran rothadnak, bűzösek és fistulások lesznek és nem gyógyulnak”. A kórház kiürítése után a falak még soká megártják a rossz kórházi szagot; ezt ama bizonyos „rossz atomok” okozzák, a melyek a falakba bevették magukat. Ha ezek már a száraz, kemény falakhoz is ily könnyen hozzátapadnak, mennyivel könnyebben tapadnak a sebek lágy, kocsnyás „rostjaihoz”? Valóban jóslatszerű fejtegetések ezek, a melyekben csak „fertőző csirák”-kal kell az „atom”-okat helyettesítenünk, hogy egész modern hangzásúak legyenek.

⊙ **Betegség diagnosisa a születés előtt.** Mc Crae dr. esetet közöl, melyben 46 éves nő magzatján már születése előtt szervi szívhaj volt megállapítható systolikus zöreje alapján. A gyermek erősen cyanotikus volt s 49 napig élt. Boncsoláskor a szíve többféle rendellenességet tüntetett fel. (Journal of Anatomy and Physiology, 1905, 28. lap.)

⊕ **Romlott sardinával való mérgezés halálosan végződő esetét** írja le Caiger L. A hét éves leányka a bádogdobozból vett sardina élvezete után csakhamar fejfájást és gyomorfájást kapott, mely az éjen át is tartott, de a mely a leányka környezetét nem aggasztotta. Másnap délelőtt azonban comaszerű, mély álomba esett, melyből nem lehetett felébreszteni. Pupillái kitágultak voltak, a cornea-reflex hiányzott. Caiger dr. gyomormosást végzett, később hashajtókat adott s végül izgatószereket alkalmazott, de eredménytelenül, mert a gyermek a nélkül, hogy öntudatra ébredt volna, másnap reggel 3 órakor meghalt. A boncsolásnál nem találtak egyebet mint kis vérpontokat az epicardiumon s az agyvelőben, mely utóbbi igen bővérűnek mutatkozott. A halált valószínűleg a sardinákkal lenyelt baktériumok okozták, a melyek gyorsan elszaporodhattak a bélsatornában s toxinjaikkal megölték a szervezetet. (British medic. Journal, 1905. okt. 14., 928. lap.)

✕ **Nő mint rendőrorvos.** Berlinben nemrég nőt alkalmaztak a rendőr-főkapitányság mellett rendőrorvosi minőségben azzal a megbízással, hogy a rendőrségnek beszovalgatott nemi betegsége gyanús nőket megvizsgálja. Az állást már öt év előtt szervezték, de eddig nem tudták német diplomájú női orvossal betölteni. Az állást azért töltik be nővel, hogy elő ne fordulhasson az az eset, hogy nemi betegsége gyanús, de egészségesnek bizonyuló nőt férfiorvos általi vizsgálatra kényszerítsenek.

⊗ **A stethoskop gyakori fertőtlenítését** okvetlenül szükségesnek tartja H. J. Robson, különösen azon a végén, a melyet a betegek mellére helyezünk. E célra igen ajánlja Robson azokat az üvegeszében megerősített spongyákat, 1 pro mille sublimat-oldattal megnedvesítve, a melyeket a bélyegek megnedvesítésére szoktak használni. A házon kívüli praxis céljaira legcélszerűbbek azok a hasonló, de fedéllel ellátott spongyát tartalmazó üvegeszék, a melyeket a golf játékhöz való labdák tisztítására használnak (golf-ball cleaner). (British Medic. Journal, 1905. szept. 16., 657. lap.)

○ **A londoni egyetemen** külön tanszéket szerveztek a „protozoologia”-ból. A protozoonok okozta betegségek tudvalevően leginkább a tropusokban fordulnak elő, ebből érthető, hogy a tanszék felállításának költségeit főképp egy a tropusi betegségek tanulmányozására szánt alapítványból fedezik.

— **A tüdősanatoriumok számának szaporodása Németországban.** 1892-ben csak 3 ilyen sanatorium volt a német birodalomban, 1897-ben már 13, jelenleg 95 áll fenn: 68 nyilvános és 27 magán-sanatorium. Közülök 11-et az életbiztosító társaságok tartanak fenn.

— **Megjelent.** Liebermann Leo: Sind Toxine Fermente? Klny. a Deutsche mediz. Wochenschr. 1905. évfolyamából. — Ugyanaz: Über die Aufgaben und die Ausbildung von Schulärzten. Verhandl. d. I. Internat. Congresses für Schulhygiene in Nürnberg, 1905. — Ugyanaz: Über Fettbestimmung. Arch. für die ges. Physiologie, Band, 108, pg. 481. — Ugyanaz: Ist für Guajakreaction die Gegenwart einer Katalase notwendig? U. o. pg. 489. — Ugyanaz: Középiszkolai tanárképzés iskolaegészségügyi szempontból. „Egészség”, 1903.

↑ **A budapesti egyetemi I. számú női klinikával** kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét október hó folyamán 66 esetben vették igénybe; a műtétek száma 47 volt.

— **A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya** 1905. október havában összesen 102 esetben működött.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1905-dik év 41. hetében (1905. október 8.-tól október 14.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Élveszületett 435 gyermek, elhalt 236 egyén, a szü-le-tések tehát 228-al muták felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra: 27.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 4, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordis 11, morbi myocardii 8, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 2, pneumonia 11, pneumonia crou-posa 2, tuberc. pulmonum 37, emphysema pulm. 5, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 21, 2 éven felüli 5, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocel. intestini 0, p. peritonitis 4, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig.

0, nephritis 4, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 5, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 0, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 3, lues congenita 1, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 3, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3388 beteg, szapo-rodás 892, esőkkenés 812, maradt e hét végén 3422 beteg. b) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak a tiszi főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 86 (70), vörheny 38 (34), álh. gége- és roncsoló torok-lob 18 (15), lökhurut 5 (3), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 49 (53), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 29 (12), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültömrigylob 0 (2), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Balazsovits Sándor sepsiszentgyörgyi gyógyszerész lapunk mai számában megjelent hirdetését az orvos urak figyelmébe ajánljuk.

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

Röntgen-kurzusokat

tartok magánintézetemben folyó évi november 20.-ától kezdve hat egymásután következő napon, az esti órákban. Főszlyt a gyakorlati kiképzésre (átvilágítás, fotografálás, gyógy-kezelés) helyezem. A jelentkezők száma ötnél kevesebb és tíznél több nem lehet. — Tiszteletdíj mérsékelt. — Bővebb felvilágosítás levélben. — Jelentkezni lehet november 15.-éig **Dr. Huber Alfréd** Finsen- és Röntgen-intézetébe a Bud-pestben, (VIII. ker., József-körút 26. szám).

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék vérzescsillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes hatóanyaga. Külsőleg: az ophthalmologia, rhino-, oto-, laryngologia, a chirurgia, gynae-kologia, a bel- és urologiában mint antiphlogisticum, műtétknél mint vértelenítőszer. Belsőleg: mint cardiacum és haemostaticum. Nagy lév = 30.0 gr. Kis lév = 15.0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere a kóros ondókiürüléseknek. Richter Gedeon „Sas”-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézeté-ben VI., Andrassy-út 84, megfigyelés alatt álló szoptatós dajkák minden időben kaphatók.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanárségéd orvosi laborato-riuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyá-szati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olcsó és gon-dos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok és a téli fürdőkúra felül kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdo-nos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összev. physikai gyógytényezőkkal felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-béibajok. Gerinczefordulások.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézet, Budapestben, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markusovszky-féle jubilaris előadások. (III. előadás 1905. november 6.-án) 810. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1905. november 4.-én) 810. l. — Királyi magyar természettudományi társulat élettani szakosztálya. (123. ülés 1905. október 3.-án) 811. l. — Közkórházi orvos-társulat. (IX. bemutató ülés 1905. szeptember 27.-én.) 811. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. 812. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 814. l.

Markusovszky-féle jubilaris előadások.

Tartja Korányi Frigyes tanár.

(3. előadás 1905. november 6.-án.)

Előadó visszatér az utolsó előadás alatt bemutatott vépraecipitatio törvényszéki orvostani jelentőségeinek tárgyalására. E jelentőség, melyet megmagyaráz, az, hogy emberek szabadságára, minden anyagi és szellemi viszonyára, sőt sokszor életére birhat döntő befolyással, szükségessé teszi e reactio eshetőségeinek tüzetesebb vizsgálatát. Az embervért praecipitáló serum praecipitálja a majomvért is, sőt a fajilag közel álló melegvérűek véreit ugyanazon serum többnyire praecipitálja. Az ebből származó tévedések elkerülésére szolgálnak a következő korlátozások. Szóba jön először a higitás kérdése. Egy serum, mely valamely vért, a melyre nézve specifikus, igen nagy higitásban praecipitál, másféle vért csak sokkal töményebb állapotban, vagyis keresni kell egy oly higitást, melyben a serum csak az embervért praecipitálja. E nagy higitással elért praecipitatio csak kismértékű zavarodást okoz, ezért a praecipitatio szolgáló anyagoknak tisztáknak, átlátszóknak kell lenniök. Filtratioval átlátszóvá tenni őket nem lehet, mert az ismét hiba forrásává válnék.

Számba jön a praecipitatio gyorsasága, mely a specifikus vére nagyobb, valamint a praecipitatum volumene is, mely szintén nagyobb azon vérenél, a mely ellen az immunsavó készült.

Az ily körülményekkel intézett vizsgálat teljesen prompt adatokat ad, a mint azt a porosz igazságügyministerium erre a célra összehívott bizottságának ellenőrző vizsgálati is bizonyítja.

A praecipitinekkel a vére történő hatás csak a vér egy részére, a fehérvérre vonatkozik, és kiderült az, hogy az ily praecipitáló serum nemcsak a vérfehérvérre hat, hanem az embernek vagy az illető állatfajnak bármely más fehérvérére is s így előfordulhat, hogy valamely állatvérről kevert fehérvér tartalmú emberi váladék mint bűnjel az emberi vér specifikus praecipitáló serumára reagál. Mindezek az eljárásban nagy óvatosságot igényelnek.

A vér ellen való immunizálás egy más faja a véragglutinatio. Ha állatot vörösvérsejtekkel immunizálunk, úgy az állat vérsavójának hatása alatt a vér vörösvérsejtjei agglutinálódnak. Ez eljárás hosszadalmas; könnyebben elérhető a vörösvérsejtek agglutinatioja bizonyos mérgek, főleg abrin és ricin által. E vizsgálatoknak nevezetes oldala az, hogy ha e mérgek egyikével állatot immunizálunk, úgy az állatnak vérsavója megakadályozza az agglutinációt, de specifikusan csak az immunizálásra felhasznált mérgek agglutináló hatását.

Fodor József volt az első, a ki kutatni kezdte azt, hogy a vérbe jutott bakteriumokkal mi történik, s kimutatta azt, hogy a vérben a bacillusok tönkremennek. Buchner már azt a tényt is felismerte, hogy a vérsavó maga is baktericid hatással bír, a mely baktericid hatás Behring és Niessen szerint különböző állatok vérsavójában specifikusan áll fenn bizonyos bakteriumokkal szemben. Az így nyilvánuló védőanyagot Buchner alexinnek nevezte. A bakteriolyticus felfedezését követte a haemolyticus anyagok felfedezése. Haemolysis vagy másképp erythrolysis alatt a vérfestenyének a diskoplasmából való kiszabadulását értjük. A haemolyticus savó vérsavóval való immunizálás által nyerhető s ez specifikus arra az állatra, melynek vérsavójával az immunizatio történt, azonban valamely állat normal serumja is haemolyticus hatást vért. Ha a haemolyticus savót 55°-ra hevítjük, elveszti haemolyticus hatását, visszanyeri azonban ezt — reactiválódik —, ha hozzá ép állat serumát teszszük. E tény azt mutatja, hogy a melegítés tönkre tett valamit a savóban, a mi minden ép savóban benne van: s ez az alexin. A haemolysis tehát kétféle tényezőnek együtműködése. A mint a vérsavó ellen előállítható haemolyticus savó, hasonló eljárással előállítható szövetsejtek ellen a cytolyticus savó. A cytolyticus hasonlóképpen két tényező összehatásán alapul, az egyik az immun test, a másik a complement. Az immun test az, a mely a szövetsejt és complement között a kapcsolást létrehozza és ezt nevezi Ehrlich amboceptornak. A cytolyticus természetének megértésére röviden vázolja Ehrlich oldalláncztheoriáját, bővebb tárgyalását a következő előadásra hagyva.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tud. ülés 1905. évi november hó 4.-én.)

Elnök: Stern Sámuel. Jegyző: Kövesi Géza.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Manninger, Klein Fülöp és Pajor tagtársakat.

Jelenti, hogy a könyvtár számára beérkeztek különlenyomatok: Salamon Henrik, Madzsar József, Arkövy József, Szabó József, Reusz Frigyes, Jendrassik Ernő dr.-októl. Köszönettel vétetnek.

A Delorme-féle operatióról. (Betegbemutatással.)

Manninger Vilmos: Régi, merevfalú empyemák megszüntetésére lényegében háromféle operatiós eljárás jöhet szóba. Az Estlander-féle, mely a bordák megfelelő darabjának eltávolításával szünteti meg az üreget, a Schede-féle eljárás, mely az egész mellkasfelet szünteti meg és Delorme operatioja, mely a tüdőt összenyomó kéreg elvételével a tüdő újból való kitágulását czélozza. Az utóbbi a legideálisabb, mert restitutio ad integrumra törekszik. Ennek dacára igen sok ellensége akadt. Ennek okát bemutató abban keresi, hogy nem a megfelelő esetekben, nem elég erélyvel és nem kellő technikával hajtották végre. A technika egyszerűsítésére egy eljárást ajánl, mely a gyakorlatban is jól bevált. 3-4 bordának az elülső hónaljvonalban való időleges átmetszése, a \bigcirc alakú lebeny körülmetszése és a szegycsont felé való visszahajtása alkotja eljárásának lényegét. Ez a lebeny a borda-porczogó határan nyílik. Tág betekintést enged a mellüregbe és nem sért lényeges alkotórészeket, gyorsan vérvesztés nélkül készíthető.

A Delorme-féle operatiót bemutató 5 esetben sikerrel végezte. Két betegen később javító operatiókra volt szükség. Beteg az operatio folytán nem vesztett. A bemutatott betegen 1 $\frac{1}{2}$ hónap alatt teljes gyógyulást tudott elérni, dacára annak, hogy a kezelésbe végleg elgyengült állapotban, a pthisis in ultimis képével került a beteg.

Az operatio lényeges részét az utókezelésben látja. Két feltételről kell gondoskodni. Először a váladékot pontosan el kell vezetni, hogy újlag össze ne nyomhassa a táguló tüdőt. 2. A tüdő tágulásáról megfelelő gymnastikával kell gondoskodni. Utóbbira levegőpárnák felszivatása az operatió követő naptól kezdve, majd sürített levegő belélegeztetése a legfontosabb eszközök.

Winternitz Arnold: A Delorme-féle eljárás, ha sikerül a retrahált tüdőt fedő heges, callosus hárttyát lefejtteni és a tüdő még tágulásra képes, csakugyan a legszebb eredményeket szolgáltatja, mert ezen műtét-mód a comprimált atelectaticus tüdőt újból visszaadja a légzés mechanizmusának. Tapasztalatai szerint azonban a tüdő decorticatioja régi (2-6 éves) pyopneumothoraxoknál már nem vihető ki, mert a pleurális alhártya a peripheriás tüdőszövettel úgy össze van nőve, hogy a lefejtés kiterjedt tüdőszérelés nélkül lehetetlen. Ilyen régi, elhanyagolt esetekben tapasztalatai szerint csak a Schede-féle thorax-resectioval lehet czélt érni. A bemutatott esetben az empyema csak 4 hónap óta állott fenn, az elért szép eredmény oka tehát ebben keresendő. 1-2 évnél nem régebb pyothoraxoknál ajánlja az eljárást; ennél régebb esetekben azonban a Schede-féle műtét mellett foglal állást.

Alapy Henrik: A gyermekek idült pyopneumothoraxánál a Delorme-operatiót tartja az egyedül megengedett gyökeres műtétnak, minthogy az összes thoracoplastikus műtétek, akár a Schede-féle, akár a többi, gyermekeknek túlnagy veszélylyel járnak. A hosszú műtétnél szükségelt nagy mennyiségű altatószer és a legjobb velebánás mellett is jelentékeny vérzés már a felöltétnél is veszélyes shockot idéznek elő; a fél tüdővel légző kimerült vérszegény gyermeknél pedig a veszély még sokkal nagyobb. Azon kívül a thorax-plasztikus műtétek, ha gyógyulnak is, rettenetes torzulást hagynak vissza.

A Delorme-műtétet ezek a hátrányok nem kísérik és azért gyermekeknek ez végzendő, ha szükséges. Szerencsére nagyon ritkán szükséges. Szólo meglepetéssel tapasztalja, hogy másutt aránylag mily gyakran végeznek gyökeres műtétet a gyermekek idült genymelle gyógyítására. Szólo, ki évek hosszú sora óta évenként átlag 15-20 gyermek empyemáját operálja, azt tapasztalja, hogy a szokásos bordaresectio után azok, a kik intercurrentis betegségben el nem halnak, 3-6 hó lefolyása alatt minden további műtét nélkül meggyógyulnak, ha nem gümőkórosak. A hol pedig a pyothorax gümőkóros alapon fejlődött, ott minden beavatkozással úgy is csak ártani lehet.

Felszólaló nagy anyagán mindössze két izben volt kénytelen gyökeres műtétet végezni, mindkét esetben a Delorme-féle operatiót választotta. Az egyik régebbi esetről nincsenek pontos feljegyzései, csak annyit tud róla mondani, hogy műtét után meggyógyult. A másik egy 6 éves leányka volt, kinek jobboldali total empyemáját bordaresectioval nyitotta meg, mely után 3 hónappal a gyógyulás megállott és tovább haladni nem akart. Ennél a Delorme-műtétet oly módon végezte, hogy négy bordából csupán akkora darabot resekált, a mennyi elegendő volt, hogy az ujjakat a mellüregbe be lehessen vezetni és velök a rugalmas mellkas nyílását széthúzni annyira, hogy a gyökhez felhúzódott és vastag kéreggel takart tüdőhöz hozzá lehessen férni. A kéreg óvatos bemetszésekor 1 $\frac{1}{2}$ cm. mélységben találta a tüdőt, mely a kéreg lefejtése után azonnal kitöltötte az egész mellüregot. A 1 $\frac{1}{2}$ év múlva megvizsgált betegen konstatalni lehetett, hogy a tüdőhatárok normálisak és hogy a két mellkasfél nagysága között a műtét előtt fennállott különbözet mindinkább kiegyenlítődik. Felszólaló a Delorme-műtétet még sok javításra szorulóknak tartja, de meg van győződve, hogy az idült pyopneumothorax gyógyításában a Delorme operatiójáé a jövő.

Dollinger Gyula: A Delorme-féle műtétet 1897-ben írta le először a Belgyógyászat Kézikönyvében, később a Sebészeti Módszerekben. 1900-ban először végezte a vezetése alatt álló klinikán és azóta 5 olyan

nyilt genyélgmellet operált, a melynél a műtét indicatioja fennállott. Ezek közül 2 esetben az alhártát a tüdőről lehamozni nem lehetett s azért Schede-féle totális bordakiirtásra kellett átmennie, egy esetben totális pyopneumothoraxnál és egy esetben partiálisan a lehamozás nagyon könnyen és teljesen sikerült, míg egy teljes genyélgmellnél a lehamozás csak részben sikerült, de a tüdő azért e helyeken elég jól kitágult. Ez esetben D. a le nem hamozható alhártát több helyen a tüdőt borító mellhártyáig bemetszette, a mi a tüdő kitágulását némileg szintén elősegítette.

Azon esetek közül, a melyekben a lehamozás könnyen és teljesen sikerült, az egyikben az izzadmány egy fél esztendő óta, a másikban egy esztendő óta állott fenn, míg azon eset, a melyben a lehamozás csak nehezen és tökéletlenül sikerült, 5 esztendő genyélgmell volt. Azon két esetben, a melyekben a tüdőt lehamozni már nem lehetett és bordakiirtásra kellett átmenni, a genyélgmell 3, illetőleg 4 év óta állott fenn.

Különbösen Delorme maga is kiemeli már azon tényt, hogy a lehamozás nem sikerül minden esetben. A mi tapasztalatainkból az látszik következni, hogy minél hosszabb ideig van a tüdő a körülvevő vastag izzadmánytok által összenyomva, annál kevesebb reá a kilátás, hogy a lehamozás sikerülni fog.

Manninger azon módosításánál, a mely szerint a mellkason nyitandó ajtó forgóját mellfelé, a bordaperczek vonalába helyezi, az a nehézség merül fel, hogy akkor a nagy mellizom átmetszésének elkerülése czéljából az ajtót ezen izom alatt, tehát olyan mélyen kell a mellkason készíteni, a honnan mindenesetre nehezebben lehet a gerincoszlophoz szorított tüdő felső részéhez hozzáférni, mintha az ajtót a harmadik-negyedik borda helyén oldalt fekvő forgóval készítenék. Műtét után a mellkas hátrafelé mindenesetre drainezzük. Azonban egyes speciális esetekben a Manninger-féle módosításnak is mindenesetre jó hasznát lehet venni.

Manninger nagyon helyesen az utókezelés fontosságát hangsúlyozta. Dollinger-nek az előkészítéshez van egynehány szava. A genyélgmell többnyire nagyon befertőzött állapotban jut a műtöthöz. A benne pangó váladék nagy mértékben fertőző. Ezért D. szükségesnek tartja, hogy a mellüreget előzetes kezeléssel, a mennyire lehetséges, fertőztelenítsük, a mi sokszoros öblögetéssel érhető el. Heveny genymellnél az öblögetés veszedelmes, de ezen esetekben a mellkasi szerveket olyan vastag alhártya fedi, hogy az öblögetés veszélytelenül megtörténhet. Esetleg a tökéletesebb előzetes fertőztelenítés keresztülvitelére bordaresectio válik szükségessé.

Manninger Vilmos köszöni a hozzászólásokat. Az apró detailokat a rövidség kedvéért elhallgatta. Winternitz-nek megjegyzi, hogy a Delorme-műtét csak a teljes pyopneumothoraxnál indikált, a mikor a a tüdőesúcs is comprimált, tehát elesik az a kritika, hogy a tüdőesúcsához hozzáférni nem lehet. Hullakísérleteket végzett szülő és ezen eljárást kevésbé sértő volta és a hozzáférhetőség miatt választotta. Ha az ajtót hátrafelé tárja ki a mellkason, útban van, ha felül csinálja, a bordát át kell vágni, hogy kitörhesse. A hozzáférhetőség igen jó, a kiálló bordadarabokat subperiostálisan vágthatjuk le és a leginkább ellenálló részt be tudjuk nyomni. A scapula magasságában átvágthatjuk a bordaközt és hátra a gerincegig; a Dépaít-féle módosítás szerint belülről kifelé vágjuk át a bordát, a mi elkerülhetővé teszi a nagy sebést, a nagyobb infectiót.

Szólónak 5 esetében sikerült a Delorme-féle műtét. Egyik két és fél év óta volt nyitva, a másik 1 évig, a harmadik 5 évig, a negyedik 3 évig; a bemutatott eset nem Delorme-nak készült, hanem szülő a vérzés okának felkeresésére indult és csak aztán lett Delorme. Betegét egyet sem vesztett, míg Schede-műtéténél egyik betege a műtét után másfél óra múlva meghalt. Ha nem tuberculosos az eset, a Delorme-féle műtétnél mortalitás jóformán nincs. Öt éven felüli empyemák is meggyógyulnak, mert kitágulhat a tüdő.

Radiummal kezelt esetek.

Justus Jakob: Első betege 50 éves asszony, ki augusztus végén jelentkezett. A jobb felső ajkon a szájszöglethez közel körülbelül féldiónyi, gömbölyded, majdnem pontosan köralakú határral bíró, a bőr felülete fölé 2—3 cm.-rel kiemelkedő, halványvörös, fényes tumor látható, mely nagyjából ép hámmal van borítva, kifelé pedig sarjadás-szerű növedékek fedik. A beteget szülő két hónapig kezelte, mely idő alatt a tumor fokozatosan kisebbedett, ma már a bőr szintjében fekvő vörös folton kívül semmi sem maradt belőle.

Második betege még gyógyítás alatt van. 53 éves férfi, ki július elején került észlelés alá, mikor nyelve egész felülete egyetlenül elszórt vaskos leukoplakiás foltokkal van telestörve. A nyelv szélén több göcsös behúzóadás. A pofák nyákhártyája vékony, kékes, fényes, kissé fehéres finom heggel vonódott be. A nyelv hátán jobboldalt körülbelül középpüti körömmnyi, laposan előemelkedő, közepén arrodált, vékony fehéres bevonattal ellátott hosszúkas tumor. A beteg a glossitis sphyilitica ellen 20 két cgm.-os sublimát-injectiót kapott, mire a nyelv széli behúzóadásai jóval laposabbak lettek, a nyelv puhább, de a jobboldalt ülő tumor nem változott, sőt még jobban kiemelkedett. *Diagnosis arrodált epithelioma linguae.* Nyolczszori radiumalkalmazásra a tumor lelapult, az erosio csekélyebb. A beteget újból be fogja mutatni.

A harmadik beteg 56 éves ügynök, ki márczius elején jelentkezett. A nyelv hátán a középső har madban a középvonaltól balra kis diónyi, karfiolszerű, lebenyzett, apró fehér pontokkal tarkított tumor. A nyelv felületén több fehér heg látható. A tumor előtti részlet vaskos, fehér, leukoplakiás, kissé bemélyedt, lepedéktől takart. Hét hónapos radiumos kezelésre

a tumor körülbelül ötödrésznnyire csökkent. A beteget újra be fogja mutatni.

A történelmi igazság a Czermák-Türk-féle gégetükrharczban.

Györy Tibor: Előadó legelőször is a hazánkban elterjedt helytelen traditiókat rectifikálja. Czermák nem nálunk, hanem előbb Bécsben tette közé első laryngoskopikus közleményeit s hét hónappal előbb mutatta be a gégetükröt a bécsi orvostársulatnak, mint a budapesti orvosegyesületnek. Az eredeti kútfők alapján Györy kimutatja, hogy valamely egységes „prioritásról“ tulajdonképen nem is lehet szó az egész dologban.

Czermák írásbeli nyilatkozata, melyben Türknek elsőségét elismeri, támasztotta a nagy zavart a kérdésben és állotta útját a kérdés végleges tisztázásának. Györy azonban reámutat a nyilatkozat kiadásának időpontjára, a mikor az elsőbbség fogalma még nem vonatkozhatott a csak ezután létrehozott eredményekre, a melyekre azonban Türk szintén ki akarta terjeszteni Czermák nyilatkozatát.

Előadó végül felállította conclusioit.

1. Türk korábban használta a gégetükröt mint Czermák, de vele semmi újat fel nem derített.
2. A gégetükr teljes jelentőségét Czermák előbb ismerte és fogta fel, mint Türk.
3. Az első közlemények és a gégetükr nyilvános bemutatása, az első impulsusok megadása tehát Czermáknak köszönhető.
4. Czermák Európában személyesen is ismertette a gégetükröt.
5. Türköt a gégetükr használatában igen sokan (1807-től fogva egész sora az orvosoknak), az első tudományos közlésekben pedig Czermák megelőzték.

A Türk által megindított prioritási harcz személyes féltékenységi harczozás zsugorodik össze.

Az előadást lapunk egyik legközelebbi számában egész terjedelmében közöljük.

Királyi magyar természettudományi társulat élet-tani szakosztálya.

(123. ülés 1905. október 3.-án.)

Schaffer Károly: „Az idegsejtek ú. n. fibrillumos szerkezetéről ép és kóros viszonyok közt“ ezimén tart előadást.

Előadó Bielschowsky módszerével dolgozva, kimutatja, hogy az idegsejtek testének szerkezete nem fibrillumos, a mint azt *Bethe* állítja, hanem *Donaggio* vizsgálati eredményeivel megegyezően, *reczés*. Ez az *endocellulás recze* a mag körül typosos módon sűrűbbé válik és a sejttest felszínén fekvő ú. n. *pericellulás recze*vel függ össze anyagilag; utóbbi reczét előadó a Golgi-reczével tartja azonosnak. E pericellulás recze azonban nincsen minden pontján egyformán megalkotva; helyenként sokszegletes recze ugyan, de helyenként egymással egyközűen futó fibrillumokból alakul, melyek azonban ferdén futó finom fonalak útján egymással összefüggve, dülényalakú, megnyúlt közű reczét képeznek. Az, a mit a szerzők az *emberi idegsejt neurofibrillumainak* írnak le, tulajdonképen a felszínes reczének *pseudofibrillumai*. A pericellulás reczébe olvadnak be idegen fibrillumok, mint azt *Bethe* is állítja; ezek a Golgi-recze felszínéhez ferdén vagy merőlegesen tartó finom fonalak, melyek mindig egy reczecsomóvá önének össze.

Emé *neuroreticulum* kóros elváltozásait előadó a *Sachs-féle* családi vakságos elbutulás és a *dementia paralytica* több esetében tanulmányozta főképen. A *Sachs-féle* betegségben az idegsejtek és dendritjeik vagy egészben vagy részlegesen felpuffadnak, olyannyira, hogy a nyújtvány egyes pontjain hólyagszerűen felfúvódik (cystás elfajulás). Ily helyeken kitünően látni, hogy ez az elváltozás az interfibrillumos, szerkezetnélküli alapállománynak megszorodásán alapul. Tekintve, hogy a *Sachs-féle* betegség mint heredo-degenerációs betegség az elsődleges parenchymás idegbajok typusa, és tekintve, hogy e bántalom kórszövet-tani lényege az interfibrillumos állomány elváltozása: az interfibrillumos állománynak functionális fontossága szombeszűk. A *dementia paralytica* ellenkező sejtelváltozásokat mutat; itt maga a fibrillumos anyag, a *neuroreticulum* az, a mely elsődlegesen szenved, a mennyiben fragmentálódik és így széthull szemecskékre.

Hozzászólott *Lenhossék Mihály*.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1905. szeptember 27.-én.)

Elnök: *Hochhalt Károly*. Jegyző: *Feldmann Ignác*.

(Vége.)

Duodenális fekély átfűródása a szabad hasúrbe. Laparotomia, gyógyulás.

Milko Vilmos: Bemutató ismerteti a duodenális perforatiók diagnosztikájának és terapiájának fontosabb elveit. *Differential-diagnostikus* szempontból fontos, hogy a duodenum-perforatiók könnyen össze-téveszthetők *appendicitissel*. Hazánkban az eddig egyetlen, sikerrel operált esetet *Herczel* mutatta be 1895-ben. Bemutató esete a második.

A bemutatott esetben a műtét egy és fél órával a megtörtént perforatio után történt. A beteg 1905. június 11.-én étkezés után hirtelen rosszul lett, nagy hasfájdalmat kapott. Felvételkor hőmérsék 36. Pulsus 116, kicsiny. Beteg kissé collabált, végtagjai hűvösek, nyelv száraz. Légzés szapora, costális. Has teknőszerűleg behúzódt, deszkakemény, mindenütt igen érzékeny.

Felvétel óta kétszer hányt ételmaradékot. Bemutató a diagnosztis gyomorperforatióra állítva, azonnal laparotomiát végzett Herczel tanár megbízásából. A lencsényi perforatiót a duodenum felső horizontális ágának mellső falán találta meg, környezetében a bélfal ötkoronasnyi terjedelemben kórosan elváltozott, törékeny. A perforatiót az ép serosának Lambert-varrattal való összehúzása által két étage-ban zárta. Miután passagerevartól lehetett tartani a fekélyes rész nagy kiterjedése miatt, mindjárt utána gastro-enterostomia arcolica anteriori is végzett. A hasúrt gondosan kitörölte és drainezte, miután a betegnek kezdődő peritonitise volt. A lefolyást az első napokban peritoneális tünetek zavarták; a per os való táplálást negyedik napon kezdte meg és ekkor circulus vitiosus lépett fel, mely miatt utólagosan laparotomiát és Braun-féle entero-enteroanastomosist kellett végezni. A circulus vitiosus oka az odavart bélkaesban fellépett és a circumscripct peritonitis által okozott atonia volt. A további lefolyás teljesen zavartalan volt, s a beteg most három és fél hónappal a műtét után teljesen egészséges; semmi gyomor- vagy bélpanasza nincs. Miután az ily betegnél hyperaciditás van jelen, fontos az, hogy mily hosszú ideig tartson ulcus diaetát.

Bemutató előadását a korai műtét fontosságának hangsúlyozásával végzi.

Pyosalpinxrepedés, genykiömléssel a szabad hasúrbe. Laparotomia, gyógyulás.

Milko Vilmos: A bemutatott eset 35 éves nőt illet, kinek azelőtt sem menstruationális, sem genitális zavarai nem voltak. 1905. július 13.-án nehéz munka közben hirtelen rosszul lesz és nagy hasgöresöket kap. Hány. A fájdalmak nem szűnven, öt óra múlva kórházba szállítatik a következő statussal. Igen elesett anaenikus nőbeteg, hőmérséklete 36.2. Pulsus 90, könnyen elnyomható. Nagy nyugtalanság, piros nyelv. Epigastrium behúzódt, a hypogastrium előredomborodó, feszes, érzékeny. Jobb ileocecalis tájon kétfényrnyi tompulat. Hátsó hüvelyboltozaton keresztül homályos resistencia.

Diagnosis: appendicitis perforativa vagy valami genitális eredetű perforatio. Bemutató főnöke, Herczel tanár megbízásából azonnal laparotomiát végzett.

A hasúrben, főleg a kis medenczében sok bűzös, sárga geny. A genyedés forrása a megpukkadt jobboldali tuba, mely gyermekkar vastag zsákká alakult át, ampullaris részén krajezárnyi perforatioval. Miután a baloldali tuba és a beteg kétoldali adnex kiirtása elvégeztetett, a baloldali ovarium visszahagyásával, a kis medenczébe Mikulicz tampon helyezett, melyet a symphysis felett vezetett ki. A lefolyás ideális, teljesen zavartalan, peritoneális tünet nélküli. A beteg a negyedik héten gyógyultan távozott.

A bemutatott eset érdekes azért, mert az ilyen spontan tubarepedések a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. A kedvező lefolyást az is magyarázza, hogy itt valószínűleg gonococcusfertőzés volt jelen, melylyel szemben a peritoneum nagyon resistens.

Herczel Manó: Azon szép és fényes eredmény, melyet bemutató demonstrál, mindenekelőtt annak tudható be, hogy az esetet idejében operálhatta. Egy másik eset, mely három órával a perforatio után operáltatott meg a Rókus-kórházi osztályán, szintén meggyógyult.

Egy 9 év előtt operált esetem 24 órával a perforatio után került műtetre és hogy meggyógyult, az a nagy ritkaságok közé tartozik. Tudniillik 24—36—48 órával a perforatio után diffus peritonitis esetén a betegek már oly decrepidek, hogy az operatio alig vezet sikerhez. Nehány hét előtt volt egy 48 óras esetünk, melyet nem operáltunk, mert már eredménnyel nem kecsegtetett. Azért, ha a perforatio tünetei, hirtelen fellépő fájdalom, puffadás, hányás és a májtompulat hirtelen eltűnése áll be, a gyors beavatkozás válik szükségesse. A most lefolyt brisseli sebészcongressuson is azt hangoztatták, hogy az első 12 órában végzett beavatkozás vezet csak sikerre.

A circulus vitiosus illetőleg bemutató elülső gastroenterostomiát végzett, kivételesen helyesen, mert a perforált ulcus miatt a retrocolica posteriori nem lett volna célszerű végezni. Különböző gastroenterostomia retrocolica posteriori végzünk rendszeren, mert ez adja a legjobb eredményeket, 151 esetünk közül csak ebben és a 49.-ben volt circulus. Ebben t. i. a gyomor nagyon petyhüdt volt, motoros insufficiencia volt jelen, a mesenterium kivongált volt, és a 32 éves férfin harmadik éjjel relaparotomiát és entero-enterostomiát végeztem Murphy-gombbal. Az illető ma is él.

Harmadik fontos pont a gyakorlat szempontjából, melyre a figyelmet felhívni bátorodom, hogy az ulcus pepticumból megoperált és kigyógyult beteg tovább kezelendő, mert hyperaciditásban szenved, különben ismét ulcus pepticumot kap a vékonybélben és ez perforálódhatik. 1895-ben operáltam egy budapesti gyakorló orvost, gyomorstenosis miatt gastroenterostomia retrocolica posteriori végeztem nála. Hat évvel az első operatio után rosszul érezte magát, bőfűgés, émelygés, hányásinger jelentkezett, továbbá bűzös szagú hányadék, melyben bélsár volt. Relaparotomiát végeztem nála és enteroanastomosis alatt egy vékonybélkaes elülső és a colon transversum hátsó része között összenövés és perforatio volt. Lefejtettem a colont, a vékonybelet, a

gyomrot és a beteg teljesen meggyógyult. Czerny két év előtt hasonló esetet közölt.

Más ulcus pepticum ventriculi esetben is csináltam gastroenterostomiát. Riedel három évvel ezelőtt 19 esetet gyűjtött össze és közölte, hol a gastroenteroanastomosis után a vékonybélben lépett fel ulceratio. *Medvei Béla* azt hiszi, hogy a Herczel tanár által észlelt riasztó tünetek csak akkor lépnek fel, ha az áttörés a szabad hasúrbe történik. Ilyenkor természetesen mielőbbi sebészi beavatkozás szükséges. Olyan esetekben azonban, hol egy megelőző hashártyalob következtében a fekély egy circumscripct tokba tör be, ilyen alarmozó tünetek nem fejlődnek, de ez esetben is kívánatos lehet a műtét beavatkozás, jóllehet spontan gyógyulások is előfordulnak.

Egyáltalában sokkal gyakoribbnak tartja a duodenális fekélyt, mint a hogy hiszik, mert a peptikus fekélyek egy része gondos vizsgálat mellett duodenálisnak bizonyul. Ezért fontosnak tartja a széketétel véres voltára történt vizsgálódást, mert ha ez jelen van és a hányadékban vér nincs, nagy valószínűséggel felvehető, hogy a megállapított peptikus fekély a duodenumban székel. Oka legnagyobb valószínűséggel ugyanaz, mint a gyomor fekélye, a hyperaciditás.

Gyakorlatából három esetet említ fel, a hol a fekély áttörése circumscripct peritonitis által létesített zsákba történt. Az első eset egy 18 éves leányra vonatkozik, kinél 12 év előtt nagyfokú égési sebés után duodenális fekély támadt. Nyolcz hét múlva rosszullet mellett egy ökönyi fluctuáló tumor volt a jobb hypochondr.-ban konstatalható. Megfelelő kezelés után fél év múlva a hideg tályog megnyitott és a genyes tartalommal egy kukoriczaszem is ürült. A második esetben a poliklinikán egy 54 éves nőn végzett műtét igazolta be, hogy a peptikus fekély ily zsákba tört át; az eset letálasan végződött. A harmadik esetben 26 éves nő már két éve laborál ilyen bajával, de sebészeti beavatkozásról hallani sem akar. Felszólaló jelezni akarja, hogy sokkal több a duodenális fekély, mint általában felveszik és azt hiszi, hogy az abscessusokat képező áttörés eseteiben is a sebészi beavatkozásról való lemondás műhiba.

Minich Károly: A hyperaciditásból származó fekélyek perforatiójánál csakugyan azok a tünetek vannak, melyeket az előző és Herczel tanár felsoroltak. Más perforatiók eseteiben nem így mutatkoznak a tünetek. Közel multban történt, hogy egy kovácsműhelyben egy kovácslegény derékszőgben meghajlított vasat tüzesített meg fehérizzásig, azután hirtelen megfordult és egy ott álló 16 éves inasgyereknek véletlenül az oldalába bökte. A fiú nem esett össze, saját lábán ment el a klinikára. A klinika orvosai mást nem találtak, mint pneumothoraxot és nehézlégzést; a seb öt milliméternyi, négyszögletes égetett nyílás volt a VI. borda táján. Ebből áthatoló mellkasi sérülésre utaló tünetek és ezért expectative jártak el. 26 óráig bélsérülésre utaló tünet nem mutatkozott. Ekkor esuklani kezdett, hasa fesesebb lett. Még azon éjjel megoperálták és akkor kiderült, hogy mellkasbebe folytatódik a bélkaeson át; megnyitotta a hasüreget és a gyomron is hasonló négyszögletű seb volt. Atól tartottak, hogy ezen megsütött lágyrészek nem tartanak, ezért extirpálták, utána egyesítették a sebet és a beteg másnap általános peritonitis tünetei között meghalt. Ebből azt következtetem, hogy az ilyen perforationál nem minden esetben észlelhetők olyan jelenségek, mint a hyperaciditás folytán bekövetkezett perforationál.

Herczel Manó: Onnan magyarázza a peritonitis későbbi fellépését Minich esetében, hogy tán egyelőre pürk zárta el a gyomorfallal égetett sebet, mely később levált, a mint a gyomortartalom izgatta. A mit *Medvei* mondott, hogy a peptikus fekély átfúródása sokkal gyakoribb, mint a hogy diagnosztizáljuk, igaz, mert laparotomiáknál gyakran találunk circumscripct peritonitissal körülvett perforatiókat.

Minich Károly szerint a tüzes vas perforálta mindjárt a gyomrot is, mert abban anyaghiány volt. Gyomorsértéseknél kevesebb bakterium jut a hasüregebe, mint a vékony- és vastagbelek séitéseinél, azért amott ritkább a peritonitis mint emitt.

Milko Vilmos. Hogy az ulcus perforatiójának pillanatában milyen tüneteket okoz, attól függ, mennyi és milyen a bakteriumtartalma, milyen a gyomor teltsége, mekkora a peritoneális nyílás. Fontos, hogy megvizsgáljuk a széketételt is, mert a véres széket a diagnózisra nézve döntő lehet. Gyomorfekélynél a fájdalom az étkezés után következik be mindjárt, míg a duodenális fekélynél 6—7 óra múlva az étkezés után.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

II. ülés augusztus 28.-án d. u.

Elnök: *Breuer Ármin*; jegyző: *Gerő Vilmos*, utóbb *Zápoly Nándor*.

1. *Breuer Ármin:* Az egészségügyi közigazgatás államosítása. A nemzet és király között felmerült ellentét körül kiváló fontosságú szerep jutván a törvényhatóságok autonóm jogkörének, a közigazgatás általános államosításának kérdése hazánkban már most alig fog oly keretben és semmi esetre a legközelebbi jövőben megoldatni, a mint azt a közigazgatás államosításának hívei általában remélték. Előterbe nyomul tehát annak a szüksége, hogy a közegészségügyi államosítása önállóan és az általános közigazgatástól függetlenül keresztülvitessék.

A közegészségügyi közigazgatásnak, mint állami feladatnak elismerését indokolják azon megszívlelendő példák, a melyeket Europa művelt nyugoti államai elég nyomtatékosan nyujtanak és a melyekben statisztikailag beigazolvva találjuk, hogy az orvosi tudomány vívmányai az emberiség érdekében legeredményesebben a hygienia elveit követő

és az államhatalom védszárnyai alá helyezett közegészségügyi közigazgatás terén érvényesülnek.

Legfényesebb példáját látjuk ennek Angolországban, a hol a mintaszerű közegészségügyi intézmények gyümölcse a lakosság életerejének biztosításában és ennek révén gazdagságában nyilvánul.

És habár az angol egészségügyi törvények pontos végrehajtásának egyik főfeltételét az angol nép általános műveltsége képezi, mindamelllett azt látjuk, hogy a legszabadabb autonómiával bíró s e mellett önerőből működésre szokott nép sem volt képes az egészségügy terén említésre méltót alkotni mindaddig, míg az államhatalom a parlament törvényeivel közbe nem lépett.

Ha még az angoloknál is szükséges és jogosult volt a közegészségi érdekek megóvására az államhatalom beavatkozása, mennyivel szükségesebb és jogosultabb ez nálunk, a hol az ősidőkből eredő babonákkal még ma is lépten-nyomon találkozunk.

Egészségügyi közigazgatásunk leglényegesebb hibái, hogy a legfontosabb közegészségügyi intézkedések megállapítása és végrehajtása a községek és törvényhatóságok autonóm jogkörébe tartozván, az egyéni belátástól és érdekeltségtől függenek. Továbbá nincsenek határozottan megállapítva azon köteleességek, melyek az egyes polgárokat és melyek a községeket terhelik, a minék következménye, hogy az egyéni szabadságot esetleg korlátozni látszó vagy anyagi áldozatot igénylő, de közvetlenül nem észlelhető eredményül járó követelmények megállapítását kijátszani törekcsenek.

És minthogy a közegészségügyi általános követelmények kielégítését célzó rendelkezések a tudomány haladásával időközönként, esetleg gyakrabban módosulhatnak és egy általános, a közegészségügy összes ágazatait felölelő törvény gyakori revisioja nehézségekbe ütközik, a közegészségügy egyes alapkövetelményei külön törvényekbe volnának foglalandók, a melyeknek revisioja az időközönként beálló szükséghez képest könnyebben volna keresztülvihető. Ezen különálló törvények általános keveleibe esettel, fel nem vehető részletes szabványok megállapítása pedig ne az érdekelt községek és törvényhatóságok, hanem a központi kormányzat által történjék.

A községi és kórorvos legyen kizárólag a betegek orvosa, mert jelenlegi függő viszonya a községi jegyzővel, bíróval stb. és existenciális érdeke a közegészségügyi követelmények kielégítésének elnézését tanácsolja neki. Az egyes polgárokat és a községeket, mint erkölcsi testületeket kötelező feladatok részletes körülírása mellett, határozottan megjelölendők azon községek, a kik a végrehajtás körül eljárni kötelesek.

A végrehajtással és az ellenőrzéssel felhatalmazott hatóságok szakközvegek véleménye alapján járjanak el és a szakközvegek, kiknek az ügyek elintézésére mérvadó befolyás biztosították, a hivatalból való felelősség jogával látandók el.

Az elsőfokú hatóságok mellett tehát a járási orvosi intézmény feltétlenül fentartandó, de a tapasztalt szervezési hiányok pótlásával és a mérvadó befolyás biztosításával; szintén ilyen legyen a korrekktivum az elsőfokú hatóság mellett működő főorvos működési köre megállapításánál.

A központi egészségügyi osztálynak eljárásában tekintettel kellene lenni arra, hogy a rendelkezések a gyakorlatban végrehajthatók legyenek és azért a központban a közegészségügyi közigazgatást a gyakorlatból ismerő erőket is kellene alkalmazni.

2. Kovács Ödön: A tüdővészelleni küzdelem szervezése hazánkban. Az ember saját enjével való küzdelemből fejlődött ki a XIX. század legnagyobb küzdelme: a tüdővész elleni küzdelem. Sehol a világon nincs akkora indolentia az emberiség e fojtó ellenével szemben, mint hazánkban, hol a törvény a legnagyobb szigorral gondoskodik a különböző fertőző bántalmak izolálásáról, de semmit sem törődik azzal, hogy a tuberculosus munkás beviszi a halált ártatlan családjá, ember- és munkástársai közé.

A tüdővészellenes küzdelemnek szociális és prophylaktikus alapon kell kifejlődnie. Előadó legalkalmasabbnak találja:

- tuberc. ambulatoriumok,
- közkórházi spec. osztályok
- és c) erdei üdülőhelyek felállítását.

A délvidek metropolisa, Temesvár, lesz az első, mely a küzdelem ily szervezésére a kezdő lépést megteendő. Az ambulatoriumok a közkórházakban csaknem anyagi áldozatok nélkül létesíthetők, fenntartási költségük alig kerül évi 3-4000 koronába. Ezek nevelő telepei lesznek a tüdővészesekeknek, miután a beteg munkás itt nemcsak ingyen orvosságot, de mi a fő, oly tanítást kap, hogy életét úgy irányíthatja, hogy a fertőzés továbbteléne gátat vehet. Alig néhány hét múlva megnyílik a temesvári ambulatorium, mit a kórházi tüdőbeteg-osztály, rendes plain air-kezelésével követ, a munkát pedig a közeli erdőben létesítendő erdei üdülőhely fogja kiegészíteni. Ha a küzdelem ez irányban megindul és kifejlődik, úgy el fogjuk érni, hogy bebizonnyítottuk, hogy kis eszközökkel is lehet maradandót, nagyot alkotni.

3. Kerekes Pál: Mit esznek nálunk kenyér képeben? Néhai Farkas Jenő érdemes munkálkodásának méltatása után s kiemelve a kolozsvári vándorgyűlés azon nemes elhatározását, hogy Farkas Jenő eszméjét megvalósítandó, a néptáplálkozás tanulmányozására pályadíjat tűzött ki, előadja azon indokokat, melyek miatt az egész táplálkozás tanulmányozására helyett csak a táplálkozás egy részének, a kenyérnek tanulmányozására és ismertetésére vállalkozott. Ismertette az ország egyes vidékein talált silány minőségű kenyerek készítmódját, 42 drb különböző (buza, rozs, árpa, kukoricza, zab, vadtatárka) kenyeret mutat be. A bemutatott kenyerek rossz minőségének okát abban keresi, hogy egyrészt a lakosság a saját termésén kívül mást kenyérsütésre használni nem szeret; másrészt és főképen azonban abban, hogy kenyeret sütni nem tudnak és

sem a saját termésük lisztjéből és még kevésbé a boltból vásárolt lisztből nem tudnak olyan kenyeret sütni, a minőt helyes és gondos eljárás mellett lehetne.

Végül felkéri a hallgatóságot és kártársakat, hogy vele a kenyérről vonatkozó adatokat, esetleg kenyérminták beküldésével közöljék s ez által munkájában segítségére legyenek

Hozzászólott Ferenczi Sándor és Hecht Adolf.

4. Deutsch Ernő: Gyermekhalandóság és ingyentej. 1. A gyermekhalandóság a kultúra fokával és az anyagi jóléttel fordított arányban van. (Példa: Svédhon csekély halandósága. Uralkodó családok gyermekeinek minimális mortalitása.)

2. A gyermekhalandóság elleni küzdelemben tehát fel kell vennünk a harcot a tudatlanság, babona és pauperismus ellen.

3. Ezen cél elérésére szóval és írásban terjeszszük a gyermekhygiene alaptörvényeit (a budapesti intézet nepszerű tanácsadót osztogat a jelentkező anyáknak), támogassuk a szoptató nőt (anyának nyújtott táp- és erősítőszeret), természetes táplálék híján kellő minőségű menyiségű tehéntejjel lássuk el a kisdedet. De mindenek előtt az anyatejjel való táplálás elvét írjuk zászlónkra.

4. A feltüntetett alapon álló orvosi rendelő intézettel egybekötött tejkiosztó a csecsemőkön kívül foglalkozik gümő-, görvény- és angolkóros gyermekek rendszeres kezelésével, mely úton haladva az intézmény egyesíteni fogja a „goutte de lait“, „consultation des nourrissons“, „dispensaire des tuberculeux“, „pii istituti dei rachitici“ alkotásokat. A budapesti intézmény a jelenleg létezők közül az egyetlen, a mely a jelzett összes czélokra elegendő te z; a mondottakon kívül éhez és lábadozó gyermekeket is ellát tejjel.

5. A kiosztásra kerülő tejen kívül a gyermek egészségi állapotának megfelelően szongitokkal, gyógyszerekkel és ásványvizekkel lesz a budapesti intézetben ellátva.

6. A budapesti intézet, mely 1901. november 15-e óta működik Haar Ignác elnök administratív és Deutsch Ernő orvosi vezetés alatt, 1905. június 1-ig 2.199.577 adag (a 0.2 liter) tejet és 761.364 zsemlyét osztott ki. Az orvosi rendelkezés (mely 1902. június 1-én nyílt meg) 4545 beteg gyermek jelentkezett, halálozási százalékuk 3.66.

Hozzászólott Kovács Ödön és Turcsányi Imre. Utóbbi szerint a belügyministerhez felterjesztés intézendő a steril tejnek a gyógyszerek közé sorolása tárgyában.

III. ülés augusztus 29.-én.

Elnök: Magyarovics Mladen; jegyző: Schreiber Fülöp.

1. Zöldy János: Békés vármegye közegészségügye.

Hozzászólottak: Raisz Gedeon, Breuer Armin és László Vilmos.

2. Hecht Adolf: A városi házi szemét eltakarítása. Kritika tárgyává teszi a szokásos eltakarítási módot. Aggályosnak, sőt károsnak tartja a szemét felhasználását feltöltési czélokra, a mennyiben ezáltal a légkör, a talaj, talajlég s talajvíz e helyeken sok éven át fertőzött lesz. Városokban rendszerint nem ismerik a talajvíz áramlási irányát s így nem zárható ki, hogy a kutak nagy része nem lesz-e a lerakódó helyről beszivárgott organikus anyagok által állandóan fertőzve.

Az eltakarításnak két modern módja van: 1. az értékesítés selejtezés útján, 2. az elégetés.

A selejtezés csak nagy városokban vihető keresztül, a hol fertőtlenítő gépek felállítására kifizeti magát, hogy a kiselejtezett tárgyakhoz tapadt fertőző anyagok ártalmatlanokká tétessenek. A Budapesten divó eljárás, hol fertőtlenítés nem alkalmaztatik, nem felel meg a hygiéna szigorú követelményeinek, míg a müncheni eljárás kielégítő. A második mód, az elégetés, különösen Amerikában, Angliában (évente 900.000 tonnát égetnek el), újabban Svájcban s Németországban terjedt el különösen a Horsfall Co. kályhái révén, melyek oly tökéletesen égetnek, hogy semmi szag sem keletkezik s ezért a városok leglakottabb helyein is felállíthatók (Leicester, London, Hamburg, Zürich stb.). Ha a város maga végzi a fuvarozást s értékesíti az égés melléktermékeit, úgy a költségek teljesen megtérülnek. Ily kályhák egy 60.000 lakosságú város részére évi 10-12.000 tonna égetési kapacitással 100.000 frtért állíthatók fel. A produkált hőt felhasználhatja a város utcavilágításra, utcaöntözéshez szükséges víz szivattyúzására, gőzfertőtlenítésre, a csatornák kiürítéséhez szükséges komprimált levegő produkálására, közbághidak productumainak mesterséges trágyává való feldolgozására. Kályhákban állatok hullái elégethetők s így feleslegesek a dögterek. A salak összetörve kitűnően köti a cementet s így betonnak útalapul, mesterséges kögyártásra s különösen vakolat készítésére használtatik fel külföldön, miáltal a költségek redukálódnak.

Előadó nézete szerint ezen eljárás gazdaságos, mert a városok háztartását nem terheli meg s közegészségi szempontból minden kívánalomnak megfelel, mert a szemétben foglalt rothadó szerves anyagokat és mikrobaikat teljesen megsemmisíti s ezért ajánlja, hogy a városok hatóságainak figyelme rátereltesse ezen kérdésre is, mely Magyarországon eddig teljesen el volt hanyagolva.

3. Medgyesi Béla: Hogyan vegyünk lélegzetet.

4. Benedek János: A mesterséges tápszerekről. A betegeknek és lábadozóknak ellentálló képességüket fokozó erőkszerlethez közönséges házi étkezésünk elégtelen, ennél fogva — úgy mond előadó — arról kell gondoskodnunk, hogy a test mintegy töményített tápszereollátással lehetőleg támogattassék. Ebből következteti előadó a töményített, diatetikus tápszerek jogosultságát. Kifejti, mik a követelmények e szerekek szemben: 1. Hogy fehérjét, szénhidratokat, zsirokat, tápsókat és megfelelő mennyiségben foszfatokat tartalmazzanak; 2. hogy ezen

anyagokat oly alakban tartalmazzák, hogy még a legérzékenyebb és leggyengébb emésztő szervezet is könnyen feldolgozhatja; 3. hogy a betegek részére ízletes és készíthető legyenek; 4. hogy felesleges anyagoktól, ártalmas és izgató szerektől mentesek legyenek és végül 5. hogy olcsók és szegényebb sorsúak által is könnyen beszerezhető legyenek.

A legtöbb tápszer csak részben vagy épenséggel nem válik hasznára a szervezetnek s emésztetlenül hagyja azt el.

A meglevő számos töményített tápszerkészítmény között a Theinhardt-féle hygiámát ismeri előadó ideálisnak, a mely a szoptatásra s tápszerre egyaránt kiválóan alkalmas.

Foglalkozik ezután előadó a csecsemők mesterséges táplálásával, szól az anyatej pótló szerekről s bemutatja a Theinhardt-féle oldható gyermek-tápszer, a mely a csecsemőknek már első hónapos korában is nyújtható.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pellagráról. A német természettudósok és orvosok 77. vándor-gyűlésén, melyet nemrég tartottak Meranban, élénk eszmecsere tárgya volt a pellagra, Neusser tanár (Bécs) referatuma kapcsán. E referatumból merítjük a következő adatokat. A pellagra tulajdonképeni okát még nem tudjuk; annyi bizonyos, hogy nem fertőző betegség; egyik ember-ről a másikra nem ragad át s nem is öröklékeny, mert pellagrások utódain észlelhetni ugyan elfajulási jeleket és gátolt fejlődést, de pellagrát magát soha. A romlott kukoriczával való összefüggés kétséges. Igaz ugyan, hogy a betegek zömét Tirol olasz része szolgáltatja, melynek földhöz ragadt szegény lakossága jóformán csak kukoricza-polentával él, de előfordul a pellagra mint járványos betegség Spanyolország olyan vidékein is, a hol nem is ismerik a kukoriczát s Tirolban is észlelték olyan egyéneken, a kik sohasem ettek kukoriczát vagy polentát. Fel-tűnő, hogy e betegség tavasszal és ősszel nagyobb mértéket ölt. A hiányos táplálkozás sem lehet a betegség egyedüli oka, mert előfordul néha-néha jól táplált, kedvező anyagi viszonyok között élő emberekben is. A betegség kórképe a bél, a bőr s az idegrendszer különböző kóros tüneteitől tevődik egybe. Kezddik rosszullettel, elernyedtséggel, fejfájással, szédüléssel, hátfájdalmakkal; utána, leginkább tavasz idején, erythemák jelentkeznek, főképp a fedetlen testrészekben, így az arcon, a kéz és láb hátán. Ezután egy időre látszólagos javulás áll be, de a következő tavaszszal újra beköszöntenek az összes tünetek, rendszeren még fokozódva. A beteg nagy gyengeségről panaszkodik, bőre ki-pirosodott, szájában sós ízt érez, gyomorfájása és hasmenése van stb. Nemsokára súlyos agytünetek, göresök, ezikázó végtagfájdalmak tetőzik a kórképet. Sok beteg már e stádiumban áldozatává lesz a betegségnek typhusszerű vagy más tünetek közt vagy pedig maga vet véget szenvedéseinek. A kik e stádiumot túlélik, végül nyomorúságosan pusztulnak el: a marasmus fokozódik, a végtagok s a hólyag teljesen bennulnak, az egyén teljes hülyeségbe esik s így hal el. Idült esetek tízenöt évig is elhúzódhatnak. Gyógyulás csak az első időben lehetséges. Az említett tüneteken kívül jellemző még sajátságos türethetlen viselkedés a tenyérén s a talpon. A szellemi élet terén gyakran már eleitől fogva bizonyos eltéréseket észlelünk, így gyenge melancholia tüneteit s hiányokat az itélőképességben. A vérelet igen változó s nem jellegzetes. A pellagra diagnózis a legnehezebb feladatok közé tartozik, mivel a tünetek rendkívül változatosak; különösen nehéz a baj felismerése, ha alkoholizmussal, luessel vagy váltólázal van szövődve. A pellagra a paralysis progressiva, a tetania, az agyhártyagyulladás, a typhus, a vérhas stb. tünetei közt jelenhetik meg. A betegségnek nem egységes a klinikai lefolyása s nem egységes a kórbonczani képe sem: a belső szerveken (szív, máj, vesék, bél) leginkább a senilis elfajulásokra emlékeztető elváltozásokat találunk. A pellagra terápiájában még nem jutottunk messzire. Az eddig kipróbált gyógyszerek közül leginkább még az arsenicum vált be; a pellagra serumterápiája még a kísérletezés stádiumában van. Hogy mi tulajdonképen ez a betegség, annak a kérdésnek a megoldása nemcsak a tudomány szempontjából volna érdekes, hanem fontos, nagyjelentőségű volna közgazdasági szempontból is. Számtalan javakorabeli férfi és nő lesz a betegség folytán munkaképtelenné, elmebeteggé, sinylődő nyomorékká, gonosztevővé és öngyilkossá; a pellagrások gyermekei csenevésznek, korán árvaságra jutnak s végül maguk is pellagrások lesznek. A kórházakban, elmeegógyintézetekben, árvaházakban, sőt a börtönökben is sok ezer pellagrás sinylődik. A betegség elleni küzdelem mindaddig meddő fog maradni, a míg nem sikerül a baj aetiologiáját felderíteni. Nagyon üdvös volna, ha pellagrás vidéken nemzetközi intézetet szerveznének e gyilkos kórság tanulmányozására. Ez a cél lebegett már József császár, a nagy emberbarát szeméi előtt, midőn 120 évvel azelőtt pellagra-állomást alapított Lagnagóban s vezetésével a pellagrakutatás apját, Strambiót bízta meg.

A fűző ellen tartott filippikát Lange a müncheni orvosegylet f. é. április 12-diki ülésén, különösen az iskolásleányok fűzőviselete ellen. Nemcsak az erősen összeszorított fűző, hanem még a lazán fekvő is káros hatású, mert megakadályozza az alsó bordák légzési mozgásait. A nők „bordalégzése” nem nemi különbség, hanem a fűzőviselet mesterséges következménye. Kis fiúk és leányok légzési típusában nincs eltérés s hasonlóképen a férféhoz hasonlóvá lesz a nők lélegzése akkor is, ha hosszabb időre félreteszik a fűzőt. A korán alkalmazott fűzőnek az a hatása van, hogy a mellkas alsó része a 12—15. éven túl nem vesz részt a test általános növekedésében, keskeny és fejletlen marad; így keletkezik a „modern taille”. A mellkas alsó felének össze-

nyomása és fejletlensége számos baj kútforrása; következményei: zavarok a vérképzésben, chlorosis (melyet Neustätter szerint nem ismernek a fűzőt nem hordó népek), gyomor- és bélbajok, epekövek, a hasi zsigereknek, különösen a vesének helyzetváltozásai stb. A háztornász a fűző nyomása miatt satnya marad; a polgári iskolák leány növendékei közül legalább 50%-nak van rossz tartása s 25%-nak határozott scoliosis; ez utóbbi négyszer olyan gyakori nőknél, mint férfiakon. Olyan nőnek, a ki fűzőhöz van szokva, a fűzőt egyszerre félretenni a háztornász gyöngegsége miatt nem szabad; az izomzat megerősítésének, gymnastikának, sok mozgásnak kell ezt megelőznie. Iskolás leányoknál a leszoktatásra legalkalmasabb a nagy szünidő. A nők egész ruházata reformra szorul; súlyát el kell osztani a testre, hogy így ne csak az alsó törzsfél legyen megterhelve. A mellkas légzőmozgásait a ruha ne akadályozza. Hogy a fűző elleni hadjárat nem reménytelen, azt mutatja Norvégia példája, hol iskolás leányoknak nem szabad fűzőt viselniük.

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló pécsi állami gyermekmenhelynél rendszeresített intézeti másodorvosi állás jelenleg üresedésben lévén, felhívom azon orvosdoktor urakat, a kik ezen 1200 koronányi (100 koronás havi előzetes részletekben fizetendő) évi tiszteletdíjjal, az intézetben lévő tágas butorozott szobából álló lakással, valamint annak fűtésével s világításával és első osztályú étellemezzel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. Belügy-minister úrhoz címzett, 1 koronás bélyeggel ellátott és oklevélüknek valamint esetleges eddigi orvosi működésükről szóló bizonyítványaiknak hitelesített másolataival felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbbben f. év december 4-ig okvetlenül beküldeni sziveskedjenek.

Pécs, 1905. november 4-én.

Gobbi Gyula dr., igazgató-főorvos.

Békés vármegye közpórházának sebészeti osztályán lemondás folytán üresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás 1000 korona készpénzfizetés, 1. oszt. étellemezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispáni hivatalához címezve hozzám 1905. évi november hó 22-ig küldjék be.

Az állás folyó évi december hó 1-én elfoglalandó.

Gyula, 1905. november hó 3-án.

2-1

Békés vármegye közpórházának igazgatója.

A budapesti magy. kir. bányahatóság felügyelete alatt álló tolnavárai bányatársaságnál az orvosi állás megüresedett. Ezen bányarvosi állás javadalmazása évi 2000 korona fix fizetés, 300 korona fuvarátalány, teljesen szabad magánpraxis és természetbeni lakás.

Ajánlatok a Tolnavárai Bányatársaság elnökségéhez küldendők.

Tolna-Váralja, 1905. november hó 2-án.

Délmagyarországi Köszénbánya Részvénytársaság Bányagondnokság Tolna-Váralja.

4-1

Oczvirk.

A mozsói (Somogy.) körorvosi állás f. é. december hó 1-én üresedésbe jöven, ez által az uradalmi orvosi állás is betöltésre kerül, mely állás szabad lakáson kívül következő javadalmazással van egybekötve: 1000 korona évi készpénzfizetés és 12 méter tűzifa. Ezen felül a szomszédos uradalom részéről 400 korona évi készpénzfizetés helyezettik biztos kiltatásba. Számításba jöhetnek még a más, kisebb, szomszédos uradalmak is. — Körorvosi állás és javadalmazása hivatalos uton hirdetve. Helyben gyógyszerár. — Egyéb felvilágosítással szivesen szolgál az uradalom központi hivatala Mozsón.

3-1

Gáts Lajos, gyógyszerész.

5332/1905.

Torontálvármegye antalfalvai járásába kebelezett Csenta községi orvosi állás üresedésben lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-n alapján felszerelt kérvényüket f. évi november 20-ik napjáig nyújtják be.

Az orvos javadalmazása:

1. a) évi fizetés 1600 korona,

b) 40 fillér helyi látogatási díj;

2. a szabályrendeletben megállapított halottkemi és hűszemledij.

Felvilágoztatunk végül pályázók, hogy a megválasztandó orvos a községi s körorvosi nyugdíjintézetbe belépni tartozik.

Antalfalva, 1905. október 24-én.

3-3

Lowieser Imre, főszolgabíró.

4516/1905. sz.

Gömör vármegye tornallyai járásában lemondás folytán megüresedett harkácsi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszerár helyben. A körorvos évi fizetése: 1. Törzsfizetés 1200 korona. 2. Lakbér 200 korona. 3. Utazási általány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer a saját költségén meglátogatni. 4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fill., éjjel 1 kor., a beteg lakásán bármely közegésben nappal 1 kor., éjjel 2 kor.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. november hó 20-án d. u. 5 óráig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községében f. évi november hó 22. napján d. e. 10 órakor fog megejteni.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarozsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Manninger Vilmos: Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.) Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával. 815. lap.

Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására. 818. lap.

Kugel Mór: A vitalis reactio lényege és szerepe a foggyökkezelésben. 820. lap. — r.: A nátha gyógyításáról. 822. lap.

Tarcsa. Lenhossék Mihály: Kölliker Albert. 823. lap. — Küzdelem a venereás betegségek ellen. 824. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Loewenfeld: Über die geistige Arbeitskraft und ihre Hygiene. (Kollarits Jenő.) 825. lap. — **Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Gerhardt:** Az icterus pathogenesise. (Marikovszky.) — **Belgyógyászat. Rosenheim:** Az epeköbántalom kezelése. (Halász Aladár.)

— **Wagner:** A vesesebészet haladása az utolsó évtizedben. (Steiner Pál.) — **Mayo Robson:** Epeút-tüdőfistula gyógyítása. (Pólya.) — **Barling:** A subclaviának egy a carotisra s az innominatára reáterjedő aneurysmája. (Pólya.) — **Turner:** A coecum tuberculosus fekélye tipikus acut appendicitis roham képében. (Pólya.) — **Hügyészervi betegségek. P. Asch:** A hügyészervűkürtetek kezelésének új módja. (Drucker Viktor.) — **L. Kendírdy és V. Burgard:** A stovain, mint érzéstelenítő. (Drucker Viktor.) — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Krogh:** Bornyval. — **Steiner:** „Riedels Kraftnahrung“ — **Magyar orvosi irodalom.** 825-827. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Egyetemi alkalmazások. — Róth-Schulz Vilmos. — Az orvosi tudomány történetéről. — Adakozás 85 éves collega részére. — Elhunyt. — Hygienikus borbélyműhely. — Finsen-émlékmű. — A vizsgák okozta idegességről. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A budapesti egyetemi II. számú női klinika. — A budapesti poliklinika. — Megjelent. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról.
(Igazgató: Ludvik Endre dr.)

Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával.

Irta: *Manninger Vilmos dr.*

A fertőző betegségek kórtana újjászületett. Az első lépést a fogalmak tisztázásához a bakteriologia tette meg. Halomra döntötte a miasmákról, contagiumról és több efféle ismeretlen behatásokról szóló babonákat és helyükbe a fertőző betegségek javarésze számára kézzelfogható alakban kiderítette a valódi okokat.

A második lépésre most készülünk. A fertőzések gyógyítására megindult a kutatás az egész vonalon. A kutatás itt sem követte a logikus sorrendet. Első kísérleteit a legbonyolódottabb kérdéseken kezdte (tuberculosis, lyssa, tetanus stb.), de már e téren is mutathat fel eredményeket. Kifürkészte azt az általános biológiai igazságot, hogy a fertőzés leküzdésére maga a szervezet termel olyan anyagokat, melyek a kívülről beléjűtő méreganyagokat megkötik.

Csak a mindennapos, helyhez kötött fertőzések leküzdésére irányuló eljárásokkal szemben bántak mostohánul a tudósok. A staphylococcus és streptococcus okozta fertőzések gyógyítása máig is a régi maradt. Igaz ugyan, hogy ezek ellen a fertőző anyagok ellen is készítettek gyógyító serumokat. Igaz sikert, valódi hasznot ezektől nem láttunk. De már a priori sem látszik észszerűnek a serumkezelés azokban a bajokban, melyek az esetek túlnyomó többségében végig helyhez kötöttek.

A legutóbbi évek szülötte az az orvoslási eljárás, mely a természetadta védőeszközök növelésével törekszik a helyhez kötött fertőzés leküzdésére. Bier nevéhez fűződik ennek az eljárásnak felfedezése.

A kiindulópont, mely Biert kísérleteinek megejtésére vezette, egy régi, közismert megfigyelés volt. Már Rokitsansky és Skoda tanították, hogy oly tüdő, melyben (főleg insufficientia valv. bicuspidalis folytán) állandó a pangásos vérbőség, nem betegszik meg gümös fertőzés következtében. A későbbi, pontos észlelések kimutatták, hogy vannak kivételek e szabály alól. Nagyjában azonban ma is megállhat e régi megfigyelés.

Valószínűnek látszott a feltevés, hogy a pangásos vérbőség miatt nem fogékony az ily tüdő a gümös fertőzés iránt. Ez a következtetés vitte Biert arra, hogy — vagy 12-13 év előtt — megkezdje kísérleteit idült gyuladásoknak vérbőséggel való kezelésével. A hyperaemia előidézésére felhasználta sorra azokat az eljárásokat, melyekkel gyorsan és tetszés szerinti fokban előidézhető úgy az activ, verőeres, mint a passiv, pangásos vérbőség. Amarra legcélszerűbb a forró levegő, erre a végtagok lekötése rugalmas pólyák segítségével. A két eljárás között középütt áll a levegőmegritkítás által előidézett vérbőség (száraz köpük, vagy a Junod-féle óriásköpi módjára szerkesztett üvegharangok segítségével). Az eredmények, melyeket ezekkel az eljárásokkal főleg gümös izületi gyuladásoknál elérhetett a helyhez kötött fertőzések mind szélesebb körére terelték figyelmét. Tíz évig folytatott megfigyelések eredményeképpen ez év elején bocsátotta világra észleleteit az acut fertőzéseknek vérbőséggel való kezeléséről.

Ugy elméleti fontosságuk, mint kiválóan gyakorlati jelentőségük miatt kötelességünk e kérdésekkel behatóbban foglalkozni.

I. Általános rész.

A gyuladás nem betegség; nem egyéb, mint a szöveteknek helybeli, elhárító, gyakran életmentő védekezése kívülről jövő

¹ Chantemesse et Podwysotszky: Les processus généraux. T. II. p. 337. Paris. 1905.

behatások ellen.¹ A gyuladás legelső jele a vérbőség. Az erek kitágulnak, majd a vérkeringés rövid ideig tartó gyorsulása után meglassul; a fehérvérsejtek az erek falaihoz tapadnak és megindul kivándorlásuk az érfalon át. E mellett savó szűrődik át az érfalon és átítatja a fertőzött szöveteket.

Cohnheim, a ki mesterien figyelte meg és írta le az itt vázolt elváltozásokat, nem vonta le ennek a megfigyelésnek általános értékét. Ő és nyomán a tudósok javarésze a gyuladásnak — mint betegségnek — sarkalatos pontját a fehérvérsejtek kivándorlásában látták. Ennek leküzdésével remélték gyógyítani a gyuladást. A chinin bénítja a fehérvérsejteket. Ezért ajánlotta Helmholtz és Binz a gyuladás gyógyítására. A fehérvérsejt-kivándorlás elmaradt, a gyuladás nem fejlődött tovább, a fertőzés azonban annál borzalmasabban. Ez a negatív eredmény is bizonyítéka annak, hogy a gyuladás a természetnek gyógyító eszköze.

De fontosabb ennél a negatív bizonyítéknál az újabb kutatások eredménye. A vérsavó átszűrődése, a fehérvérsejtek kivándorlása és a fix kötőszöveti sejtek burjánzása a szervezetbe jutott méreganyag megkötését, elpusztítását célozzák. A vérsavó bakteriumölő képességéhez ma már szó nem fér, akár alexinnek, complementumnak, cytasenak vagy lysinnek is nevezzük hatóanyagát. Ép oly kevésbé kétséges a fehérvérsejtek szerepe a bakteriumokkal szemben. Metchnikoff phagocytá-elmélete megállta helyét minden támadás ellenére. Nem tagadható végül, hogy a kötőszövet fix sejtjei — főleg a vérerek endothelsejtjei — ugyancsak bírnak phagocytás képességgel. A fertőzés leküzdésére a természetnek ezt a három eszközét ismerjük ma. Hogy hármuk közül melyik a hatalmasabb, erre nézve eltérők még a nézetek. De forrásuk egy: a hyperaemia. Ez teszi lehetségessé a vérsavó kiizzadását, ez könnyíti meg a pozitív chemotaxis munkáját, ez segíti előre a kötőszöveti sejtek gyors burjánzását.

A gyuladásos vérbőség nagyjában passiv. A verőerek aránylag kevésbé tágulnak. Főleg a kis erek és a hajszálerek medre tágul és ezáltal lassabbodik a vér áramlása. Hamburger² a vénás vér fokozott szénsavtartalmában látja a duzzasztás hasznát. Hasonlóképpen vélekednek Chantemesse³ és Lubarsch.⁴ Hogy azonban nem a CO₂ felhalmozódás a duzzasztó kezelés fő gyógyító tényezője, legjobban bizonyítják Noetzel⁵ hasonló irányban végzett kísérletei. Szerinte csak a frissen átszűrődött vérsavó hat a bakteriumokra, míg a túlságos duzzasztás által előidézett, táplálkozási zavarokkal, erős oedémakkal járó transsudatumnak (melyben feltétlenül több a szénsav, mint amilyen) csak csekély a bakteriumölő képessége.

A fertőzéseknek Bier szerint való kezelése nem egyéb, mint a természetes gyógyulás tényezőinek fokozása. Eszközei ennek elérésére — melyekkel alantabb részletesebben kell foglalkoznunk — mind a pangásos vérbőség fokozásán, illetőleg előidézésén alapulnak. A fertőző anyag minősége szerint természetesen a lefűzésnek vagy levegőritkítésnek igen különböző foka szükséges, hogy a kellő hyperaemiát előidézzük. Heveny fertőzésekben, közepes virulencia mellett, már maga a mérgező anyag váltja ki a vérbőségnek, az érfal táplálkozási zavarának azt a fokát, melyet nagyon túlhaladnunk nem szabad. Itt tehát minimális lefűzéssel is elégtérünk. Ezzel szemben idült fertőzésekben a gyuladás, a szervezet reakciója csekély; itt jóval erősebb lefűzés szükséges a kellő vérbőség előidézésére.

Ha eltaláltuk a duzzasztás kellő fokát, lefolyt a harc a szervezetbe jutott fertőző anyag és a védőerők között, e harc eredményeképpen visszamaradnak annak áldozatai: elhalt szövetek, sokmagvú fehérvérsejtek (genysejtek), sejtörmelék stb. Az elhalt sejteknek sorsa különböző a mennyiségük szerint. Ha csekélyebb virulenciájú anyaggal történt a fertőzés, vagy ha igen korán jött kezelésbe a beteg, az elhalás kiskokú, inkább molekuláris jellegű maradhat. Az ilyen csekély mennyiségű elhalt sejtrel a szervezet könnyen elbánik: a törmelék felveszik a falósejtek (phagocyták),

a kiszivárgott vérsavó felszívódik. A gyuladás genyedés nélkül gyógyult.

Ha azonban erősen virulens anyaggal történt a fertőzés, ha későn kezdjük a kezelést, a méreganyag okozta elhalás is nagyobb fokú és megfelelőleg nagyobb fokú a fehérvérsejtek kivándorlása is. A hevesebb küzdelem következtében több az áldozat: tályog képződött. Tartalmát — mint a további harcra alkalmatlant, a szervezetre károsat — ki kell ürítenünk, hacsak meg nem akarjuk várni, míg a szervezet maga végzi el a kiürítésnek ezt a munkáját.

A helyi fertőzéseknek eddigi sebészi kezelése itt kezdődött. Megvártuk, míg a genyedést ki tudtuk mutatni, feltártuk a genyedés fészket, követtük a fertőzés útjait. Azaz, hogy nem csak ezt csináltuk. Antiphlogistice jártunk el, mielőtt a genyedés biztosan ki volt mutatható. Jeges, majd felmelegedő borogatások, pára-kötések alkohollal, Burow- vagy másféle oldatokkal: ezekkel igyekeztünk a „gyuladást” korlátozni.

A nép pedig — mely Bier szerint nem oly buta, hogy ezredéveken át oly dolgot műveljen, a minnek káros volta szemmel látható — „érlelte” a tályogot pépes borogatással, terpentines tojássárgával, vagy más bőrizgató kenőccsel.

Ott antiphlogosis, itt „érlelés”: két látszólag ellentétes eljárás. Mosso, Dühring és Wertheimer⁶ vizsgálatai kiderítették, hogy hideg behatására a bőr capillarissai megsűkülnek ugyan, de ezzel szemben a mélyebben fekvő erek (a zsigerek, izmok, bőr alatti kötőszövet erei) kitágulnak. Lényegében ugyanezt érzük el — csak rövidebb úton — pépes borogatásoknak, forró vagy felmelegedő borogatásoknak a alkalmazásával. In ultima analysi előbb-utóbb beáll a capillaris és legkisebb vérekek bénulása: a vérbőség állandósul, a keringés meglással. Ilyen értelmezés mellett nincs lényeges különbség a fertőzések eddigi és új kezelése között. A haladás azonban szemmel látható. Míg amott az érmozgató idegeknek egyén, hely és idő szerint változó munkájára voltunk utalva, az új eljárással fokról-fokra adagolhatjuk a vérbőséget, szabályozhatjuk a reactio nagyságát. Tagadhatatlan, hogy ez a beavatkozás activabb a réginiél; jobban leköti figyelmünket, nagyobb gondot, tapasztalást és ennek folytán nagyobb felelősséget is ró reánk. De minden orvosi beavatkozásnál egyenes arányban áll annak hatásos volta a veszélyekkel és felelősségünkkel.

Eddigi fejtegetésem folyamán mint paradigma a heveny fertőzés lebegett szemem előtt. Idült fertőzések eddig szokásos és hatásos kezelési módjai között is akadunk akárhányszor, melyekben a hyperaemia játszsza a főszerepet. Forró iszapfürdők chronicus ízületi fertőzések gyógyítására (tuberculosis, chronicus rheumatismus stb.), mechanikus és chemikus ingerek az idült kankónál, trachomás és sok más idült szemkötőhártya-gyuladással, régi eczemák kezelése kátrányos kenőcsökkel, endometritisek gyógyítása forró levegővel és sok más példa bizonyítja a hyperaemia régóta ismert, de rosszul magyarázott szerepét.

Két — első pillanatra paradoxnak látszó — jelenségnek magyarázatát kell még keresnünk.

Az első jelenség a duzzasztásnak fájdalomcsillapító hatása. Mert legfeltűnőbb, például a kankós ízületi gyuladást és az acut kötőszöveti gyuladást választom. A duzzasztó pólya felrakása után mindkét esetben növekszik a gyuladásnak két sarkalatos tünete: a pirosság és a duzzanat. Ha eltaláltuk a duzzasztás kellő fokát, a kankós ízület néha csodával határos gyorsasággal lesz fájdalomtalan, mozgatható, a tüzesen vörös tagban megszűnik a lüktető fájdalom. Bizonyosság ez arra, hogy nem állhat meg a gyuladásos fájdalom eddigi értelmezése, mely szerint a feszülés, az idegekre való nyomás váltaná ki a fájdalmakat. Nem gyuladásos vizenyő, bármily nagy fokú, továbbá a vénás hyperaemia nem okoz fájdalmakat; a fájdalom az idegszálak mérgekoztató táplálkozási zavarán alapul. E mellett a hyperaemia (bármily különösnek látszik is ez az állítás) a szövetek rendes feszülését csökkenti. Ezt bizonyítják Ribbert⁷ és Lengemann kísérletei.⁸

⁶ J. Wertheimer: Sur quelques faits relatifs a l'équilibre entre la circulation superficielle et la circulation viscérale. Arch. de phys. 1891.

⁷ Ribbert: Das pathologische Wachsthum. Bonn 1897.

⁸ Lengemann in Lubarsch: Zur Lehre von den Geschwülsten und Infektionskrankheiten, Wiesbaden 1899.

² Hamburger: Ueber den heilsamen Einfluss von venöser Stauung und Entzündung im Kampfe des Organismus gegen Mikroben. Cbl. f. Bakt. 1897. 14. és 15. szám

³ l. c. p. 85.

⁴ Lubarsch: Die allgemeine Pathologie. Wiesbaden. 1905.

⁵ Noetzel: Ueber die bactericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier. Arch. f. kl. Chir. 1899. Bd. 10.

A duzzasztás fájdalomcsökkentő hatását tehát úgy kell magyarázni, hogy: 1. a kilépő savó bakteriumölő és toxinkötő képessége, a fehérvérsejtek phagocytosisa csökkenti a mérgeanyagoknak az idegekre való hatását; 2. a vizenyő kiegyenlíti azt a kezdetes magasabb molekuláris koncentrációt, melyet a Korányi-féle kryoskopiaival gyuladós góczok váladékában kimutathatunk⁹ és a mely izgatólag hat az idegekre. Hogy a molekuláris concentratio növekedése fájdalmakat vált ki, ezt bizonyítja Braun kísérletei¹⁰ és a phlegmasia alba dolens körül szerzett újabb tapasztalatok. E betegségnél a fájdalmakat nem a thrombosis, nem az oedema váltja ki, hanem a szövetekbe lerakódó konyhasó. A fájdalmak és az oedema bámulatos gyorsasággal megszűnnek, ha konyhasómentes diatára fogjuk a beteget. Az osmotikus nyomás kiegyenlítő.¹¹ A duzzasztásnak fájdalomcsillapító hatását tehát másodsorban az oedemának az osmosis egyensúlyt helyreállító hatásában kell keresnünk.

A második, paradoxnak látszó tünetem az, hogy a pangás a szövetek táplálkozását nem hogy nem rontja, de előmozdítja. A nagyon erős vénás vérbőség, mely a véráram megállításával határos, feltétlenül káros a szövettáplálkozásra. A szénsavfelhalmozódás folytán az erek belfelületén, a kényesebb mirigysejtekben zavaros duzzadás, zsírosodás, sőt elhalás is támad. Nem úgy a hyperaemiának oly fokaiban, melyek a duzzasztás kellő adagolásával elrendők. Bier ennek bizonyítására egy élettani és egy kórboncolástani példára hivatkozik. A legintenzívebb sejtépítkezés a magzati fejlődés idejében folyik. És e mellett épélettani viszonyok között sehol oly vénás hyperaemia, a véráram oly lassubodása nem észlelhető, mint a méhlepény vérkeringésében.

A másik példa egy obductionál talált lelet. Általános vérmérgezéssel beszállított beteg czombjára duzzasztó gummipólyát tettek. Sepsis orbáncz, mély phlegmone volt e tagon. Az orbáncz a czombon át a medenczére is reáterjedt. A beteg halála után a duzzasztó pólyától peripherián a szövetek épek maradtak, az izomrostok rajzolata jól volt látható. A duzzasztás felett (a medence felé) az összes szövetek coagulatiós elhalásban voltak.

E tüneteknek magyarázatát abban kell keresnünk, hogy 1. a vérből kilépő védőtestek (savó, fehérvérsejtek stb.) a szövet-elhalást okozó mérgeanyagokat megkötik; 2. a hyperaemiának közepes fokai a táplálkozást, a regenerációt elősegítik.¹²

Az elmondottakban több részletkérdésben Bier magyarázatával némileg ellenkező nézeteket vallottam. Lényegében nincs meg ez az ellentét. Bier — talán kissé nagyon is általánosítva — a duzzasztás hasznát a „gyuladás” fokozásában látja; az eredmény szerinte attól függ, „milyen vért boesát rendelkezésünkre a beteg”. Ő is ismeri a fentebb kifejtett magyarázatokat, de szemükre veti azoknak egyoldalúságát. Ha valaki csak a serum, csak a fehérvérsejtek, csak a szénsav felhalmozásában, illetőleg szabad alkali felszabadulásában látja a vérbőség hasznát: az ily felfogással szemben teljesen igaza van Biernek. A fentebb adott magyarázat nem egyéb, mint a gyuladással az általános kórtan által kiderített és általánosan elismert tényezőinek alkalmazása a szóban forgó kérdésekre. Az általános kórtan haladásával e tényezőknek száma bizonyára szaporodni is fog, az egyes tényezők jelentősége, értelmezése talán el is tolódik; de tudásunk melyik alapigazságát nem ingatja meg egy-egy új felfedezés?

II. Gyakorlati rész.

1. A duzzasztás alkalmazása idült fertőzésekben.

A fertőzések gyógyítására a vérbőségnek csakis passiv formája alkalmazandó, mely az erek (venák) leszorítása, vagy a levegő megritkítása által érhető el. A verőeres vérbőség erre a célra nem alkalmas. A vérbőségnek ezt a formáját csak ott alkalmazhatjuk, a hol a felszívódást akarjuk elősegíteni, a hol ízületeknek, izmoknak, inaknak működését kell javítanunk.

Az idült fertőző betegségek közül főleg a gümös ízületi

⁹ C. Ritter: Die natürlichen schmerzlinndernden Mittel des Organismus. Verh. d. d. Ges. f. Chir. 1902. pag. 520.

¹⁰ Braun: Die Lokalanästhesie. Leipzig 1905. pag. 54. ff.

¹¹ Chantemesse: La phlegmatia alba dolens des typhiques et le régime hypochlorurique. Acad. de Médecine 1903.

¹² Chantemesse l. c. I. p. 79 és II. 1—30.

gyuladás az, melylyel Bier kísérleteit kezdte és a melynél feltűnően jó eredményeket is érhetünk el.

Az eljárás titka a vérbőség kellő fokának eltalálásában rejlik. Ezért mindenképp a duzzasztás különböző fokának a végtagokon észlelhető jelenségeivel kell foglalkoznunk. Bier mesteri leírását követem:¹³

„A hely fölé, melynek vérbőségét fokozni akarjuk, egymást fedő menetekben gummipólyát rakunk úgy, hogy csak a vékonyfalú ereket nyomjuk össze, míg a keményebb falú verőereket nem, vagy csak kis mértékben szűkítjük. A pólya erősebb vagy gyengébb meghúzásával előidézhetjük a pangásos vérbőség minden fokát, a leggyengébbtől a legerősebbig. Az elváltozásokat, melyek a duzzasztott tagon keletkeznek, legjobban saját magamon végzett kísérletek alapján írhatom le.”

I. fok.

„Bal karomon úgy alkalmazok duzzasztó pólyát, hogy gyenge fokú pangás keletkezzék. A pólya csak annyira feszes, hogy semmiféle kellemetlenséget nem okoz és hogy szinte megfelledezzünk róla, rendes foglalkozásunkat folytatjuk.”

„Először a kéz hátán duzzadnak meg a bőralatti erek, majd az alkar hajlító oldalán a nagy erek. A kar bőre lassanként elkékül, csak a tenyér és a könyök feszítő oldala lesz rozspiros. Ép így világosvörös a kéz háta és az ujjak. A tenyér bőrén számos körülírt, köles-lencsényi fehér folt látszik. Hasonló foltok, de gyérebbe, a kézháton is láthatók. Figyelmes vizsgálással a cutis finom, különben láthatatlan érhálózatát is pontosan követhetjük.”

„3 óra mulva az alkar bőre egyenletesen kékesvörös. Az ujjak, könyök tája és a kézháta világosvörös; az utóbbin a nagyobb erek környéke kékesvörös. A tenyér fehér foltjai elmosódtak, alig láthatók. A nagy bőralatti erek kevésbé teltek, ép így tünedezik a felületes érhálózat a bőrön. Hosszabb ideig tartó erős ujjnyomással a kézháton kezdődő vizenyőt mutathatunk ki. Az érverés telt és erős, gyakorta erősebb, mint a másik karon. Hideg levegőn a duzzasztott kar inkább fázik. Ujjnyomásra a bőr mindenütt elhalványodik, hogy rögtön újra telődjék vénás vérrel. Az elkékült helyeken dörzsöléssel a legelénkebb verőeres vérbőséget idézhetjük elő, mely hosszabb ideig állandó is marad.”

„10 órai duzzasztás után a vizenyő terjedése tűnik fel. Az alkar legnagyobb kerülete 2 cm.-rel növekedett a duzzasztás előtti kerülethez képest. Az ujj benyomása állandó nyomot hagy.”

„20 óra mulva a kar és kézhát egyenletesen vizenyösen duzzadt, az alkar kerülete a kezdethez képest $2\frac{3}{4}$ cm.-rel növekedett. Az ujjak, a tenyér, a könyök hátsó fele és a kézcsukló bőre most is világospiros, a bőr egyebütt kékesvörös. A bőralatti erek csak kevésbé láthatók, nem jobban, mint a nem duzzasztott másik karon. Nemcsak az oedema fedi el őket, de objective is szűkek és nem tapinthatók többé mint erősen feszülő kötegek. Az elkékült bőr erős dörzsölése még most is igen élénk verőeres pirosságot okoz.”

„Hogy a vénás áram útjában nincs erősebb akadály, kiderül abból, hogy „nyújtózkodásra” a bőr rögtön elhalványodik.”

„Közvetlenül vetkőzés után a két kar egyenlően meleg. Ha a két kar hosszabb ideig meztelenül marad, a duzzasztott valamivel hűvösebbé válik. Hideg levegőn (20 C. szeles idő) való hosszabb tartózkodásnál a kézháton cinóbervörös foltok jelennek meg, melyek ujjnyomásra eltűnnek, de rögtön újra megjelennek.”

„Ha gyuladt tagra tesszük a gummipólyát, a gyuladás hevességével arányosan sokkal erősebbek a következményes tünetek.”

II. fok.

„Szemben a pangásos vérbőségnek ezzel a közepes, gyakorlatilag leginkább használatos fokával leirom azokat a jelenségeket, melyeket az erősen megfeszített pólya idéz elő.”

„Balkaromon oly erősen alkalmazom a gummipólyát, hogy lehetőleg erős vénás pangás keletkezzék. A pólya alatt a verőér lüktetését érzem. Már 2 perc alatt megduzzadnak a bőralatti erek és a bőr elszínesedik; alapszíne kékeszürkés-vörös. A tenyéren

¹³ Bier: Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903. pag. 51; az eredeti közlés fordítása némi rövidítéssel.

néhány világosvörös folt látható, a könyök hátsó oldalán, a kéz bántán és az alkar orsói oldalán a duzzasztó pólya alatt cinóbervörös és sárga foltok keletkeznek. Ezek a cinóbervörös foltok szaporodnak, nagyobbodnak és összefolynak úgy, hogy 7 percz múlva a bőr legnagyobb része cinóbervörössé lesz. A kékesvörös alapszín legtovább az alkar hajlító oldalán és a kéz hátán marad meg. A cinóbervörös foltokra gyakorolt nyomás fehér foltot hagy, mely rögtön újra vörössé válik. A hajlító oldalon a duzzasztó pólya alatt számos karminvörös pont keletkezik (apró vérzések). A karban nehézség, fáradtság, bizsergés érzése, majd felváltva hideg és forróság érzése jelentkezik. Az ujjak hidegek.

„20 percz múlva a lefűzött tag jóformán egészen cinóbervörös; a kékes foltok még jobban megfogytak. Dörzsölésre a kéz hátán élénk, világos vérbőséget idézhetünk elő, de a bőr többé nem rózsaszín, hanem a sárgába, rézszínűbe játszó árnyalata van. A pontszerű vérzések szaporodnak. A duzzadásig telt bőr-alatti vénák már kevésbé láthatók és tapinthatók. Az ujjhegyen és a tenyéren sárgásfehér foltok keletkeznek. A kar zsibbadt és hideg, subjective azonban meleg érzése járja át.”

„A duzzadás további folyamán a tenyér bőre hamuszínűre válik, cinóbervörös és fehér foltokkal tarkázva. A cinóbervörös foltok ujjnyomásra elhalványodnak, helyükben apró vérzések láthatók. Ennek elhagyásával csakhamar újra beáll a cinóbervörös színeződés.”

„40 percz után az erős duzzasztás kiállhatatlan fájdalmakat okoz úgy, hogy a duzzasztást el kell hagynunk. Rögtön hideg érzése járja át a kart és oly érzésem van, mint ha azt faradnálák. Legélénkebb ez az érzés az ujjhegyen. A lefűzött tag bőre rózsaszínűvé lesz, körülbelül oly fokban, mint azt 3—4 percznyi mesterséges vértelenítés után észleljük. Csak az ujjak maradnak egy ideig halotthalványak, akárcsak hideg fürdő után sok emberen. 1½ percz után élénkpirosakká lesznek és az egész tagon meleg érzése terjed el. A pólya eltávolítása után ¾ órával is izommerevség és fáradtság érzése van karomban. A bőrön számos karminvörös vérpont látható.”

„24 óra múlva ezek a vérpontok már elmosódnak és világos sárgáspirosak. A lefűzött kar bőre sárgásbarna, legerősebben a könyök hátán és alatta, legkifejezettebb ez ott, a hol legsűrűbben állanak a pontszerű vérzések. Az elszínesedés határa a pólya alsó szélének felel meg. Két nap múlva kezd tűnni ez a sárgás szín. A vérpontok csak pontos vizsgálatnál látszanak sárgásbarna pettyek alakjában.”

„Negyednapra minden eltűnt, a bőr újra rendes színű.”

„A kísérlet alatt a bőr hőmérséklete gyorsan süllyedt. 30 percz alatt körülbelül 3 fokkal.”

„A tag gyorsan duzzadt; már 10 perczrel a duzzasztás kezdete után 2 cm.-rel vastagodott a kar. Vizenyő azonban 30—40 percz után is csak kis fokban mutatható ki.”

* * *

Nem követem Biert e jelenségek magyarázatában. Gyorsan él, sokat író korunkban bő physiologiás magyarázatoktól óvakodnom kell. De le kellett írnom a duzzadás jelenségeinek pontos képét, mert a vérbőséggel való kezelés objectiv adagolása, a kezelés sikere e jelenségek pontos ismeretén alapszik. A részletek iránt érdeklődőket a cikk végén adott irodalom tanulmányozására kell utalnom.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztoni intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására.

Irta: Halász Aladár dr.

(Folytatás.)

XXIX. H. V. 31 éves, róm. kath., napszamos. Klinikai diagnosis: Diabetes mellitus. Tuberculosis pulmonum.

Öröklött terheltég nem mutatható ki nála. A felvételtől előadja, hogy 1901 óta folyton gyengül, sokat iszik és vizelet

ámbár jó étvágygyal eszik, betegsége alatt mégis nagyon lesóványodott.

Vizelete világos szalmasárga, fajsúlya 1036—1042, napi mennyisége 3200—2000 között, cukortartalma 4·5—8·0% között ingadozott. Aceton, diaceton jelenléte a vizeletben csaknem állandóan kimutatható. A baj diatával befolyásolható nem volt. A beteg cachexiájának fokozódásával csökkent a vizelet napi quantuma, úgy hogy egyes napokon csak 600 gm. (fajsúly 1042) volt, a cukor mennyisége azonban még mindig 4—8% között ingadozott. Majd mikor már a fejlődő tüdőgümőkór uralja a kór-képet, a vizelet napi mennyisége 400 gm.-ra száll le, cukor benne csak nyomokban mutatható ki, az aceton és diaceton pedig végkép eltűnik. (Fajsúly 1022.)

A beteg kimerülés tünetei között halt el.

A bonczolati jegyzőkönyv (96/9. 905. I. 21.) adatai:

Rendkívül lesóványodott egyén hullaja.

A pajzsmirigy kicsiny, vérszegény. A lép mérsékelten megnagyobbodott, 13 × 8·5 cm., állománya szembetűnően vörösszínű. Súlya 230 gm.

A máj középnagy, állománya szakadékonny. Súlya 1370 gm. A hasnyálmirigy vékony, kissé petyhüdt, apró lebenykéjű, vérszegény. Kivezetőcsöve kutatóval átjárható. Súlya 40 gm.

Diagnosis: Peribronchitis tuberculosa disseminata pulmonis utriusque, praecipue lobi inf. dextr. Pneumonia caseosa lobi sup. sin. cum caverna magnitudinis ovi anseris ibidem et cavernae duo lobi sup. dextr. Synechia pulm.

Atrophia, anaemia universalis. Atrophia simplex majoris gradus pancreatis. Diabetes mellitus.

Szövetani vizsgálat:

A hasnyálmirigy szövete kisebb fokban csaknem mindenütt, helyenként azonban nagyobb mértékben is sorvad: az acinusok sok helyütt kisebbek a rendesnél, sejteik plasmazegények. Más-hol ismét a sejthárak elmosódtak, a magvak közel állanak egymáshoz és a sejtek acinusos elrendeződése fel nem ismerhető. Itt-ott kissé duzzadtak a sejtek s plasmájuk többé-kevésbé homogen.

A külső (vonalas) és a belső (szemeses) öv a hasnyálmirigy elválasztó sejtjein csak helylyel-közzel ismerhető fel.

A pankreas kötőszöve csak a mirigy farki részletéből származó készítményeken mutat némi szaporodást s itt-ott kisebb terjedelemben hyalinosan elfajult; néhol csekély kiterjedésű vérzés, másutt mononuclearis gömbsejtekből álló apró góczok láthatók benne.

A kivezetőcsőrendszer hámbélése mindenütt ép.

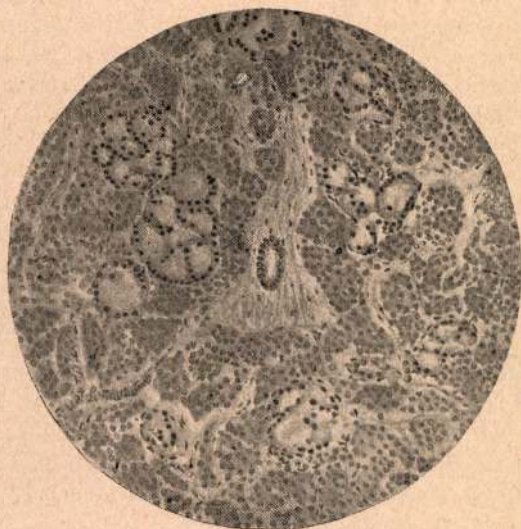
Szembetűnő változás látható a Langerhans-féle szigeteken. Legnagyobb részük kifejezetten kóros és csak néhány ép. Ugy az ép, mint a kóros szigetek alakja kerek-ovalis, s csak elvétve hosszúkas, szabálytalan. Az aránylag ép szigetek átlagos nagysága 200 × 180 μ, számos sejtkötegből állanak, sejteik bő protoplasmájúak, magvaik hólyagosak, a szomszédos elválasztó szövetével egyező nagyságúak — néhol annál jóval nagyobbak is — s bennük a magvacska (nucleolus) is jól látható. Másutt azonban a szigetet bélelő hámsejtek plasmazegények, magvaik a szomszédos secernáló szöveténél jóval kisebbek, nagyobbára kerek-ovalis alakúak, szembetűnően chromatin-dúsak és sötétre festődnek.

A szigetek legnagyobb része a szomszédos mirigyparenchymától élesen elhatárolt, másutt azonban éles határ nélkül, észrevétlenül megy át a sziget az elválasztó szövetbe. Kötőszöveti tok a szigetek körül csak nagy elvétve látható.

Néhol a máskülönben aránylag épnek látszó, vagy csak kisebb fokban sorvadtt szigetben szembetűnően vastag, helyenként egynemű, homogen falú, van Gieson szerint, nemkülönben eosinnal halványvörösre festődő hajszálér látható.

Másutt a szigeteket alkotó sejtkötegek száma mind gyérebb lesz, a sejtek plasmája duzzadt és egynemű, a sejthárak pedig elmosódtak. A sejtsorok megfogyásával az érfalak és a sejtek között támadó hézagokat mindinkább nagyobb terjedelemben egynemű, van Gieson szerint halványsárgára, eosinnal halványvörösre festődő anyag tölti ki, míg végül a szigetet egy-két homogen alapanyagba ágyazott, szabálytalan alakú és sötétre festődő pyknotikus sejtmag jelzi. Helyenként az egynemű anyagban néhány hajszálér lumene is látható s ezekben a vörösvér-

sejtek is felismerhetők. Másutt a sziget helyén teljesen egyenmő colloid csomót találunk, melynek csak szélső részén láthatók még sejtmagvak.



III. ábra. Colloidosan elfajult szigetecsoport (a XXIX. sz. esetből).

A kóros szigetek méretei az évekenél valamivel kisebbek (átlag $150 \times 160 \mu$).

A szigetelváltozás rendszeren a hajszálerek mentén kezdődik néhol a hajszálerek még éveknél látszanak, másutt azonban a kóros változás azokon jelentkezik először.

Sajátosak a hasnyálmirigy erei: nagyobb részük teljesen ép, másokon azonban, mint ez főképp az interlobularis kötőszövetben haladó kisebb véredényeken látható, hol az intima, hol a media duzzadt, homogen s festődése után itélve hyalin, az ér lumenét pedig ugyancsak hyalin anyag tölti ki. A mennyire az a görösvívi képből megítélhető, a kóros változás a nagyobb erekben a medián kezdődik, néhol azonban az említett hyalinos anyag épfalú ér lumenében is látható. Helyenként a hyalin anyagban vörösvérsejtek halmazai ismerhetők fel.

A szigetek számbeli viszonyait és az ép szigeteknek a kórosakhoz való arányát illetőleg az alábbi táblázatból tájékozódhatunk.

Pankreas-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma	100 mm ² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	mm ²	38	36.3	Az összes szigetek 20%-a ép
	2	110	18	16.3	
	3	110	22	20	
	4	110	25	23.6	
Corpus p.	1	216	48	22.2	
	2	216	30	13.8	
	3	216	42	19.4	
	4	216	51	23.5	
Cauda p.	1	160	81	50.6	
	2	160	63	39.3	
	3	220	64	29.9	
	4	—	—	—	

A szigetek elosztódása szembetűnően egyenlőtlen: néhol csoportokat képeznek úgy, hogy egy látótérben kis nagytás mellett akár 9—10 sziget is látható, míg másutt több látótérnyi területen egy sincs. Nemi szabályszerűség mutatkozik a kóros szigetek előfordulásában is: helyenként, a hol az interlobularis kötőszövet és a parenchyma erei épek, a szigetek szintén vagy épek, vagy csak a kóros elváltozás kezdeti szakát mutatják, míg másutt, a hol az erekben az említett kóros elváltozások szembetűnőek, számos szigeten nagyfokú kóros változás észlelhető. Így tehát e tekintetben is félreismerhetlen a szigetelváltozások foka, kiterjedtsége és az érrelváltozások között levő viszony. De másfelől itt-ott a kórosan megváltozott erek a parenchymán át a szigetekig követ-

hetők s végül rajtuk, helyenként a szigetekben is, habár kisebb-fokú, de elég kifejezett kóros elváltozások láthatók; faluk duzzadt, néhol egyenmő s magszegény. A mondottaknak megfelelőleg az érrelváltozások és így a szigetek elfajulása is a hasnyálmirigy farki részletéből származó készítményeken legszembetűnőbbek.

A vese kanyarlatos csatornáinak háma sokhelyütt plasmaszegény, a glomerulusok itt részben kötőszövetzaporodást — sclerosist —, másutt hyalin elfajulást mutatnak s hámbélésük helyén nem egyszer egyenmő, hyalin anyag található.

A vese ereinek falán található elváltozások a pankreasban talált érrelváltozásokkal egyezők. Néhol a vese interstitialis kötőszöve is mérsékelten megsaporodott.

XXX. L. A., 54 éves, izr., szatócs. Betegségének kezdete előtt ismeretlen; bemondása szerint rövid idő alatt nagyon (állítólag 30 kgm.) lesóványodott. A klinikán vagy két hétig *carbunculus* sal feküdt. Vizeletének cukortartalma 3.2% volt, s acetont és diacetont állandóan tartalmazott, miért is nem volt szigorú diétaára fogható.

A bonczolati jegyzőkönyv (125/35 1905. február 15. b. j.) adatai:

A hasnyálmirigy zsírszövetbe van ágyazva, s zsírszövettől átszőtt, de szembetűnően nem sorvadt lebenykéi középnyagok, állománya tömött, középvértartalmú. A hasnyálmirigy kivezető csöve szabadon kutaszolható.

Diagnosis: Phlegmone nuchae cum incisionibus. Perioesophagitis purulenta. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Bronchopneumonia lobi inf. dextr. Diabetes mellitus. Lipomatosis pancreatis medioeris gradus. Enderarteritis chron. deformans majoris gradus (főképp a nagyobb erekben).

Szövetteni vizsgálat:

A hasnyálmirigy parenchymája általában mérsékelten sorvadt s szövetét sokhelyt a megsaporodott laza zsírszövet helyettesíti. A sejthárók s az acinosus szerkezet helyenként, akár több látótér terjedelemben, elmosódott s fel nem ismerhető, a sejteken külső és belső övet megkülönböztetni nem lehet, s a magvak jó része feltűnően sötétre festődik, szabálytalan hosszúságú alakú.

Néhol a gyér sejtplasma a rendesnél világosabban festődik; e részletek sötétebben festődő sejtmagvaikkal a szigeteket nem egyszer a csalódásig utánozhatják. Ismét másutt duzzadtak a sejtek, plasmájuk egyenmő, homogen; a sejtmagok csak rosszul vagy egyáltalán nem festődnek.

A kötőszövet a pankreas testében és farkában mérsékelten megsaporodott. A Langerhans-féle szigetek száma csekély és sokhelyütt, így különösen a hasnyálmirigy feji részletében, csak nehezen ismerhetők fel. Alakjuk részint kerek, ovalis, részint szabálytalanul hosszúságú. Átlagos nagyságuk alig haladja meg a $100 \times 120 \mu$ -t, de néhol akár $250 \times 260 \mu$ -nyi szigetek is láthatók.

Teljesen ép szigetek csak nagy ritkán, még leginkább a hasnyálmirigy farki részletéből származó készítményeken található. Legnagyobb részük, ha kisebb fokban is, de kóros; sejteik plasmaszegények, a sejtmagvak sötétre festődnek s helyenként pyknotikusak. Nagy ritkán kisebb fokban sclerotikusak a szigetek. Sok szigetet csak néhány, pyknotikus magvú plasmaszegény sejtekből álló sejtsor alkot.

A kivezetőcsövek hámbélése jól megtartott, sejteik általában épek, néhol azonban plasmaszegények s a sejtmagvak zsugorodottak.

Az erek egyrésze ép, a másik kóros; főképp az apróbb erek behártyája duzzadt, egyenmő és hyalin, az ér lumene megsűkül, helyenként hyalin anyag tölti ki.

A szigetek számbeli viszonyait az alanti táblázat mutatja: (lásd a következő oldalon.)

* * *

A fentiekben ismertetett 15 diabetes-eset közül a cukorbetegség ötször 30 évnél fiatalabb, 19—25 éves korban levő betegen volt s 3 hó — 1 évi fennállás után mind az öt esetben comával végződött.

A többi 10 eset 31—70 éves egyéneket illet, 5 hó — 4 évi betegségi tartammal. A lefolyás súlyosságát tekintve, e 10 eset közül 5 végződött comával, 3 esetben kimerülés, 2 alkalommal szívhűdés s egy esetben ismeretlen volt a halál.

Hasnyál- mirigy- részlet	Készít- mény	A metszet nagysága	A szige- tek száma	100 mm ² területre hány szig- et esik?	Jegyzet
Caput p.	1	mm ² 220	3	3	Az összes szigetek 50%-a ép
	2	220	7		
	3	220	9		
	4	220	7		
Corpus p.	1	235	23	17	
	2	235	16		
Cauda p.	1	100	26	21	
	2	100	16		

Öröklött terheltég csak egy esetben, ugyancsak egy-egy alkalommal lues, illetve alkohollal való visszaélés volt kimutatható. A szövödményes bántalmak közül két esetben tüdőgümőkört, két esetben *fiatal egyének*nél véres agyagutát említ a bonczjegyzőkönyv. Egy esetben tüdőüszök, egy másikban carbunculus társult az alabántalomhoz; egy esetben kizáródott sérv váltotta ki a comát, egy más alkalommal gangraena pedis volt a halálok.

Klinikai szempontból különösen két esetünk érdemel figyelmet.

Az egyik (XXV. sz.) esetben, egy 33 éves nőnél $\frac{3}{4}$ éve állott fenn a diabetes. A beteg coma tünetei között pusztult el; bonczoláskor a hasnyálmirigy mérsékelt sorvadása mellett agyburki vérzést talált Bender dr. Érmegbetegedés vagy vesegyulladás górcsövi vizsgálattal sem volt ez esetben kimutatható.

A másik (XXVIII. sz.) esetben egy 24 éves egyénről van szó, ki látszólagos egészség közepette hirtelen, heves fejfájás tünetei között betegszik meg. Kellő anamnesis hiányában, tekintettel arra, hogy a beteg baja heves fejfájással és hányással kezdődött, hőmérséklete pedig 38.5° C. volt, fejlődő meningitisre gondoltunk, ámbár az agyhártyagyulladás cardinalis tünetei hiányoztak; a beteg tarkója nem volt merev, pupillái úgy fényre, mint alkalmazkodásra jól reagáltak, érlökése nem volt szembetűnően retardált; száma percenként 72. Reflexei csak némileg voltak fokozottak.

Állapota a körülbelül 8 órai észlelési idő alatt változatlan volt; főpanaszát heves fejfájása képezi, majd hirtelen eszméletét veszti, pulsusa szopora, sőt számlálhatatlan lesz, feltűnő mélyen lélegzik s alig 10 percnyi eszméletlen állapot után meghal.

Hogy ez esetben csakugyan diabetezzel volt dolgunk, azt már magából a vizelet vizsgálatából is (l. fentebb), de főképp az utólag felvett anamnesis adataiból tudtuk meg.

E szokatlan és ritka lefolyású kórképet még szövödményesebbé teszi a bonczlelet.

Bonczoláskor ugyanis a fornixban és a IV. agygyomrocsban vérzést találtak, mely valószínűleg lassan keletkezett, innen a beteg rendkívül heves és gyötrő fejfájásai. Az apoplexia magyarázza a beteg lázas állapotát, mely egyébként ellentétben állott a comával s kellő anamnesis nélkül érthetővé tenné a cukorvizelést is.

Comába tehát csak az utolsó percekben esett a beteg; a vizeletben talált nagymennyiségű acetone és diacetone savmérgezés mellett szól, mindamellelt biztonsággal annak lehetősége sem zárható ki, hogy hirtelen támadt nagyobb agyvérzés tette öntudatlanná a beteget.

Véres agyaguta, mint a cukorbetegség szövödménye, főképp idős, arteriosclerosisban vagy vesebántalomban szenvedő egyéneknél szokott jelentkezni: fiatalnál, mint esetünkben, a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Esetünk azonban nemcsak a kórlefolyás sajátossága s a bonczlelet érdekes volta miatt, de diagnostikai szempontból is figyelmet érdemel.

A beteg vizelete ugyanis csak minimalis, akárhányszor egészséges egyéneknek, normalis viszonyok között is, főképp azonban bizonyos gyógyszerek bevétele után észlelhető reductiót mutatott, s cukorbetegsége tett diagnosisunkat csak a nagy mennyiség

ben jelenlevő acetone és diacetone tette valószínűvé, de ezek jelenlétét is lehetett volna a beteg lázas állapotával magyarázni.

E gyanúnk alapján teszünk erjesztési próbával kísérletet, melylyel kevés — mintegy 0.3% — cukor jelenlétét a beteg vizeletében csakugyan sikerült kimutatunk. Egyébként a beteg hozzátartozóinak, kiket csak utólag kérdezhettem ki, bemondásából is az derült ki, hogy betegünk körülbelül $\frac{3}{4}$ éve cukorbetegségben szenvedett.

A vizsgált eseteket áttekintve, kórboncztoni szempontból mindenekelőtt a hasnyálmirigy állapota érdemel figyelmet. Eseteink közül tizenháromban a rendesnél csekélyebb súlyúnak, 19—85 gm.-nyinak találtuk a hasnyálmirigyét s csak két esetben közelítette meg annak súlya 90—95 gm.-mal a normalist.

Általában fiatalkori súlyos diabetes-esetekben sokszor találunk csekély, akár felényi súlyú hasnyálmirigyét; legkisebb súlyuak azonban mégis idősebb egyének sorvadott és egyúttal kötőszövetesen is elkérgesedett pankreasai. Így egyik diabetes-esetünkben 19 gm. volt a hasnyálmirigy súlya. Az ily nagyfokú sorvadás azonban a ritkább leletek közé tartozik: ilyet említ Klebs egy esetében (25 gm.), Lancereaux pedig egy 29 éves férfinál talált 10 gm. súlyú pankreas. Hansemann 36 diabetes esete közül csak egyszer látott 24 gm. súlyú hasnyálmirigyét.

A mi a pankreas egyszerű sorvadását illeti, az egyes esetekben magyarázható ugyan mint a bajjal vagy az egyén korával együtt járó általános sorvadott állapot részjelensége, máskor azonban, különösen fiatalkorú diabetesesekben határozottan a cukorbetegséggel hozandó oki összefüggésbe. A sorvadáshoz másodlagosan a lebenyeket egymástól elválasztó és az intralobularis kötőszövet burjánzása társulhat, de viszont a hasnyálmirigy kötőszövetes elkérgesedése is lehet elsődleges, a hogy azt számos esetben körülírt és idültlen lefolyó lobosodás következményeképp láttuk. E kötőszöveti szaporodás is okozhatja másodlagosan a mirigy elsorvadását. A hasnyálmirigy kötőszövetes elkérgesedése, legyen az elsődleges vagy másodlagos, fiataloknál aránylag ritkán, inkább idősebb egyéneknek található.

A pankreas zsírszövetének megszorodását, főképp idősebb egyéneknek, de fiataloknál is elég gyakran észlelhetni. A lipomatosis valószínűleg a parenchyma hiányos tápláltságának, illetve sorvadásának következménye, máskor részjelensége az általános elhjasodásnak.

A hasnyálmirigy heveny gyuladása diabetes mellett ritka jelenség s utóbbi tizenöt esetemben egyszer sem észleltem, míg csekélyebb terjedelmű chronikus lobos folyamatot, mononuclearis gümösbajt besűrűdéssel — főképp az interlobularis kötőszövet mentén — idősebb egyéneknek gyakran, két esetben (XVII. és XXIX. sz.) fiatalon elhalt cukorbetegnek hasnyálmirigyében is kaptam.

Teljesen ép mirigyparenchymát diabetes mellett ritkán, eseteink közül csak kettőben kaptunk, mikor a szigetek is épek és így a pankreaslelet egyébként is negatív volt, s csak egy esetben voltak *aránylag ép*, helyenként kissé sorvadott parenchyma mellett typosos és nagyfokú szigetelváltozások.

Kisebb nagyobb terjedelmű vérzést úgy az interlobularis kötőszövetben, mint a parenchymában diabetikusok pankreasaiiban elég gyakran láthatni. Egyébként ilyen vérzések a hasnyálmirigyben más, diabetezzel nem, de hasúri pangással járó betegségekben (cirrhosis hepatis stb.) is találhatók. A vérzések különben egyes diabetes-esetekben az erek falain látható változásokkal hozhatók összefüggésbe.

Diabetesben elhalt egyének hasnyálmirigyében három alkalommal, nevezetesen a XXI., XXVIII. és XXX. számú esetben, a parenchymában eosinnal élénkpirosra, van Gieson eljárása szerint halványsárgára festődő, néhol kerek, ovalis, másutt szabálytalan hosszúak alakú, a környező szövetbe jobbadán éles határ nélkül, észrevétlenül átmenő kisebb-nagyobb, akár több látótér terjedelmű részletek voltak találhatóak. E területeken helyenként az acinusok még felismerhetők, a sejthatárok még élesek, a sejtek kissé duzzadtak s rajtuk a hasnyálmirigy elválasztó sejteire jellemző két öv már fel nem ismerhető. A sejtek maguk sokszögűek, szabálytalan alakúak, a sejtmag többnyire ép, helyzete *centralis*.

Másutt a csöves szerkezet már nem ismerhető fel, a sejthatárok elmosódtak, a sejtmagvak egy része ép, más része zsu-

gorodott, szabálytalan alakú és sötétre festődik. A sejtmagvak, eltérőleg a szigetek magvaitól, melyek között gyakorta szembe-tűnő nagyok is vannak, általában a szomszédos elválasztó szövetével azonos nagyságúak, sőt náluk nem egyszer kisebbek is (pyknosis). A sejtek protoplasmája helyenként colloid, másutt durván szemcsés, ismét máshol feltűnően gyér; néhol vacuola-képződés is észlelhető. A folyamat előrehaladtával a zsugorodott sejtmagvak között mind nagyobb területen homogén anyag látható, itt-ott pedig e parenchyma részletekben nagyobb terjedelmű vérzést is kaptam.

Hangsúlyozni óhajtom, hogy ezen chromophil parenchyma-részletek néhol pusztulófélben levő szigetekhez csalódásig hasonlítanak.

(Folytatása következik.)

A vitalis reactio lényege és szerepe a foggyök-kezelésben.

Irta: Kugel Mór dr. Budapesten.

Nincs a fogászatnak oly ága, mely kiterjedtebb irodalmi tevékenységre adott volna alkalmat és okot, mint a gyök- vagy idegkezelés; alig van fogorvos, kinek ne volna e téren már valami specialis kezelésmódja s mégis a szomorú tapasztalatok és eredmények, melyekkel legjobb igyekezetünk és leglelküsimeresebb eljárásunk daczára e téren találkozni szoktunk: már számos gondteljes napot okoztak a fogorvosnak és még több fájdalmas éjjelt „meggyökkezelt” pacienseinknek.

Mindez érthető lesz az előtt, a ki ismerős a fogak anatómiájával, pathológiájával s a ki nem zárkózik el az immár megdöntetlen bakteriologia axiomái elől. Nevezetesen a foggyökerek számbeli változatossága, azok lefutási irányának complicatioi: mind olyan tényezők, melyek első sorban befolyásolják a czélba vett kezelés eredményét. Változik továbbá a kezelés prognosisa a fogból pathologikus állapota szerint: egy pulpitis partialist követő gyökkezelés sokkal biztosabb és kedvezőbb eredménnyel kecsegtet, mint egy gangraenás állománnyal fertőzött pulpaüreg kitakarítása. A bakteriologia törvényeinek ismerete és azok elfogadása főleg azok részére szükséges, kik manualis ügyességüket még mindig ama szerencsétlen gyöktömésre pazarolják.

Mire való, mit céloznak tulajdonképp a gyöktöméssel? Lényege az, hogy a gyökcsatornában foglalt pulpa teljes eltávolítása által létrejött ürt (cavum pulpa) aseptikus állapotba hozzák és a foramen apicale-től kezdőleg végig az egész gyökűrt szétesésre vagy rothadásra alkalmatlan anyaggal kitöltésük, azon céllal, hogy a foramen apicale-t környező kötőszövet az üregbe ne burjánzhassék, ott esetleg ne inficiálódhassék és ezáltal gyök-hártyagyulladás okává ne lehessen.

Amde ez teljesen meddő fáradozás. Mert vagy sikerült sterillé tennünk, aseptikus állapotba hoznunk a pulpacatornát: s akkor nem kell tartanunk attól, hogy az üresen hagyott gyökűrbe burjánzó apicalis kötőszövet inficiálódik s consecutiv periodontitist okoz; vagy pedig visszahagyunk a gyökűrben szétesésre alkalmas és így majdan fertőzőképességű anyagot: s akkor gyöktömő kísérleteink által csak elősegítjük a gyulladás létrejöttét. Tudvalevőleg ugyanis a punctum salienst épen a foramen apicale képezi, mint a gyök-hártya infectiosus gyulladásainak egyedüli kapuja, mert mint azt Miller kimutatta, a dentin canaliculusain keresztül fertőzés nem jöhet létre.

Már pedig még elképzelni sem lehet, hogy a gyöktömőanyag épen a foramen apicale-t fogja elzárni, mert ha ez sikerülne, akkor a pulpaüreg további részét a strepto- és staphylococcusok milliárdjaival is kitölthetjük: periodontitis mégsem fog keletkezni; viszont, ha a gyöktömés a foramen apicale-től csak egy mikromilliméterrel is feljebb zárna el a pulpaüreget, vagy ha plane a tömőanyaggal a foramen apicale-n túl is hatolunk: illusoriussá lett egész tevékenységünk azért, mivel első esetben mégis csak maradt a periapicalis kötőszövet befogadására alkalmas ürt, melyben pedig eszközeink relatív tökéletlensége folytán vissza szoktak maradni, illetve vissza szoktunk hagyni szétesésre alkalmas vagy már szétesett pulparészleteket; a második esetben pedig épen bizonyos, hogy egyrészt a kisajtott ürtartalom, másrészt a

tömőanyag mint corpus alienum hatása alatt tipikus artificialis periodontitis fog keletkezni.

A periodontitis keletkezési módja ugyanis lehet: 1. direkt, midőn a pulpacatornában visszamaradt fertőzést okozó tényezők (bakteriumok, ptomainok, gázok, idegen anyagok stb.) közvetlen útján hatnak; 2. indirekt, midőn az apicalis kötőszövet a foramen apicalen keresztül a gyökcsatornába burjánzik, hol is találkozva az előbbi fertőzési tényezőkkel, érintkezés útján inficiáltatik.

Ha ugyanis a fogból eltávolítása által létrejött ürt valamely alkalmasnak tartott anyaggal teljesen ki nem töltjük, akkor a ki nem töltött gyökűr tömőanyagául a levegő fog szolgálni. De miként a tüdőlegdagnál is a rugalmasságát veszített alveolusban foglalt levegő az alveolusokat körülvevő vér- és nyirokedények által felszívatik: akként a fog gyökét borító periodontiumban lefutó vér- és nyirokedények a negatív nyomás következtében magukba fogják szívni a gyökűrben foglalt levegőt. Minthogy pedig a természet, illetve a szervezet légüres tért nem szenved, helyét a foramen apicale-n át beburjánzó kötőszövet fogja elfoglalni.

A gyökkezelés körül felmerülő mindezen nehézségek és a gyógykezelés kétes sikerének kikerülése czéljából már számosan gondolkoztak azon, vajjon nem volna-e lehetséges az arsen-behatásra elhatalmasítani a gyökcsatornában visszahagyott pulpacsonkokat oly állapotba hozni, hogy azok további szétesése meggátolható legyen? Így jöttek létre a különböző pulpacsonkolási eljárások, melyek mindegyikének lényege abban áll, hogy az arsen hatása folytán elhalt koronapulpa kitakarítása után a gyökpulpákat különböző antifermentatív és antiseptikus anyagokkal lefedték, illetve azokat utóbbiakkal imbibálni igyekeztek (Baume, Witzel stb.). Amde a mindennapi tapasztalat azt bizonyítja, hogy az ily módon foganatosított gyökkezelés nem megbízható, eredménye nem kielégítő; vizsgálataim s az ezekből levont, a gyakorlat által feltétlenül jóváhagyott nézetem szerint azért, mivel nem vették tekintetbe ama jótékony vitalis reactiót, melyet az arsenhatás létesített és melynek physiologikus kifejlődését a visszahagyott, relative nagytömögű elhalt rész gátolta.

Rendszerem alapját s kiindulási pontját az a vitalis reactio képezi, melyet az arsen alkalmazása a pulpa szövetében megindít, mely eleinte egy demarkationális gyulladás alakjában jelentkezik, majd az elhalt és élő pulparészletek között (demarkationális vonal) lefűződést von maga után, míg végül a lefűződött s részben új sarjszövetből álló élő pulparészletnek consecutiv zsugorodása által egy a foramen apicale-t tökéletesen kitöltő, fertőzési tényezőknek fokozottan ellenálló, consolidált heg képződéséhez vezet.

A természet a maga csodálatos mysticizmusával védekezik minden benne támadó s benne lefolyó nem physiologikus, tehát pathologikus jelenség és folyamat ellen, védekezése pedig mindenkor a concret állapot szerint változik, de a czélszerűség minden esetben főjellemben marad; így a szív megnagyobodása által compensálja az elégtelenné lett billentyűket; a megbetegedett egyik vese munkáját az egészséges másik vese vállalja magára; a vérbe került bakteriumok által okozott fertőzést legyőzni igyekszik ugyancsak a vérben keringő fehérvérsejtek szaporítása útján, sőt szükség esetén még új segédsaprot — phagocytá — is mozgósít. Gyulladásra lobbol felel és ha a már megtámadott részeket nem is képes megmenteni, de igenis útját igyekszik állani a további rombolásnak, épen úgy, miként az erdőégetést is sorsára bizzák, ellenben a környezetet megvédeni igyekeznek azáltal, hogy az égő erdő körül lecsupaszítják a földet.

Igy védekezik a szervezet az arsen romboló hatása ellen is, melyről tudjuk, hogy a protoplasma-mérgek csoportjába tartozik, ugyanoda, hova a phosphor és antimon.

Jelenléte egyrészt a sejtek protoplasmájának szétesését, majd zsíros elfajulását okozza, másrészt irritáló hatásánál fogva a pulpa hajszáledényei erősen megtelődnek vérrel (rubor, calor), az egész pulpaállomány részben az ily módon keletkezett vérbőség, részben a fejlődő izzadmány miatt megdagad (tumor), a pulpa idegei nagy nyomás alatt állván, a gyuladt területet fájdalmassá (dolor) és működésre képtelenné (functio laesa) teszik; a vörös, de még inkább a fehérvérsejtek az edény falain kivándorolnak (diapedesis), a véráram meglassul, míg végül a keringés teljes megszűnésével a pulpa elhal.

Ezen folyamat azonban nem vonatkozik, nem terjed az egész pulpára; legélenkebben jelentkezik a behatás helyén, tehát rendszerint a koronapulpában, innen lefelé folytatódólagosan gyengül, végre van egy pulpaszakasz, melyben a leírt lobjelenségek oly minimalisak, hogy a szervezet a maga részéről e helyen (*locus minoris resistentiae*) veszi fel a harcát; ellenhatást létesít, reactiv lob fejlődik, mely végeredményében az elhalt részt az élőtől elkülöníti, az előbbi sorsára bizza, az utóbbiban pedig a folyamat tartama alatt bevándorolt leukocyta kötőszövetzaporoást létesítenek, mely később, mint minden fiatal sarjszövet, zsugorodik, visszahúzódása által a foramen apicalet kitölti, míg végül valóságos consolidált heggé változik. Az eszközölt szövettani és mikroszkopizálások, melyeket a clichék elkészülése után bőven le fogok írni, azt bizonyítják, hogy ezen reactiv gyulladás színhelyéül a foramen apicale közvetlen tájéka szolgált, mi ismét csak a természeti erők és befolyások *czélszerűsége* mellett tanuskodik. Természetes, hogy minél inkább elősegítjük a vis naturalist ezen gyógy módjában, annál inkább remélhetünk egy „per primam intentionem“ consolidált heget; viszont, mennél több momentum fogja akadályozni a vitalis reactio normalis, mondhatnám physiologikus lefolyását, annál inkább kell complicatióktól, protrahált restitutiótól tartanunk. Ilyen gátló momentum *a)* a devitalisált pulpának *in toto való visszahagyása*, mert a nekrosis körül szereplő bakteriumok, az ezek által létrehozott ptomainok és toxinok, végül a fejlődő gázak annál inkább fogják irritálni és a gyógyulást akadályozni, mennél nagyobb tömegben szerepelnek. Ebből következik, hogy a devitalisált pulpából annyit kell exstirpálnunk, a mennyit csak modern eszközeink segítségével képesek vagyunk; *b)* a *pulpakamarának idő előtt való elzárása*, mert a minden sebfelület gyógyulásakor lefolyó bio-chemiai processusokhoz oxygenre van szükség (*Genersich*), mi ha jelen nincsen, a physiologikus reactio lobból pathologikus gyulladás fejlődik s a periodontitis kikerülhetetlen. A chirurgiai tapasztalat bizonyítja, hogy nyolcz nap alatt a hyperaemia megszűnik s a sarjszövetek retractionja megindul.

Nem képezi ambitiomat annak a megállapítása, vajjon a fennforgó esetben periodontitis acuta circumscripta idiopathiával, avagy pedig periodontitis acuta circumscripta consecutivával állok-e szemben; épen úgy nem foglalkozom „Überkappalással“ formagen, pulpinol s más hangosan hirdetett „lobot gátló és lobot visszafeljesztő“ anyagok használatával, hanem nyugodt lelkiismerettel, a biztosan kedvező eredmény tudatával alkalmazom kipróbált eljárásomat, s minden olyan fogat, 1. mely csak egy ízben is (főleg az éj folyamán) fájdalmat okozott volt betegnek (*hyperaemia pulpaе, pulpitis partialis* stb.), 2. vagy melynek pulpakamaráját excavatio közben magam nyitottam meg, 3. vagy mely a fogbélgyulladás bármely nemét és fokát is szenvedő: arsenell devitalisálom. 24—48 óra mulva az arsenkötést eltávolítom, az excavatiót befejezem, az üreget a tömés felvételéhez és retentiojához készre formálom, de már ekkor gondoskodom arról, hogy az idegtü könnyű használata czéljából, másrészt az anatómiai viszonyoknak constatálhatása végett a gyökcsatornák bemeneti nyílásait tisztán láthassam, szóval gondoskodom arról, hogy az üreg formálása után a pulpakamrát a maga teljes egészében feltárhassam. Mert valamint lehetetlen egy kulcslyukon keresztül a szoba teljes butorzatát eltávolítani, akként meddő munkát végzünk, ha a pulpakamarának teljes feltárása nélkül akarnók az elhalt pulparészletek exstirpationját foganatosítani; másrészt csak ily módon fogjuk megállapíthatni, vajjon az első felső praemolaris buccalis és palatinalis gyökcsatornái összenöttek-e, avagy pedig nem; hogy az alsó molarisok 2 gyökeréből 3, 4, vagy a mi legritkább, csupán 2 pulpát kell-e exstirpálnunk stb.

A gyökpulpá exstirpationját Donaldson-féle idegtüvel (Nr. 5) eszközölöm, melyet a gyökcsatorna lefutási irányának megfelelőleg óvatosan előrenyomok, s midőn azzal továbbjutnom már nem sikerül, néhány forgással rácsavarom a gyökcsatorna bennékét. Az esetben, ha a csatornák rendkívül szűk volta miatt a tüvel való behatolás és előnyomulás meg volna akadályozva, igénybe veszem a Callahan-féle eljárást annyiban, hogy az 50%-os sósav (nem kénsav!) oldat egy-két cseppjét a forró levegővel kiszáritott pulpakamrába viszem, honnét azt az idegtünek fel s alá tologatása által a gyökcsatornába bejuttatni igyekszem, mikor is a

csatornák belfalának decalcinatioja által a behatolás és exstirpation lehetségessé válik.

Ha azt látom, hogy a további behatolás dacára több pulparészlet már nem kerül az idegtüre: a pulpakamarába carbol-spiritusba mártott kicsiny vattatampont viszik, melyet azután egy nagyobb tiszta vattatamponnal elfedve, ezáltal a teljes üreget elzárom. Az exstirpationt követő *nyolcz napon keresztül mindennap* új tampont viszek a pulpakamarába és az üregbe, a nélkül, hogy csak egyszer is újból megkísérelném vagy megismételném az idegtüvel való behatolást. A *kilenczedik* napon, midőn a foramen apicale tájékán fellépett reactiv gyulladás által létesült és immár le is fűződött élő rész consolidálása annyira előrehaladt, hogy ezen rész vitalis reactioját (hyperaemia, izzadmány, periostizgalom) már nem kell tartanom, mindkét tampon eltávolítása után az üreget forró levegővel kiszáritom és guttaperchéval a külvilágtól elzárom: próbatömés alá helyezem.

Ha a próbatömést követő 2—4 hét eltelte után felrendelt betegemtől azt hallom, hogy ez idő alatt a kezelt fog úgy hideggel, mint meleggel szemben érzéketlen maradt, hogy rágáskor semminemű fájdalmat nem észlelt, szóval, hogy a periodontium részéről izgalmi jelenségek nem mutatkoztak, a fogat megmentettnek tekinthetjük, végleges tömésel elláthatjuk, bekoronázhatjuk, fix hidak részére pillérül alkalmazhatjuk, vagyis elértük czélunkat.

A szürke theorián alapuló eljárásomat a rideg gyakorlati élet fényesen igazolta. Öt év óta rendkívül sok fogat kezeltem kizárólag ez alapon és nyugodt lelkiismerettel mondhatom eljárásomat olyannak, mint a mely soha, egyetlen egy esetben sem hagyott cserben.

A nátha gyógyításáról.

A nátha egyike az ember leggyakoribb és egyúttal legkínzóbb betegségeinek, mely sokszor nem csekély veszedelmet is rejt magában tovaterjedése révén. Tudjuk, hogy a gyermekek örökös náthája mily káros hatással van még szellemi tehetségeik fejlődésére is. Ily körülmények között szinte csodálatos a legtöbb orvosnak közönyössége e betegséggel szemben, valamint az, hogy az orvosok nagy részének mily kevés tapasztalata van a baj gyökeres gyógyítása körül.

Én oly szerencsétlen, vagy talán oly szerencsés vagyok, hogy egész életemben náthában, de főleg csakis náthában, szenvedek. E betegség sokszor megkínzott és nem egyszer kiáltottam fel: „Bár inkább párszor nagyobb betegséget állanék ki, mint hogy e kellemetlen betegséget újra meg újra el kelljen szenvednem!“

Az évtizedek során sokszor volt arra alkalmam, hogy önmagam tanulmányokat tegyek a nátha prophylaxisáról, gyógyításáról, vagy legalább is szelidítéséről, és azt hiszem, hogy nem végzetk felesleges munkát, ha ez irányban szerzett tapasztalataimat röviden elmondom.

1. A nátha prophylaxisa. Ez talán a legnehezebb. Első tényező itt a rendes életmód, solid élet, a meghűléstől való óvakodás. De másfelől fontos a test edzése, el nem kényeztetése és a mi igen fontos, s a mire igen kevesen vagy talán senki sem gondol: a szeszes italoktól való tartózkodás, különösen, ha nátha van készülöben. Ilyenkor semmi se készletti oly nagy erővel kitörésre a náthát, mint a szeszes italokkal való élés, s ezért, ha borivók volnánk is, csak vizet szabad innunk.

A remek Montreuxben, a genfi tó e bájos, idillikus pontján, a híres Uffelmanntól tanultam meg, hogy a kezdődő nátha megszüntetésére vagy legalább is lefolyásának enyhébbé tételére igen jó az orrüreget tiszta táblaolajjal kikenni. Fontos, hogy az olaj tiszta és friss legyen. Az olajjal naponként egyszer-kétszer, felkelés után és lefekvéskor, előbb jól lemosott és leszáritott kisujjunkkal orrjáratunkat, a mennyire csak felhatolhatunk, kikennjük. A kinek szűk az orrnyílása vagy vastag az ujjja, tiszta ecsettel segíthet magán. Az orrüregnek ujjakkal való kikenése helyett az olajat orr-tölcsérrrel is önthetjük az orrüregbe, a mi az előbbieknél czélszerűbb is. Ez az eljárás azonban nemcsak a már kifejlődő nátha esetében, hanem mint prophylaktikus eljárás is igen ajánlható. Sikerül ezzel a náthát sokkal ritkább megjelenésre szorítani.

De vannak esetek, melyekben az olaj nem segít és a nátha mégis kitör. Ilyenkor a Hager-féle folyadékhoz fordulunk, a mivel már eljutottunk a nátha gyógykezeléséhez.

2. A kitört nátha gyógykezelése. A Hager-féle oldatot csak is fő alkotó részeiből, conc. karbolsav-oldatból és ammonia liquidából (aa) készítettem, egymásba öntve a kettőt. Czélszerű az oldatot minden nátha esetében frissen készíttetni, mert hamar bomlik. Ezen keverék gőzéből kétszer vagy háromszor napjában ötöt-hatot szippantunk. A szippantás kellemetlen szúrós érzést okoz az orr nyálkahártyáján, mi azonban csakhamar elmúlik. Ezen eljárással, combinálva azt az olajjal való kikenéssel, kisebb fokú, kezdődő náthát továbbfejlődésében teljesen meg lehet gátolni, erősebb náthát pedig néhány napra tetemesen enyhíteni. Sajnos, erős náthánál a szer hatása csak 3—4 napra terjed ki, mi alatt a csavaró érzés az orrban eltűnik s a kifolyás kevesebb és sűrűbb lesz; de 3—4 nap múlva a nátha ismét erősebben szokott jelentkezni és hasonló kezelésre csak 3—4 nap múlva tűnik el végkép.

Egy igazán jó eljárást használok már évtizedek óta, igen erős, bőven vizenyős náthánál. Ez tiszta faggyúból (úgynevezett sebum cervineumból) készült kúpok alkalmazásában áll, melyek a végbélkúpok mintájára készülnek, csak hogy ezeknél hosszabbak s végükön vékonyabbak és csúcsosabbak. A kúpotat lefekvés előtt vagy esetleg reggel és napközben is, előbb orrunkat jól kifújva, s a kúpot gyertyánál vagy még jobban borseszőlánál gyengén megmelegítve, lehetőleg mélyen orrunkba dugjuk és forgatásuk által orrgödreinket velük jól kikenjük. A hatás csakhamar érezhető, és ha este almaztuk az eljárást, reggelig eltart: a váladék kevesebb lesz, lélegzésünkben könnyülést érzünk és az orrüregben lévő kellemetlen csavaró érzés is megszűnik. A kúpotat „Az oroszlanhoz” címzett gyógyszerárban készítettem évek óta.

Varképződéssel járó eozemás orrhurutok esetében kitűnően bevált a bismuthvaselin-kenőccsel való kikenés. De erre petroleumot nem tartalmazó, tiszta, fehér, amerikai vaselint kell használnunk, még pedig 2 rész bismuthra 1 rész vaselint. A két anyagot finom eldörzsöléssel kell keverni, hogy könnyen szétkenhető, pasztaszerű tömeg legyen belőle. E sűrű kenőccsnek az olajjal vagy lanolinnal kevert vaselinnal szemben az az előnye van, hogy sokáig tapad, az orrból ki nem folyik és külső alkalmazása esetén a ruhával való érintkezésre sem törlődik le.

Végül megjegyzem, hogy erősebb nátha esetében a láz, a nagy fejfájás, az e bajjal gyakran szövődő torokgyulladás és dyspepsia megszüntetésére és csillapítására czélszerű kétszer napjában natrium bicarbonicumot szedni, este és reggel $\frac{1}{2}$ gm. aspirint bevenni, továbbá tömény konyhasó-oldattal öblíteni a torkunkat. —r.

Tárca.

Kölliker Albert.

(1817—1905.)

Az anatómiának és szövettannak nagy gyásza van: a német anatomusok nestora, a leghíresebb histologusok egyike, Kölliker Albert, kidőlt az élők sorából 88 éves korában. Van-e orvos, a ki ezt a nevet nem ismeri egyetemi tanulmányai révén? Hiszen a szövettant és fejlődéstant nem lehet előadni az ő nevének gyakori említése nélkül. Kölliker ifjúkora, tudományos pályájának kezdete arra a nevezetes korra esik, a mikor a sejtelmélet felállításával (1839) az összes biológiai tudományok új alapot nyertek, de különösen a szövettan, a mely addig csak összefüggés nélküli észleletek halmaza volt, e felfedezés folytán hatalmas fejlődésnek kezdett indulni. Kölliker az első egyike volt, a kik az új szövettan fénye mellett megmunkálták a még kevésbé kiaknázott területet. Már a 40-es években elsőrangú tekintélye volt a mikroszkopikus kutatásnak s azóta mindhaláláig megtartotta vezető szerepét ezen a téren szakadatlan sikeres munkássága révén. Nincs fejezete a szövettannak, a melyben ne találkoznánk lépten-nyomon az ő szorgalmas és józan kutatásának a nyomaival. Multak az évtizedek, az a nemzedék, a mely tanúja volt az ő ifjú- és férfikora sikereinek, rég sirba szállt már, de az agg tudós változatlan munkakedvvel, csorbítatlan erővel és lelkesedéssel folytatta kutató munkáját. Szinte tüneményszámba ment, hogy az a férfi,

a ki mint Johannes Müller tanítványa, mint Schwann és Henle kor- és munkatársa valaha (1841) bebizonyította, hogy az ondószálak nem ázalékállatok, a minek addig hitték, hanem a szervezet levált sejtjei, a ki (1846) felfedezte a sima izomsejteket s kimutatta előfordulásukat a test különböző helyein, a szövettannak ez a történelmi alakja még mindig köztünk van, sőt ifjúi hévvel, teljes munkaerejében folytatja még vizsgálódásait a legmodernebb kérdésekről. Még pár évvel ezelőtt csodálattal láttuk a 80 évesnél idősebb tudós szellemi frissességét s physikumának épségét: katonás testtartását, ritka szép, ezüstfehér hullámos fürtöktől körvezt arczának üde kifejezését. S ha az utóbbi 2—3 évben az öreg úr testileg mindinkább össze is esett, kivált nejeinek a halála óta, szellemének ereje nem esökkent: szinte hihetetlen, hogy még röviddel a halála előtt, 87 éves korában dolgozatot fejezett be az idegelemek fejlődéséről. Végül azonban mégis csak kifogott az ő csodás szívósságán az elmulás vas törvénye, s nevével ezentúl már csak a tudomány történetének lapjain fogunk találkozni.

Kölliker nem volt lángész, tehetsége nem ér fel nagy kortársai: Virchow, Henle, Gegenbaur géniusáig, de tudományos egyéniségében rendkívül értékes tulajdonságok egyesültek, olyanok, a melyeknek épen egy oly tudomány vehette hasznát, a mely hirtelen rohamos fejlődésnek indul. Kutatásmódját a részletek iránt való finom érzék, kitűnő megfigyelő tehetőség, óvatosság a következtetésekben, s kivált nagyszerű judicium jellemzi annak a megítélésében, hogy saját vizsgálataiban és mások észleleteiben mi a fontos, mi a realis, mi a további nyomozásra, a bővebb kutatásra, a felkarolásra méltó. E kiváló tulajdonságokhoz a búvárkodás határtalan szeretetén alapuló szívós szorgalom járult, s nagy könnyedség a munkában. Még agg korában is rendkívül könnyen bele tudta élni magát a kutatás új irányába és tárgyaiba; nem volt azon tudósok közül való, a kik ha megöregedtek, már csak azokon az elnyűtt kérdéseken tudnak rágódni, a melyek ifjúkorukban foglalkoztatták őket, s a melyeknek talán sikereiket köszönik. Köllikert a szövettanban mindig azok a kérdések érdekelték leginkább, a melyek leginkább voltak „en vogue”. Így, midőn pár év előtt e sorok írójának egy dolgozata révén reáterelődött a tudósok figyelme az üvegtest fejlődésére, csakhamar irt erről a kérdéstről, s utolsó, még sajtó alatt levő dolgozata is a neuron problémát, ezt az ugyancsak aktualis kérdést tárgyalja.

Kölliker életfolyása kevés változatosságot tár elénk. Mint a szabad Svájcz fia Zürich mellett, Thalweiben született jómódú kereskedő családból. Orvosi tanulmányait Zürichben kezdte meg s Bonnban és Berlinben folytatta. Ez utóbbi helyen való tartózkodása volt döntő későbbi pályájára: itt lobbantotta benne lánggra mestere, a nagy hírű Johannes Müller a zoologia és biologia iránt való lelkesedést; az ő laboratóriumában, hol Schwann-nal egyidejűleg dolgozott, tanulta és szerette meg a mikroskoppal való vizsgálódást. Nagy hatással voltak reá Berlinben a jeles embryologusnak, Remaknak előadásai is.

Első művét 22 éves korában írta; ez botanikai tartalmú volt (Verzeichniss der phanerogamischen Gewächse des Kantons Zürich. 1839). 24 éves korában jeles zoologiai és szövettani művet tett közzé (Untersuchungen über die Geschlechtsverhältnisse d. wirbellosen Thiere u. die Bedeutung d. Samenfäden. 1841), melyet a következő évben egy értékes fejlődéstani értekezés (Obs. de prima insectorum genesi. 1842) követett. 1842-ben Henle, ki akkor a zürichi anatómiai tanszéket töltötte be, prosectorának szegődött. 1844-ben Kölliker rendkívüli tanár lett, s 1847-ben, 27 éves korában, Henle ajánlatára meghívták rendes tanárnak a würzburgi egyetemre. A meghívást elfogadta s ezentúl Würzburgban maradt élte végéig, 58 évig, mint a Julius-Maximilian-egyetem egyik legfőbb díszje.

Eleinte három tárgy volt reá bízva: az anatómia, physiologia és állattan. Kölliker sürgetésére azonban csakhamar külön tanszékeket szerveztek a physiologiának és összehasonlító anatómiának, s így neki az anatómia maradt, melylyel kapcsolatban a szövettant és fejlődéstant is előadta külön collegiumokban. 1849-ben került a würzburgi egyetemre, mint a kór-anatómia tanára Virchow, ki 7 évet töltött ott. Ez a korszak volt a würzburgi egyetem fénykora; Virchow, Kölliker és 1850 óta a híres nőorvos, Seanzoni hírneve nagy hallgatóságot vonzott a würzburgi

egyetem orvosi fakultására. E korszak alapította meg e fakultás hírnevét és nagy látogatottságát, mely csak az utóbbi évtizedben apadt meg.

Köllikernek sok kitüntetésben volt része, többek közt elnyerte az excellentiás címet is, melylyel Bajorországban igen fukarkodnak; így az egyetemi tanárok közül kivüle csak Pettenkofer birta. 1887-ben Kölliker átadta az anatomia tanszékét Stöhrnek, megtartva magának a szövettanét; néhány év előtt ennek a tanításáról is lemondott, s csak laboratoriumát tartotta meg, melyben haláláig folytatta vizsgálódásait, hűsleges praeparator, Hoffmann segédkezése mellett.

Kölliker sima, udvarias, diplomatikus modorú, kissé tartózkodó ember volt. Szellemi fölényét sohasem érezte senkivel. Igen szeretetreméltó tudott lenni, különösen bizalmasabb embereivel, a miről e sorok írójának bőségesen alkalma volt meggyőződni ama két és fél év alatt (1892—1895), a melyet mint prosectora Würzburgban oldalán töltött. Tudományán kívül csak egy szenvedélye volt: a vadászat; erről még agg korában sem tudott lemondani. Fiai közül egyik az orthopaediai sebészet rendkívüli tanára Lipcsében.

Ha Kölliker tudományos érdemeit részletezni akarnók, végig kellene mennünk a szövettan valamennyi fejezetén. Két nagyfontosságú felfedezését már fentebb említettük. A többi közül csak egy párat emelünk ki. 1845-ben felfedezte, hogy az emlős embriók vörösvérsejtjei magtartalmúak s leírta, hogy miképp alakulnak ezek kifejlődött vértestekké. 1850-ben felfedezte a sima és harántcsíkos izmok fibrillumait. 1872-ben közölte nevezetes vizsgálatait a csontfejlődésről, melyekben többek közt leírja a csontresorptiót s a tőle felfedezett osteoklastok szereplését ebben. 1884-ben jelent meg egyik legértékesebb dolgozata: a tüdő szövettani szerkezetét tárgyaló munkája, mely egész sorát tartalmazza az új észleleteknek. 1887 óta főképp az idegrendszer szövettani szerkezetével foglalkozott s különösen tevékeny részt vett a Golgi-féle módszer kihasználásában ez irányban. A neurontan megalapításában és propagálásában nagy része volt. A fejlődéstan terén is nagyjelentőségű felfedezései vannak; így 1880-ban leírta a házinyúl-embryón, hogy az őscsíkból a mesoderma az ektodermából fejlődik, a mely felfedezését a legújabb vizsgálatok (Sehaninsland, Hertwig) fényesen beigazolták.

Nagy érdeme továbbá, hogy meghonosította a szövettanban a physiologiai szempontot. Ez irányban legismertebbek azok a vizsgálatai, a miket a különböző vegyszerek hatásáról tett az ondószálakra. Köllikert a celluláris physiologia egyik megalapítójának nevezhetjük.

Kölliker nagy, általános hírnevét első sorban tan- és kézikönyveinek köszöni. Az első volt, a ki a szövettan tankönyveiben foglalta össze. 1850-ben jelent meg „Mikroskopische Anatomie“ című művének I., 1854-ben II. kötete. Nagyobb népszerűsége tett szert „Handbuch der Gewebelehre“ című könyve, mely 1852 óta 6 kiadást ért és melyet több nyelvre le is fordítottak. A fejlődéstanról is ő írta az első tankönyvet: „Entwicklungsgeschichte d. Menschen u. d. höheren Thiere, 1861.

Szövettani és fejlődéstan munkáin kívül rengeteg irodalmi működése felölelte a zoológiát is. Különösen fiatalabb éveiben foglalkozott ezzel sokat s e téren is nagy érdemei vannak, kivált a gerinczeten állatokra vonatkozólag. A darvinismushoz is hozzászólt, ezirányú elméletével azonban, mely szerint a fajok fejlődése nem fokozatos, hanem ugrásszerű, nem tudott nagyobb hatást kelteni. Általában szerencsésebb kezű volt a részletkutatásban, mint az általános problémák fejtegetésében.

Köllikerrel a legnagyobb histologusok egyike száll sirba; neve mindörökké össze van forrva e tudomány fejlődésével a XIX. században.

Lenhossék Mihály.

Küzdelem a venereás betegségek ellen.

A közegészségügyi egyesület 1905. november 14.-én tartott választmányi ülésén elfogadta Ráskai Dezső dr.-nak alábbi indítványát a venereás betegségek ellen szervezendő küzdelem tárgyában.

Tisztelt Választmány!

1903. február 11.-én és folytatólag márczius 6.-án Kemény Ferencz főreáliskolai igazgató és én „Küzdelem az érzékiség ellen“ címén egy-egy előadást tartottunk. Előadásomban a korai

nemi élet egyik legnagyobb és majdnem elkerülhetlen veszélyére, a nemi bajok neve alá foglalt megbetegedésekkel való fertőzésre mutattam reá.

Ehhez képest előadásomhoz csatolt indítványaim 2. pontja ekkép szólt: küldjön ki az egyesület saját kebeléből egy bizottságot, azt esetleg később a társadalomnak egyesületünk kötelékén kívül álló tagjaival kibővítve, a mely a venereás betegségek terjedése elleni küzdelem módozatait megvitassa, a védekezés módjait megállapítsa és terjeszse.

Tisztelt Választmány! A venereás betegségeknek az egyénre, a családra és az államra háramló veszélyei orvosok és előítélet nélküli laikusok körében igen gyakran képezték megbeszélés tárgyát, a mint hogy vele orvosi, társadalmi és paedagogiai kérdésekkel foglalkozó egyesületek ismételtén foglalkoztak. Mindamellett a czéltudatos védekezést felölelő nagyobb szabású társadalmi mozgalom mindeddig nem indult meg és a mozgalom szolgálatába szegődő segély-csapatok toborozva nem lettek.

Teljesen félretéve, de azért nem alábecsülve a kérdés erkölcsi hátterét alkotó tényezőket, csak orvosi és közegészségügyi szempontból indulva ki, meg kell és lehet találni azokat a módozatokat, a melyek e betegségek elleni küzdelmet hatásossá teszik. Nem kell e bajokban a házasságon kívüli, vagy azt megelőző erkölcstelen nemi élet által és következtében szerzett bajokat látnunk. Száz egyéb útja van a megbetegedésnek. Egész családok lehetnek e betegség ártatlan áldozatai, nincs egyén, nincs hivatás, társadalmi osztály, a mely megvédve volna ellene. A nemi betegség csak beteget szabad látnunk, semmi egyebet, legkevésbé bűnöst. Beteget, ki ép úgy igényli és pedig joggal igényli orvosi, társadalmi és hatósági támogatásukat, mint akármely más fertőző betegség áldozata. Résztétünkre tarthat számot, nem szolgálhat reá sem megvetésünkre, sem húzódo undorunkra.

Egyesületünk a közegészség és köztisztaság számos kérdésében lépett fel kezdeményezőleg, kebeléből sok eszme indult ki és tette meg diadalmas útját, hogy testté válva áldást és egészséget terjeszsen. A közegészség és köztisztaság sokszor kétségtelenül nagyfontosságú, nem egyszer azonban kisebb jelentőségű ágai voltak hatósági intézkedés és társadalmi áldozatkészség tárgyai. Ezen kötelességünk a sexuales hygienével szemben kötelességünk már alapszabályaink értelmében is, a melyek feladatunkká teszik „terjeszteni és meghonosítani az egészség fenntartására szolgáló életmódot és meggyökeresíteni az e czélra szolgáló feltételeket és szokásokat“. Ezen kötelezettség anyagi és erkölcsi támogatása alól pedig nem vonhatja ki magát sem az állam, sem a társadalom.

Alkossunk kiküldendő bizottságunkban oly tényezőt, a mely megindítója és egyben középpontja legyen a nemi betegségek elleni védekezés társadalmi és hatósági actiojának. Terjeszszük mozgalmunkat eleinte fiókjaink által adott, később kibővítendő körökben az egész országra, gyűlések rendezése és szakértelemmel kidolgozott előadások megtartása, felvilágosító népszerű munkák és röpiratok terjesztése által. Gyűjtssünk anyagot és adjunk irányt a prostitúció megfelelő hatósági szabályozásához. Járuljunk hozzá a prostitúció legbőségesebb forrását alkotó socialis okok megszüntetéséhez, a munkásosztály felvilágosítása, lakásviszonyaink javítása, az alkoholismus pusztításainak korlátozása által.

Nem adom oda magam azon reménynek, hogy életre keltjük azon nagy társadalmi és erkölcsi erőket, a melyek ezen vészgyökeres megszüntetésére vezetnének, de azon szerény határok között is, a melyet józan mérlegeléssel tevésünk elé tűzünk, sok a escelekedni való, sok az elérhető.

Ezek alapján kérem a t. választmányt, küldjön ki egy állandó bizottságot, melynek feladatává tételnék, kutatni és felkeresni azon okokat, a melyek a venerikus bajoknak elterjedését Magyarországon területén oly nagy mértékben okozzák, felkeresni és megtalálni azon módokat, melyek az előzetes indokolásomban jelzettekhez képest lehetővé teszik, hogy ezen bajok elleni küzdelmet, ha nem is a teljes siker, de a viszonyok javulása reményében felvehessük. Ehhez képest, hatalmaztassék fel ezen állandó bizottság arra, hogy munkálataihoz azon testületek és hatóságok képviselőit meghívassa, a kiknek közreműködését a tudományos megvitatás és praktikus kivitel szempontjából kívánatosnak tartja.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Loewenfeld: Über die geistige Arbeitskraft und ihre Hygiene. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1905.

Szerző e munkájában először a szellemi munka tulajdonosságait tárgyalja és azon eredményre jut, hogy a szellemi munka olyan képesség, mely gyakorlattal bizonyos fokig fejleszthető, melynek nagysága azonban az idegrendszer szervezeti viszonyaitól függ. Ezután következik a szellemi munkaerő élettani ingadozásainak tárgyalása, befolyással van arra a kor, nem, faj, klíma, évszak, külső körülmények, a munka megszakítása, a kedélyállapot, affectusok, a táplálkozás, élvezeti szerek, alkohol, kávé, tea, testi gyakorlat, az alvás és nemi működés. A munkaerő szenved nemcsak az idegbajokban, hanem a belső szervek bajaiban is.

A fiatal kor szellemi egészségében a könyv az iskolai túlerőteltséggel is foglalkozik, és a középiskolai tanítás minősége ellen több kifogása van, mint a mennyisége ellen. E tekintetben a túlerőltetés nélküli gyakorlás volna a helyes vezérfonal. Nehéz megállapítani, hogy a felnőtt ember mennyit dolgozzék; általában ugyan a fáradtság beállta ad tanácsot a munka abbahagyására, de a tudóst, író, művészt elragadja munkájának varázsa, nem érez fáradtságot, a mi könnyen arra viszi, hogy túlsokat dolgozzék, ebből álmatlanság, fejnemű és egyéb ideges tünetek fejlődhetnek. A túlbő étkezés káros a szellemi munkára, az étkezés német beosztása kedvezőtlen, helyesebb volna délben más országok szokása szerint keveset enni, és így rövidebb időre szakítani meg a szellemi munkát. Az ebéd utáni siesta kis munkaképességű öreg embereknek való. Az alkohol még kisebb mennyiségben is káros a munkabírásra, a kávé és tea élénkít, de káros, ha az a célja, hogy olyan hosszú idejű munkára képesítsen, melyet ezen izgató szerek nélkül nem lehetne elvégezni. Ilyenkor nemcsak az alvás hossza, hanem annak mélysége is szenved. Ettől eltekintve, az éjjeli munka korántsem olyan káros, mint a milyennek feltüntetni szokták, különösen nem áll az, hogy reggel jobban lehetne dolgozni. A szórakozás néha hasznos, de nagyon egyéni dolog az, hogy kit mi szórakoztat és arra is tekintettel kell lenni, hogy a nagyon kifárasztott embernek pihenésre és nem szórakozásra van szüksége. A szórakozás ne legyen fárasztó, pl. ne zavarja az alvást. Az ülő szellemi munkásnak testgyakorlat és sportok lehetnek pihenői. A szükséges alvás hossza tekintetében a leghelyesebb, hogy azt mindenki próbálja ki magamagán. Az álmoságerzésre bízni a lefekvés idejét azért nem lehet, mert némelyik ember a munka közben nem lesz álmos, ha az álmoság tünetei korán jelentkeznek, annak azonnal engedni szintén nem kell. Itt sokat tesz a gyakorlás. A szünidőkre mindenkinek szüksége van, annak felhasználása annyira egyéni, hogy e tekintetben csak általános tanácsok adhatók. Némelyik szellemi munkás csinos helyen, bő ellátású pensióban, mérsékelt szórakozással, kevés mozgással vagy semmittevésel tölti szünidejét, a másik fárasztó módon mászik az egyik hegyről a másikra, vagy kerékpárján kilométerreccokra törekszik, és mind a kettő a maga módszerét magasztalja, azzal meg van elégedve, és újból munkára képesen tér haza. Mindenesetre rossz, ha az amúgy is sokat ülő munkás szünidejét korezmában ülve tölti, de a fárasztó hegymászás és sportok túlságos hajszolói is nem egyszer utazásuktól kifáradva térnek a munkához, a mi által a munkaképesség szenved. A munka minémiségének változtatása is lehet pihentető, a ki nehéz kérdésben megakad, sokszor jól teszi, ha máskorra halasztja a folytatását. Az irodalmi munkásságban nagyon könnyű a diktálás, mert diktáláskor az író jobban foglalkozhatik gondolataival. A ki ilyenkor mindig ül, annak vérkeringése szenved, annak a ki áll, a lába fárad el, azonban állás és ülés váltakozása ajánlatos. Az egyes ember szellemi munkabírása része az ország munkaképességének és így annak fejlesztése és megóvása az ország érdeke.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az icterus pathogenesiséről értekezik Gerhardt a Münch. med. Woch. 1905. évi 19. számában. Bizonyos esetekben ugyanis igen egyszerű az icterus keletkezését megmagyarázni, így akkor, a mikor a főepevezeték kő, nyákadagasz, vagy tumor comprimálnán, az epe az összeszorítás helye felett pang s resorbeáltatván, a vérbe illetőleg a szövetekbe kerül. Vannak azonban olyan esetek, a mikor kétségtelen, hogy az epe szabad elfolyásának semmi sem állja útját. Ide tartoznak azok az esetek, a melyekben az icterus nagy belső vérzések, phosphor-, arsen-, anilin-, gomba-, halmérgezés után, vagy pneumoniával, szívhajjal, pyaemiával kapcsolatban jelentkezik. Ide tartozik végre az icterus neonatorum is. Ezekben az esetekben azt vették fel, hogy az epefesték directe a vérfestékből lesz s azért ezeket haematogen icterusoknak nevezték el, szemben a hepatogen vagy resorptiós eredetűekkel. Nagyon kérdéses azonban, hogy az epefestéknek illetően, directe a vérfestékből való készülése lehet e olyan mérvű, hogy a képződött epefesték az egész testet megfesthesse. Tény az, hogy az icterus keletkezésékor az epe bővebben folyik és festékben gazdagabb mint azelőtt, csakhamar azonban sokkal szívosabb, nyúlósabb és festékben szegény lesz, jelölül annak, hogy ez immár az epehólyag és a nagy epeutak váladéka. Ebből már most az következik, hogy minthogy az epe szívosabb és festékben gazdagabb volt, nem volt többé képes a finomabb utakon át lefolyni, ott pangott és innen resorbeáltatott. Az ilyen icterus tehát polycholiára, vagy mint Stadelmann nevezi, pleiochromiára vezethető vissza. A pleiochromia viszont onnan keletkezik, hogy a vérben sok haemoglobin ronsoltatik el s ilyenformán a májhoz sok epefesték képzésére való anyag jut. A fentebb említett mérgezésekben ezek után könnyű az icterusnak nagyon valószínű magyarázatára akadnunk. Az illető mérgek elroncsolják a vörösvérsejteket, a szétesett haemoglobin nagy része epefestékké alakítatik át a májban, az epe ezáltal festenydús és szívos, nyúlós lesz s pangván a kis epeutakban, resorbeáltatik. Az icterus tehát itt is a kis epeutakból történő felszívódás útján jött létre, vagyis voltaképpen ez is hepatogen. A többi, régebben haematogennek tartott icterus-alak ugyanígy visszavezethető a vörösvérsejtek szétesésére és az ezáltal előidézett polycholiára. Hogy szívhajhoz társuló icterusban szintén fokozott vörösvérsejtszéteséssel van dolgunk, azt legalább is nagyon valószínűvé teszi a tüdőben ilyenkor található vastartalmú pigment és némely belső szerv haemochromatosisa. Ismeretes, hogy az icterus neonatorum főleg olyan gyermekeknél fordul elő, kiknek köldökét későn kötötték le s a kiskorúaknál a placenta felől relative nagy mennyiségű vér ömlött szervezetükbe. Nagy a valószínűség, hogy itt a fölös mennyiségben bejutott vér szétesése okozza az icterust. Kétségtelen tehát, hogy bár ezekben az esetekben a vér elomlása képezi a primaer okot, maga az icterus végeredményben mégis csak hepatogen.

Egyes szerzők újabban nemcsak az epeutak és vezeték, hanem directe a májsejtek megbetegedésére is gondolnak az icterus némely alakjánál, a mikor a májsejt megbetegedése pl. arra vezetne, hogy az epe kiválasztatván, nem az epeutakba, hanem a vérbe vezetettik. Ezt az állapotot Pick paracholiának, Liebermeister acathectikus icterusnak, Minkowski az epe parapedesisének nevezi.

Cholelithiasisnál a régi felfogás szerint kétféleképpen képződhetik icterus. Az egyik esetben az epekőalaktól, miközben a kő áthalad a ductus choledochuson, a másik esetben, a mikor a chronikus forma képződik, a mikor a kő állandóan oda van tapadva vagy ékelődve a choledochus falához. A modern felfogás ehhez azt fűzi hozzá, hogy egyfelől a kő maga nem az egyetlen oka ilyenkor az icterus kifejlődésének, másfelől a beékelődött kő daczára nem kell okvetlenül sárgaságnak kifejlődnie. Nagyon könnyen meglehet, hogy ilyenkor infectio útján cholangitis diffusa is van a kővel együtt jelen, mely az egész epevezetékrendszerre kiterjedve, icterust hoz létre. A chronikus esetekben különösen jogosult az infectiora gondolnunk, a mennyiben sebészek akárhányszor tapasztalják, hogy az icterus néha csak napokkal, sőt he-

tekkel a kö eltávolítása után szűnik meg, sőt hogy az icterus olykor csakis a kö eltávolítása után tör ki egész intenzitásában.

A májcirrhosis rendszerint csak könnyebb bőrsárgulást okoz s bilirubin rendszerint csak kis mennyiségben jelenik meg a vizeletben. Vannak azonban igazi atrophikus májcirrhosisok, a melyek állandóan tartó, vagy időközönként fellépő intenzív icterussal járnak.

Ez idő szerint legkevésbé az icterus simplex vagy catarrhalis eredete van tisztába hozva. Vannak azonban támpontok arra nézve is, hogy valamely infectionnak itt is jelentős szerepe lehet s hogy az epefolyást feltartóztató nyálkadugáson kívül az epevezetékrendszer peripheriáján is kell olyan okoknak lenni, melyek az epe pangását előidézik. Erre mutat legalább az, hogy néha az egész tájék nagyon fájdalmas, érzékeny, duzzadt, hogy a baj nem ritkán a lép jelentékeny megduzzadásával jár együtt, hogy a catarrhalis icterus olykor epidemiaszerűleg jelentkezik s hogy végre gyakori az átmenet a könnyű catarrhalis formából a súlyosba.

Marikovszky dr.

Belgyógyászat.

Az epeköbántalom kezeléséről ír *Rosenheim*. A cholelithiasis szerző tapasztalatai szerint igen gyakori bántalom: míg gyermekeknél ritka, a felnőttek 10%-a szenved epekövek miatt. Nőknél 3-szor oly gyakori, mint férfiaknál. A köképződés oka az epeutaknak haematogen úton — pl. typhus után —, vagy a mi jóval gyakoribb, a bél felől történő fertőzése.

A köképződést, vagy ha már vannak kövek, a roham jelentkezését elősegítik a szív és máj keringési zavarokkal járó bántalmak, az elhíjasodás, nőknél a fűző használata s a graviditás, nemkülönben kedélyi izgalmak.

Kevésbé tesz köképződésre hajlamossá a túlbő táplálkozás, az alkohol s e bajnál az öröklésnek nincs kimutatható szerepe. Az infectio következménye az epehólyag gyuladása s ennek könnyű vagy súlyos voltától függ a klinikai kép minősége: a cholecystitis ugyanis lefolyhat tünet nélkül is, s viszont rendkívül súlyos tünetekkel is járhat, s epehólyag körüli gyuladáshoz, májtályogképződéshez, heveny és idült pankreasgyuladáshoz vezethet. A köképződés rendes helye az epehólyag, de elég gyakori az az epevezetőkben s ritka az epeutakban.

Fontos tudni, hogy a cholelithiasis sárgaság és típusos roham nélkül is lefolyhat, sőt hogy a csak az epehólyag bántalmazottságával járó esetek nagy többségében a sárgaság is hiányzik. A béltractus úján minden tünet nélkül távozhatnak epekövek, sőt nagyobb kövek jelenlétében az epehólyag és duodenum közötti sipolyképződés sem jár mindig szembeötlő tünetekkel. Kólikás fájdalmakat az esetek jó részében hosszú időn át nem észlelhetni, sőt az is előfordul, hogy a concrementumok teljesen elzárják az epevezetést s mégsem jelentkezik epekökólíka, csak pontosan nem localizálható fájdalomosság és emésztési zavarok képezik a beteg panaszát. Egyébként a gyomor megbetegedését epeköbaj mellett gyakorta észlelhetni: gyakran subaciditás van jelen, máskor csökkent a gyomor motilitása, atoniás, sőt tágult is az.

Májmegnagyobbodást heveny epekökólíka kapcsán nem mindig találhatni: ha sárgasággal jár a baj, akkor nagyobb a máj is, egyébként azonban, ha a baj csakis az epehólyagra szorítkozik, ez megduzzad ugyan, a máj megnagyobbodása azonban elmarad. Gyakori a tumorképződés mint a pericholecystitis következménye s az epehólyagnak a szomszédos szervekkel való összetapadása könnyen álképletet imitálhat.

Az epeköbántalom az esetek többségében magától lefolyó, jóindulatú betegség, lefolyása azonban szabálytalan és kiszámíthatatlan: bármely perczen kimutatható igaz ok nélkül megszűnhetnek a baj következtében már teljesen elgyengült beteg panaszai.

Cholelithiasisban a belgyógyász feladata a bajt latenssé tenni, *quieta non movere*. Gyógyítani a betegséget csak a sebész tudja, beavatkozása azonban nem veszélytelen s azért nagyon megfontolandó; az esetek nagy többségében belső szereléssel sikerül a bajt nyugalmi stadiumba hozni, a cholecystitist és cholangitist, nemkülönben a gyomor-béltractus részéről jelentkező complicatiokat megszüntetni. Az úgynevezett cholagog és kőhajtó szerek alkalmazásával többet árthatunk a betegnek, mint a mennyi a

tényleges haszon. A kövek feloldása nem lehetetlen ugyan, de problematikus.

Epekökólíka rohamban 1—2 cgm. morphint, esetleg extr. belladonnae-t rendelhetünk; czélszerű a 2 szer együttes adagolása. Jó hatása van a májtájon alkalmazott forró borogatásoknak és a forró italoknak is. Ha elmúlt a kólíka, ne keljen fel az ágyból a beteg, csak ha az epehólyag nyomásra már nem érzékeny.

Epeköves beteg fűzőt ne viseljen s mély légvételekkel igyekezzék növelni a rekesz excursióját. Néha testgyakorlatok jól hatnak. A keringési zavarokat szakavatott által végzett massage szüntetheti s a meleg fürdők befolyása is kedvező lehet, hideg víz alkalmazásától azonban óvakodni kell.

A beteg étrendjét a komplikáló gyomorbántalomnak megfelelőleg szabjuk meg: ha ép a gyomor, úgy csak túl hideg, zsíros és fűszeres ételek élvezetétől óvjuk a beteget, naponta 5-ször étkezzék, kosztja *vegyes* legyen. A meleg italok nagyon ajánlatosak. Czélszerű éhgyomorral naponta 2—3 deciliter giesshübl, bilini vagy fachingeni vizet itatni. Naponta legyen széke a betegnek: a hashajtók adagolása azonban óvatosságot igényel. A karlsbadi kúrának csak sárgasággal és májmegnagyobbodással járó esetekben van czélja: gyomortágulat esetén pedig Karlsbad egyenesen ellenjavalt.

A minduntalan kiújuló, súlyosabb természetű esetekben is jót tehet a 3—4 heti nyugalmi kúra. Gyógyszerek közül még a jodkali (0.5—1.0 pro die) és calomel (3×0.005 —0.01) ér leg-többet. Az olajkúrának az epeköbántalomra alig van befolyása, az epekökólíkahez gyakorta társuló colitistól ér spastikus szék-szorulásnál napi 150—200 gm. olaj klysmá alakjában vagy mint *eunatrol*-pillula jól alkalmazható. A heveny fertőző cholecystitis, az epehólyag empyemája, a májtályog, pericystitikus összenövés, az epehólyag hydropsa, a kö okozta ileus, alterált közérzet mellett *remittáló* láz a sebészi beavatkozást teszik szükségessé. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. 41. szám.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A vesesebészet haladásáról az utolsó évtizedben érdekes monographiát állított össze *Wagner* a lipcei egyetemről. A vesesebészet minden egyes fejezetéről áttekinthető képet igyekszik szerző nyújtani. Az első rész a *traumás vesesérülésekkel* foglalkozik, körülírja, mikor van helye a conservatív kezelésnek és mikor az operatív beavatkozásnak. A primaer totalis nephrektomiát javaltnak azon esetekben tartja, ha a vese teljes szétrombolása, vagy a nagy vesedények, vagy az ureter szakadása van jelen, továbbá a vese harántirányú teljes kettészakadása esetén, ha egyúttal a vesemedence szakadása is megállapítható. Sértetlen vesemedence esetén a partialis nephrektomiát meg lehet próbálni. A statisztikai összeállítás 490 esetre vonatkozik, midőn nem complicált subcutan vesesérülés volt jelen; 327 esetet exspektative kezelték 21.1% halálalossággal; 163 operatív beavatkozás közül conservatív operatióra esik 85 eset 11.7% halálalossággal, nephrektomiára 78 eset 17.9% halálalossággal. A második részben a *vándorvese* sebészetével foglalkozik s azon meggyőződésre jut, hogy nephropexia csak azon esetekben javalt, midőn a tünetek kizárólag a vese mozgékonyasága által vannak feltételezve, mert ha egyúttal enteroptosis is van jelen, úgy műtét után ugyanazon panaszok továbbra is fennállanak. A 3. rész a *hydronephrosis*, *pyonephrosis*, *haematonephrosis*-ról szól; szerző nagyon konservatív álláspontot foglal el, primaer nephrektomiát nem végez, mert a legtöbb esetben még van secernáló veseparenchyma, melynek eltávolítása a másik vese gyakori alteratioja mellett végzetessé válhatik. A 4. részben a *vese és vesemedence genyes gyuladásairól* szól, itt is előbb a conservatív kezelésnek ad helyt, a *Kelly* és *Casper* által ajánlott vesemedencezomosásnak per vias naturales tulajdonít jelentőséget; csak ha pyelostomia, a vese kettéhasítása nem segít, végez secundaer nephrektomiát. Az 5. részben a *vesekövekkel* foglalkozik a szerzőtől megszokott conservativizmussal; primaer nephrektomia csak kivételes esetekben engedhető meg, nephrolithotomiával gyakran czélt érhetünk, nem iníciált vese esetén *Rovsing* 115 eset alapján csak 6.08% halálalosságról számolt be. Calculus anuria esetén azonban szerző sem jár el oly

conservative, a mennyiben 24 órán belül feltétlen műtétet ajánl. A 6. részben a vese *rosszindulatú daganataival* foglalkozik; feltétlenül a totalis nephrektomia híve annál is inkább, mert az operatív halálozás Israel szerint alig 18%. A 7. részben a *nephrophthisis*-ről szól, a primaer nephrektomia híve s felhívja a figyelmet azon körülményre, hogy mily kedvező befolyást gyakorol a vese-kiirtás a hólyagtuberculosis gyógyulására s ebben *Kümmell* álláspontjával megegyezik. A 8. rész a *Bright-kórral* foglalkozik, az *Edebohls*-féle vesedecapsulatiótól gyógyulást nem észlelt, nem is reméli, hogy az ez irányú kísérletek eredményre vezessenek. *Edebohls* esetei közül csak az egyoldali (!) morbus Brighti esetek javultak, ezek nem is voltak Bright-kór, hanem vándorvese által feltételezett nephritisek, a melyek a vese fixálása folytán javultak.

Az operatív technika haladása mellett tanúskodik, hogy a lumbalis nephrektomiák (722 összegyűjtött eset) közül a vese-sebészet első decenniumában 43.9%, a másodikban 26.9%, a harmadikban 17% halt meg s van reményünk arra, hogy a jövőben a diagnostika és technika haladásával még szebb eredményeket fog a sebészet felmutatni! (Berliner Klinik 1905, 204. szám.)

Steiner Pál dr.

Epeút-tüdőfistulát gyógyított meg a ductus hepaticus feltáráásával, a beléje ékelt diónagyságú kő eltávolításával s az epeutak drainage-ával *Mayo Robson*. A 28 éves beteg 9 éven át ürített naponta 1½—2 liter mennyiségű, igen bűzös, sok epét és nyenget tartalmazó köpetet, előzőleg epekő-kólikája volt; betegsége folyamán erősen lesóványodott, széke teljesen acholiás volt. A műtét rapid gyógyulást hozott létre. Az irodalomban hasonló műtét által gyógyult epeút-tüdőfistula csak egy van feljegyezve (*Shmith és Rigby*).

Az epeutaknak a tüdővel való közlekedése legtöbbször epekő által tételiztetik fel és pedig úgy, hogy egy pericholangoitikus tályog képződik, mely azután a májnak a diaphragmával s a diaphragmának a tüdő alsó felületével való összenövése után áttör a tüdőbe. Böven epés köpet a nagy epeutak elzárása mellett szól, mint ebben az esetben s azért ilyenkor az epeutak drainage-a és az akadály eltávolítása gyógyulást eredményezhet. Ha a köpet csak gyengén epés, akkor a tüdővel csak kisebb epeút kommunikál s a tályog direct feltárása válik szükségessé.

Az epekövön kívül echinococcus, ascarisok, tropikus májtályogok áttörése a tüdőbe okozhat epés köpetet. (The practitioner, 1905. július.)

Pólya.

A subclaviának egy a carotisra s az innominatára reá-terjedő aneurysmáját teljes sikerrel szüntette meg *Barling* oly módon, hogy az axillarist és a carotist az aneurysmától distalisan lekötötte; compressio és hosszas (körülbelül 8 hónapos), a karnak a mellkashoz való kötése által biztosított nyugalom alatt az aneurysma teljesen visszaféjlődött. (The Lancet, 1905. 4281. sz.)

Pólya.

A coecum tuberculosus fekélye tipikus acut appendicitis roham képét nyújtotta *Turner* esetében. A 34 éves nőnél sem tuberculosus terheltség nem volt jelen, sem tuberculosus gócz organismusában nem volt kimutatható. A diagnosist csak a coecumból kiirtott fekély histológiai vizsgálata adta meg. Műtét után a beteg szépen meggyógyult. (The Lancet, 1905. 4281. sz.)

Pólya.

Húgszervi betegségek.

A húgycsőszűkületek kezelésének új módját ajánlja *P. Asch*, a mely abban áll, hogy a húgycsőtükörbe pontosan beállított szűkült helyeket jodtincturával erősen ecseteli; az igen kemény, ellenálló szűkületeknél ezt megelőzőleg éles kanállal kikaparja a hegszövetet. Az első ecsetelések után rendszeren erős reactio lép fel; tapasztalatai szerint azonban 5—10 ecsetelés elegendő a szűkület megszüntetésére, a mit az által ér el, hogy mihelyt az infiltrált helyek megpuhulnak, az ecsetelés mellett a rendes sondakezelést is foganatosítja. Ezen eljárásra azonban csak 10 Ch.-nél tágabb szűkületek alkalmasak. (Centralbl. f. d. Krankh. der Harn u. Sexualorgane. XVI. kötet, 7. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A stovaint mint érzéstelenítőt *L. Kendirajy* és *V. Burgaud* a húgyivarszervi sebészetben 140-szer és pedig a következő ese-

tekben használták: körülmetélésnél, monyconkításnál, a gáton levő tályogok és sipolyok megnyitásánál, a herezacskónak varicocele miatt végzett resectiojánál, herekiirtásnál és hydrocele radikális műtéténel, továbbá a húgycsővön és monyon végzett sebészi beavatkozásoknál és egy ízben urethrotomia internánál. Átlag 4 centigrammos adagokat használtak. Káros utóhatását sehol sem tapasztalták, idiosyncrasiáról szó sem lehet és ha bármely betegnél rossz eredményt érnek el, úgy ennek oka csakis a szer hibás alkalmazásában keresendő. Megfigyelésük szerint a spontán anaesthesia jóval tovább tart, mint a sebészi; ez magyarázza meg azt, hogy sok beteg a sebet még néhány órával a műtét után sem érzi; ezzel egyidőben elég gyakran az alsó végtagokban paralytikus tünetek is jelentkeznek. Két beteg műtét közben hányt, 3-nál a végbélzáróizom hirtelen elgyengülése következtében hirtelen defaecatio állott be, egynél pedig fokozott transpiratiót észleltek. Ezen apróbb incidensektől eltekintve, az összes betegek közérzete úgy műtét alatt, mint az után teljesen kielégítő volt, sem az érverésben, sem a légzésben eltérés, sem pedig syncope nem állott be. A hőmérséklet a befecskendezés napján sohasem emelkedett 38°-on felül. Műtét után 12 beteg fejfájásról panaszkodott, ez azonban a legtöbbször néhány óra múlva magától megszűnt. (Allgem. medic. Centralzeitung, 1905. 24. szám.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A *bornyval* nevű valeriana-készítményt *Krogh* nagyon jó eredménnyel használta szívneurosisokban, továbbá hysteria azon eseteiben, melyek szédüléssel, félelmi vagy izgalmi állapotokkal voltak kapcsolatosak. Kellemetlen melléküneteket sohasem észlelt. A bornyval ¼ gramm hatóanyagot tartalmazó vörös gelatinatokban jön forgalomba. Az adag 3—4 ilyen capsula naponként. 25 capsula ára 1 márka 80 fillér. (Deutsche Praxis, 1905. 14. sz.)

„*Riedels Kraftnahrung*“ elnevezéssel néhány év előtt egy táplálék-készítményt hoztak forgalomba, melyről már többen elismerően nyilatkoztak. Újabban *Steiner* tette közzé a vele szerzett tapasztalatokat, a melyekből kitűnik, hogy a betegek a készítményt nagyon jól tűrik, testsúlyuk emelkedik, étvágyuk javul. A készítmény maláta-kivonatból és tojássárgából készül. Gyermekeknek kávé-, felnőtteknek pedig evőkanalanként adandó leveshez, pépekhez stb. keverve. (Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, 1905. 12. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1905. 45. szám. *Hirsch Miksa*: Epidurális injectiók. *Ursziny Gyula*: Az alszártörések gyógyítása. 46. szám. *Salgó Jakab*: Az úgynevezett csökkent beszámítású egyének. *Stein Adolf*: Röntgen-átvilágítás vagy fényképezés?

Orvosok lapja, 1905. 45. szám. *Kolozs Mihály*: Anthrax-fertőzés embereken. 46. szám. *Baumgarten Samu*: Nyaki zsigerivjáratsipoly gyökeres műtete.

Budapesti orvosi újság, 1905. 45. szám. *Csiki Mihály*: Spirochaeta-pallida leletek luesben. „Fülészet“ melléklet 4. szám. *Schwarz Edé*: A fülkagyló perichondritiséről. 46. szám. *Manninger Vilmos*: A Delorme-féle operatio. *Haidegger Lajos*: Méhenkülső terhesség 52 éves nőnél. „Fürdő- és vizgyógyászat“ melléklet 4. szám. *Okolicsányi-Kathy Dezső*: A vizgyógyászat és klimatologia graphikus oktatása.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. november 17.

— **Kinevezés** Maros-Tordamegye főispánja *Nyerges Gábor* dr.-t Marosvásárhely főorvosává, *Kozma Imre* dr.-t pedig rendőrorvossá nevezte ki. — **Torontálmegye** főispánja *Báthory Endre* dr.-t a nagybecskereki József-kórházhoz segédorvossá nevezte ki.

|| **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következőket választotta meg: Az I. sz. kórboneztani intézethez: *Müller Kornél* dr.-t díjazott és *Horváth Mihály* dr.-t díjazatlan gyakornoknak. A II. sz. kórboneztani intézethez: *Királyfi Géza* dr.-t első, *Gyenes Vilmos* dr.-t második tanársegédnek, *Dumitreanu Viktor* dr.-t és *Makai Endre*-t díjas gyakornak, *Goldzieher Miksa*-t, *Kern Tibor*-t és *Koller Béla*-t díjtalan gyakornoknak. A szemklinika-hoz: *Barlay János* dr.-t első és *Török Ervin* dr.-t második tanársegédnek. Az általános kórtani intézethez *Picker Rezső* dr.-t második tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. sz. anatómiai intézethez: *Russay Andor* díjtalan gyakornoknak. A

gégészeti intézet: Steiner Miksa dr.-t gyakornoknak (meghosszabbítás). Ugyanazon ülésben a Sztányi-féle ösztöndíjra a tanártestület első helyen Sztanojevics Lázár orvostanhallgatót terjesztette fel.

× **Róth-Schulz Vilmos** dr. orvosi gyakorlatát *Nervi*-ben (Riviera di Levante) újból megkezdte.

↑ **Az orvosi tudomány történetéről** vetített képek bemutatásával hat előadást tart a népszerű főiskolai tanfolyamon *Györy Tibor* dr. egyetemi magántanár. Az előadások helye a tudomány-egyetem Főherceg Sándor-utcai épületének tanterme, ideje pedig november 17 és 24, továbbá december 1, 15 és 22, mindenkor este 1/27 órakor.

+ **85 éves collega** részére újabban adakoztak: *Müller Kálmán* tanár 20 kor., *Temesváry Rezső* magántanár 10 kor., „Petőfi” újság-, könyvkiadó és hirdetési vállalat 10 kor. Ezt hozzáadva a mult számunkban kimutatott 48 koronához, eddigi gyűjtésünk összege 88 korona.

† **Elhunyt.** *Kádár Andor* dr. székesfővárosi orvos 28 éves korában.

↑ **Hygienikus borbélyműhely.** A mint *Neustätter* a „Hygienische Rundschau” című folyóirat ez évi 15. számában írja, Münchenben egy olyan borbélyműhely van, a mely hygienikus szempontból kifogástalannak mondható. A kéfek olyanok, hogy fából készült tartójukból kivehetők és gőzben sterilizálhatók. A fésűk alumíniumból készültek és vagy főzéssel, vagy áramló gőzzel sterilizáltatnak. Valamennyi vágó szerszámot rottetinba tesznek vagy szappanos borszesz-zsel fertőtlenítenek. A szappanos sterilizálható esettel történik. Poralakú szappant használnak; ezt a minden egyes esethez szükséges mennyiségben jól elzárt üvegekből veszik ki. A lemosás kizárólagosan jól kifőzött vászondarabakkal történik, a behintés pedig vatta-gömpolyokkal, melyeket fogóval tartanak. Minden törülközőt csak egyszer használnak. A nagy köpönyegek a bőrrel nem juthatnak érintkezésbe, mert papírból készült gallér akadályozza ezt meg.

> **A Finsen-émlékűre** eddig már körülbelül 100.000 korona gyűlt össze. Edward király 1200 K.-t, Alexandra királyné 2400 K.-t adott e célra.

+ **A vizsgák okozta idegességről** írt néhány hét előtt cikket *E. Hess* a „Medizinische Klinik” című folyóiratban. Ezzel kapcsolatban most egy német orvos önmagán tett tapasztalatát közli: érettségi vizsgára készülése idejében kiterjedt area celsi-t kapott, a mely a vizsga után minden kezeléssel nélkül megszünt; ugyanez még három ízben ismétlődött nála: a physicum, az orvosdoktori szigorlat és az államvizsgálat letévésének idejében.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** október hóban összesen 713 esetben nyújtott első segélyt; ezenkívül 537 szállítást végzett, 60 esetben teljesített mozgóorségi szolgálatot és 21-szer vonult ki vaklármá esetén. A október havi működési főösszege tehát 1331.

× **A budapesti egyetem II. nőbeteg klinikájával** kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét október hóban 125 esetben vették igénybe; a műtétek száma 79 volt.

— **A budapesti poliklinika betegforgalma** október havában 3338 volt; a rendelések száma 10071 volt.

Megjelent: Budapest székesfővárosi közpályáinak évkönyve. 1904. A megszokott gondos és lelkiismeretességgel összeállított munka a statisztikai és gazdasági adatokon kívül a következő tudományos dolgozatokat tartalmazza: *Pertik Ottó*: Ritkább kórboneczani leletek. *Ángyán Béla*: Icterus syphiliticus 3 esete. *Gerlóczy Zsigmond*: Serumtherapiával elért eredmények diphtheriánál. *Genersich Antal*: Érdekesebb esetek az István-kórház boncolási anyagából. *Székes Béla*: Mediastinalis tumor esete. *Havas Adolf*: Erythema exsudativum különös alakja. *Böke Gyula*: A membrana Shrapnellii kóros elváltozásai. *Donath Gyula*: Új adatok a Landry-féle paralysishez. *Krepuska Géza*: A vízszintes ivjárat arrosioja következtében fejlődött nagymérvű szédülés műtéssel gyógyult esete. *Prochnov József*: Adatok a has sebészetéhez. *Stein Adolf*: A hólyagkövek röntgenképe. *Körmöczy Emil* és *Jassniger Károly*: A mesterséges szénsavas fürdők befolyása az anaemiás betegekre. *Pólya Jenő Sándor*: Adatok a peripherikus vérerdaganatok sebészetéhez. *Preis Károly*: Homályos aetiologiájú dermatitis universalis-esetek. *Steiner Miksa*: Az alsó kagyló hypertrophiájának kezeléséről.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 41. hetében (1905. október 8.-tól október 14.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Élveszületett 435 gyermek, elhalt 236 egyén, a születések tehát 228-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 4, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordis 11, morbi myocardii 8, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 2, pneumonia 11, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 37, emphysema pulm. 5, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 21, 2 éven felüli 5, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocell. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 4, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1,

diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 5, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 0, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 3, lues congenita 1, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 3, homicidium 1, iustificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közpályáknál. A mult hét végén volt 3388 beteg, szaporodás 892, esőkkenés 812, maradt e hét végén 3422 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 86 (70), vörheny 38 (34), álh. gége- és ronscoló toroklob 18 (15), hökhurut 5 (3), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 49 (53), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bányahimlő 29 (12), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültömírgylob 0 (2), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdth 0 (0), takonykór 0 (0).

Helyettesnek vagy **privát assistensnek** ajánlkozik csakis Budapesten, egyéb gyakorlatot nem fiző, tapasztalt orvos. Czim: Dr. Tolnai, Kertész-u. 37. II. 11.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a **„Tisztí Orvosok Naplója.”** Ára 2 korona. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi” Újság és könyvkiadó-vállalatnál. Budapest, VII., Kertész u. 16.

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

Vízgyógyintézet a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízyógy-kezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősítő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: *Tablettae Lecithini Richter* 0.05 és 0.025 gr. lecithin-tartalommal. *Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter* (Lecithines csukamáj-olaj). *Lactolecithin Richter* (Lecithines tejczukor-por) *Lécithine granulé Richter* (ízletes lecithin-granulák). *Lecithinol Richter* (steril lecithinolaj injekciókra). **Richter Gedeon** „Sas”-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyesítő intézete** Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Genococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest. VI., Teréz-körút 2.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79-72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrassy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós dajkák** minden időben kaphatók.

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. Izapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld igényre **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága** Budapest-Budán.

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium a külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: **neurasthenia, almatlanság, neuralgia, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és beibantalmak, fejfájás, csúsz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réth Béla dr.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markuszovszky-féle jubiláris előadások. (4. előadás 1905. november 13.-án.) 829. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1905. november 11.-én.) 829. l. — Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató ülés 1905. október 11.-én.) 831. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. 832. l.

Markuszovszky-féle jubiláris előadások.

Tartja Korányi Frigyes tanár.

(4. előadás 1905. november 13.-án.)

Az eddig előadottakból és demonstráltakból kiderült, hogy a typhusbakteriumoknak a szervezetbe jutása folytán a szervezetben bizonyos anyagok képződnek (praecipitinek, agglutininek, bakterioly-sinek), a melyek a typhus kórimzésére és a typhusbakteriumok identifikálására különböző módszereket szolgáltatnak. Kiderült az is, hogy hasonló anyagok nemesak typhus-, hanem más bakteriumoknak, sőt állati és növényi eredetű sejteknek a szervezetbe való bevitel után is képződnek, ezek a reactiv módon termelt anyagok az immun-anyagok. Kiderült továbbá az a tény, hogy a ki a typhust egyszer kiállotta, az kevés kivétellel a betegség ellen egész életére védve van, sőt hogy vannak emberek, a kik a betegség kiállása nélkül is immunok a leghevesebb epidemiákkal szemben. Tudjuk, hogy ez a védettség egyes más betegségekkel szemben is az egész emberi nemnél, egyes törzsek-nél, egyéneknél és állatfajoknál fennáll. Ezen természetes vagy szerzett védettség felderítése rendkívül nagy fontossággal bír, mert ennek ismerete vezet azon eszközök és eljárások megállapításához, a melyek által az immunitást mesterségesen létrehozni, sőt a már kitört betegséget lefolyásában megakasztani vagy enyhíteni lehet.

Mielőtt e viszonyok tárgyalására áttérne, szükségesnek tartja visszatérni Ehrlich teoriájára, a mely az immun folyamatok sokoldalú bonyolult menetének és természetének értelmezését nyújtja. Kísérletek bizonyítják, hogy az élő test bizonyos sejtjei és a toxinok között specifikus egyesülési vonatkozás áll fenn. Tetanustoxin tengerimalacz agyveléjével úgy egyesül, hogy elveszti mérgező hatását, ellenben nem veszti el mérgező hatását, ha iránta nem fogékony teknősbéka agyával hozzuk össze. A mérgező iránti fogékonyság feltétele tehát, hogy a szervezet sejtjeinek receptoraira a toxin haptophor csoportja ráálljon. A sejtek és toxin közti egyesülést az demonstrálja, hogy a tetanustoxin által betegé tett tengerimalacz agya kevesebb tetanustoxint közömbösít mint az ép állat. A toxinmolekulák idővel elvesztik mérgező hatásukat, de immunizáló hatásuk megmarad, a mi azt bizonyítja, hogy ezen átalakulásnál a toxinnak csak toxophor csoportja változik meg, míg haptophor csoportja nem; az így átalakult toxin a toxoid. Ha ily toxoidot fecskendezünk be tengerimalaczba, akkor ennek haptophor csoportjai egyesülnek a sejtek azon oldallánczaival, melyek különben a tetanustoxint veszik fel, ekként a sejtek el vannak zárva a tetanusmérge elől s csakugyan az állat a tetanustoxin iránt kevésbé fogékony lesz. Később azonban a fogékonyság visszatér, sőt fokozódik, a minek magyarázata az, hogy az oldalláncz elfoglalása ingerként hat a sejtre, a mely az inger hatása alatt még több oldallánczot produkál, s e megszaporodás a sejt fogékonyságát a mérgező iránt növeli. E megszaporodott oldallánczok azután a sejtről leválva a keringésbe jutnak, s az odajutott toxint ők fogják el, annak haptophor csoportját elzárják, mielőtt a toxin a szervezetnek mérgező iránt fogékony többi sejtjeihez eljutott volna. Ezen folyamaton alapszik a mérgező iránti immunizáció és ennek kapcsán az antitoxikus serum hatásának megfejtése. Ezután áttér az immunitás tanának praktikus vonatkozásaira.

A typhus elleni immunizáció oly komplikált viszonyokat mutat, hogy czél szerűnek látja előbb az egyszerűbb s már teljes exactsággal tisztázott immunitási eljárásokat előrebocsátani. Ilyen szerepel a veszettségnél.

A veszettség elleni immunizációt Pasteurnak köszönhetjük s alapelve az, hogy a beteget a gyengített méreggel oltjuk be. Az oltásra szolgáló anyagot úgy nyerjük, hogy a mérget először házinyúlra oltjuk át és pedig házinyulak egész sorozatára, mely sorozatok átoltás útján a mérgező fokozat gyengül, míg nem oly fokot ér el, melylyel már az ember is beoltható. Az oltás azután mind erősebb és erősebb méreggel történik, míg végre a teljes erejű mérge is bevitetik a szervezetbe a nélkül, hogy az ott káros hatást gyakorolna. Az oltáshoz Pasteur a fertőzött állat szárított agy- és gerincveléjét használta. Magyarországon Högyes volt az, a ki az ebvesz elleni oltásokat meghonosította és Pasteur eljárását kitűnő módosításokkal javítva, az orvostudomány közkinésévé tette.

A tetanus (merevgörös) bakteriumai szerfelett gyenge szervezettel és hamar elpusztulnak, az általuk termelt mérge ellenben oly erős hatású, hogy abból 1/5 mgrm. elegendő egy 70 kg. súlyú ember megölésére, míg például strychninből 3—10 centigrm. szükségeltetik. Behringnek és Kitasonak sikerült tetanusmérget befecskendezése által nyulat immunizálni, a melyeknek vére azután a tetanusmérget közömbösíti. E közömbösítésre szolgáló mennyiség üvegben pontosan megállapítható. Ily közömbösítő serum befecskendezésével sikerült házinyulakat és egereket a tetanusmérge halálos adagjai ellen megvédeni, sőt sikerült olyan állatokat, melyeknél a tetanus már kitört, meggyógyítani. A tetanusserum emberről inkább csak praeventive hat.

Ezen a tetanusra vonatkozó tanulmányokkal egyidejűleg történtek

az első sikeres kísérletek a diphtheria ellen való immunizálás terén. Kiderült, hogy a diphtheriában kimutált állatok testében vannak oly anyagok, mint például a mellhártyában levő savó, a melyek nem tartalmaznak diphtheria-bacillust, hanem ennek mérget, s a melyekkel állatokat diphtheria ellen immunizálni lehet. Kiderült azután az, hogy immunizált állat vére olyan erős védő anyagot tartalmaz, a mely a diphtheria mérget az élő testben, valamint kénecében ártalmatlanná teszi s a már diphtheriában megbetegedett állatot meggyógyítja.

E vér azonban a bakterium ellen nem hat, tehát nem bactericid, hanem antitoxikus hatású. Ez alapon indultak meg az emberi diphtheria gyógyítására irányult vizsgálatok. Gyors egymásutánban ismerték fel a diphtheriabacillus és serum tulajdonságait és ki lett mutatva az, hogy a serumnak nagyobb mennyisége szükséges a kitört betegség gyógyítására, mint az előleges immunizációra, és pedig annál nagyobb mennyiség, minél súlyosabb a betegség. A kutatásoknak egész sora így alkotta meg a belgyógyászatnak tudományos értékre nézve legkimagaslóbb vívmányát, a serumtherapiát, azon módszerekkel, a melyek újjak és rendkívül nehezek és a melyek roppant intellektuális sikerük mellett áldásos és bámulatos sikert nyújtottak a gyermekgyilkoló diphtheria bizonyos viszonyok között biztos megelőzése és gyógyítása által. A serum készítésére lovakat használnak. Kezdetben gyengített méreggel emelkedő adagban oltják ezeket s vérüket időnként megvizsgálják antitoxintartalmára; midőn ez bizonyos fokot elért, akkor 4—8 liter vért lehet az állatból lecsapolni, a mely vér bizonyos kezelés után gyógyserumul szolgál. Emberről a diphtheriabacillusok a garatban telepednek meg először és a mérgezés 12—24 óra múlva kezdődik, s idejében felismerve s elég nagy adagokkal kezelve, kedvezően befolyásolható.

Es hogy e kezelésnek jelentősége mily nagy fokú, azt mutatja az, hogy Behring egy óriási statistika alapján constatalta, hogy a serumkezelés óta csak Németországban évente 20,000-rel apadt a diphtheria-halálozás.

A mi az immunizáló eljárásoknak a typhusra való befolyását illeti, a következőket kell kiemelnünk. Láttuk azt, hogy van természetes és szerzett védettség. Ez utóbbi okának kiderítése végett számos bűvár kísérlette meg a Gaffky által felfedezett bacillussal állatoknál typhus-hoz hasonló betegséget előidézni; ez nem sikerült, de sikerült e bacillusokkal, sőt másnemű bacillusokkal is súlyos, a typhuséhoz hasonló tüneteket előidézni. E kísérletek közben kitűnt, hogy állatok, melyek előbb kis mennyiségű bakteriummal lettek megmérgezve, később a halálos adagokat is minden hatás nélkül tűrték. Az így kezelt állatok serumát pedig, valamint typhusreconvalescens emberekét is sikerrel használták fel állatoknak nagy erejű typhusbakteriumok ellen való megvédésére. E hatás okát abban találták meg, hogy e serum tengerimalacz hashártyájába fecskendezve, az ott levő typhusbakteriumokat feloldja. Ugyanezt a hatást, a mely tehát nem méregközömbösítő, hanem bakteriumölő, kimutatták a cholera vibriónra is. Ez a magyarázata a typhus kiállott egyén védettségének a typhus ellen.

A typhus elleni immunizálásnak praktikus haszna eddig csakis a praeventív immunizálás útján nyilatkozott meg, a mi pl. szembetűnő volt az angol hadsereg indiai typhusjárványánál.

Ezzel befejezi az immunitás tanát, melyet a gondolatok és vizsgáló módok teljesen új volta folytán azt hiszi méltán választott a Markuszovszky-előadások első és fő tárgyául.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tud. ülés 1905. évi november hó 11.-én.)

Elnök: Korányi Sándor. Jegyző: Manninger Vilmos.

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Jelenti, hogy Sängner Ede dr. hagyatékából egyelőre 400 korona jutott az orvosegyesületnek.

Jelenti, hogy a poliklinikai egyesülettől az ambulatorium megtekintésére meghívó érkezett.

Jelenti, hogy Györy Tibor a népszerű főiskolai tanfolyamban előadásokat tart az orvosi történelemből, melyre az orvosegyesület tagjait meghívja.

Rheumás endocarditis esetéből kitenyészett eddig ismeretlen bakterium. (*Corynebacterium rheumaticum*.)

Detre László: Az illető beteg 24 éves fiatal ember, a ki rheumás ízületi fájdalmai és lázas endocarditise miatt körülbelül két hónap óta ápolatott a Glück-féle sanatoriumban. Mint körülmény körülbelül egy fél év előtt átszenvedett kankó, valamint kétoldali herelob szerepelt. Jelen betegsége körülbelül három hónap előtt kezdődött 38°—39° lázzal és ízületi fájdalmakkal, melyekhez körülbelül két hónappal ezelőtt társult a kéthegyű billentyű elégtelenségére vezető subacut endocarditis. Jelenleg nagy lesoványodás. A beteg orvosa, Tauszk magántanár, antipyreticumokat alkalmazott sikertelenül, majd unguentum Credé, col-

largolt, a nélkül, hogy az állapot valamiképp megjavult volna. Tauszk magántanár kívánságára, a ki specifikus serumtherapiának megkísérletét óhajtotta, folyó hó 3-án részletes bakteriologiai vérvizsgálatot eszközöltem a betegnél, a vena medianának punctioja segítségével. Mint kórokozó szerepelhetett a jelen esetben a gonococcus, a streptococcus, esetleg a Menzer-féle diplococcus rheumaticus; emellett fogva a számbajövő összes táptalajokon megkísérlettem a tenyésztést (serum-agar, ascites-agar, véragar stb.). A vért a medianából részben a trocar segítségével egyenest a bouillon- és agarcsövekbe bocsátottam be változó mennyiségben, részben 20–30 cm³ mennyiségét üveggöngyökkel ellátott üvegdugós steril üvegedényekben fogtam fel, a hol is az nyomban defibrináltattam, hogy odahaza laboratóriumomban dolgoztassék fel.

24 óra múlva a csövek legnagyobb része változatlanul steril volt, s csakis 1–2 kémcsőben fejlődött ki a nyilván fertőzőes staphylococcusnak néhány coloniája. 36 óra múlva azonban a kép megváltozott. Azokban a bouilloncsövekben, amelyekben a nem defibrinált natív vért bocsátottam volt be, a vérszövetek leülepedtek, a vérplasma ellenben a bouillonnal keveredve kocsonyásan lazán megolvadt. Ebben a laza alvadékban 36 óra múlva, még jobban 48 óra múlva töménytelen sok (1 cm³ vére legalább is néhány ezer) kis, fehér, száraz, pontszerű izolált colonia fejlődött ki. A defibrinált vérnek minden egyes platinacsnyai mennyiségéből agaron ugyancsak hasonló coloniák fejlődtek ki, még pedig átlag 10–20. A condensvíz egészen tiszta maradt, csak a fenéken mutatkozott egy elég compact, száraz csapadéktömeg. A defibrinált vérről kezelt bouilloncsövekben második nap csapadék keletkezett, a mely néhány napig erősségben nőtt, a bouillon azonban mindig tiszta maradt. Az átoltások némileg eltérő képet nyújtottak. Agaron 36 óra alatt lupéval is alig látható, finom, össze nem folyó, kissé fehéres coloniák, melyeknek nagysága csak itt-ott éri el az 1/3 mm-et. Véragaron valamivel erősebb növekedés; a condensvíz mind a kettőben az előbb leírt csapadékot mutatja. A húslevesre történő átoltások után a húsleves egészében megzavarodik, míg az első bouillonos csövekben, t. i. azokban, a melyekben a beteg vére foglaltatott, a bacillus csapadékosan nőtt. E jelenségnek magyarázatát alább fogjuk találni.

A górosó alatt a bacterium exquisit polymorphiát mutat. A bouillon-cultúrákban rendkívül apró, körülbelül influenzabacillus nagyságú diplococcusok tömege látszik, a melyek mellett itt-ott szabálytalan alakú, megnyúlt, bacillusképző egyedek találhatók. A diplococcus Gram-positív. Az agar condensvízében több látóterre elnyúló, rendkívül hosszú diplococcus-fonalak láthatók, a melyek közt szintén előfordulnak megnyúlt bacillus-alakok. A felületen agarcoloniák azonban egyenesen bámulatos formagazdagságot mutatnak (demonstratio); egyazon coloniából készített praeparatumban egymás mellett láthatók monococcus, diplococcus, monococcus, diplobacillus alakok, coccus- és bacillus-láncok és segmentált, bunkós, súlyzó, kihegyezett bacillus és orsó alakok. Utóbbiak 8–10-szer akkora és még nagyobbak, mint a rendes kis diplococcus.

Állatkísérletek: nyúlra és galambra (intravenosus és bórallati oltásra) a bacillus nem pathogen, tengerimalacra ellenben igenis, a melyet a 24 órás bouilloncultúrából 1/2 cm³-e hasíri infectio után 3. bórallati oltás után 5 nap alatt öl meg. Bacillusok a vérből és a májból tisztán kitenyészthetők.

A bacterium a pseudodiphtheria-csoportba tartozik, a melyet Lehmann bunkós alakjánál fogva corynebakterium-csoportnak nevez (coryne = bunkó). Az irodalom áttanulmányozása kimutatta, hogy két észlelet van, a mely nemileg hasonló az én leletemhez. Az egyik Dungere és Schneider-nek észlelete (1898), a kik 10 évre elnyúló chronikus ízületi csúznál egy ugyancsak elváltozott szívbillentyűből post mortem egy Gram-positív diplococust tenyésztettek ki, a nélkül azonban, hogy annak polymorphiájáról említést tettek volna. A másik észlelő Max Schüller, a ki már évek óta vallja, hogy az ízületi gyulladás némely alakjánál (a régiek lipoma arborescense, a melyet ő synovitis villosa-nak nevez) a villosus növedékekben súlyzó alakú bakteriumokat talált, a melyek mellett diplococcusok és coccusok is foglalnak helyet. Schüller-nek coloniái nagyon hasonlítanak a mi agarpraeparatúmainkra (demonstratio), azonban identikusnak a két bacillust mondani már azért sem lehet, mert az övé Gram-negatív, az enyém Gram-positív.

Igen nagy valószínűséggel fel lehet venni, hogy jelen esetben a bacteriumok és a betegség között aetiologiai kapcsolat van. Nemcsak azért vallom ezt, mert, mint előbb már hangsúlyoztam, az élő vér minden cseppjében igen nagy számban voltak már górcsövi vizsgálat útján is a bacteriumok kimutathatók, de megerősíti véleményemet az agglutinatio-próbának eredménye is. A beteg véréből egy bacillus 1:1000 hígításig agglutinálja, míg a kontrollként megvizsgált négy ép egyén véréből még 1:10 arányban sem tudott agglutinálni. (Egyéb állatfajok közül a ló savója némi aggl. hatással rendelkezik, míg a tuskés malacz, nyúl és galamb teljesen hatástalan.) További kutatásoknak lesz feladata a tenyésztési és agglutinációs kísérletek alkalmazásával a bacteriumok szerepét pontosabban kikutatni a rheumás ízületi és szívbélhártyalobokban, azonban már a jelen esetre való tekintettel is úgy hiszem indokolt, hogy ez új pathogen bacteriumot a „Corynebacterium rheumaticum” névvel jelöljem meg.

Sérült szem bemutatása.

Schwitzer Hugó: Z. K., 14 éves tanonc 1904 őszén játék közben gyutacsbal bal szemén sérült. Ekkor gyuladt lett a bal szeme és fájni kezdett. Azonban rövidesen minden orvosi kezelés nélkül a gyulladás megszűnt és a szem megnyugodott. Az idén október elején újra gyuladt

lett a bal szeme és látása feltűnően rosszabbodott. Ezért felkereste a pesti izraelita-kórház szembeteg-rendelését.

Beteg jelentkezésekor a bal szem állapota következő volt. A bulbus erősen injiciált, a cornea egész felületén zavaros; a csarnok szintén zavaros. A mellősi csarnok alján egy rézsút függő idegen test van. A pupilla középtág. A szemből csak kevés vörös fény kapható; szemhártya sem látható. V: torzlátás. Az idegen test eltávolítása úgy lett eszközölve, hogy egy Graefe-késsel a corneán alsó széléhez közel egy vízszint s sebet készítettünk, melyen át az idegen testet Fischer-csípő segítségével kihúztuk. Az idegen test egy 3 mm. hosszú és 1 mm. széles fénylő rézdarabnak bizonyult.

A gyógyulás simán folyt le. Míg a beteg két hét múlva a kórházat elhagyta, a bal szem állapota a következő volt: a bulbus alig izgatott, saruhártya és csarnokvíz tiszta. A csarnok alján az idegen test helyének megfelelőleg szürkésbarna pigmentrögöcske van. A pupilla egyenlően tágult. Iris ép, a szemből minden irányban vörös fény kapható; üvegtest homályos, a szemhártya kissé zavarosan látható. V: 6/50.

Cerebrospinalis meningitis klinikai képe alatt lefolyt lépfenés fertőzés.

Bálint Rezső: Az egyén, kiről a bemutatásban szó van, 29 éves, nyers bőrökkel foglalkozó munkás. Betegsége rázóhidegekkel, lázakkal, fejfájással és obstipatioval kezdődött, a mely tünetek négy napig állottak fenn. Az ötödik napon beteg újabb rázóhideg kíséretében elveszté eszméletét, tonikus és clonikus görcsöket kap. Pupillák tágak, merevek, erős tarkómerevség és opisthotonus, behúzódtott has, tágult hólyag, erős vasomotoros bőringerlekenység, spastikus térdreflexek, Achilles-inclonus, Babinski, alsó ajk bőrén herpetikus eruptio. Betegnél lumbal punctio történt. A punctió folyadék nagy nyomás alatt ürül, genyenes sanguinolens, beuene számtalan anthrax-bacillus. Más szervek anthraxos fertőzése klinikailag ki nem mutatható. A vérből történt oltás negatív maradt. Beteg még aznap este coma tünetei között exiált. Sectionál az agy és gerinczagy lágy burkainak gyuladása, továbbá a tüdőnek anthraxos oedemája és haemorrhagiái és egy peritracheális mirigy anthraxos elváltozása vannak jelen. A sectionál az összes szervekből, továbbá a vérből s cerebrospinalis folyadékból bakteriologikus oltások történnék, a melyek azonban a cerebrospinalis folyadékot kivéve, mind negatív eredményt adtak. Hasonlóképen negatív volt az orr nyálkahártyájáról történt oltás eredménye. A szervek szövettani metszetében anthraxbacillus nem található.

Az anthraxnak ez esetben való fellépési módja a rendes anthrax-fertőzési módoktól jelentékenyen eltér és ritka. Az anthrax, mint tudjuk, rendes körülmények között a bőrön, bélen, vagy légesatornán át jut a szervezetbe, ez utakon a vérbe, s a vér útján a többi szervekbe. A meningitisek elváltozásai általános anthraxos fertőzés alapján ismeretesek. Meningeális oedema, vérzések, előg gyakori tüneteit képezik az általános anthraxos fertőzésnek és ezek okai azon cerebrális tüneteknek, a melyek az általános anthraxos fertőzésben szenvedő beteg körképében rendszeren a betegség végső stadiumaiban jelentkezni szoktak. A mi esetünkben azonban a meningeális körkép teljesen előtérben állott, s nemcsak egyes meningeális tünetek jelentkezésében, hanem a meningitis cerebrospinalis legtipikusabb körképében nyilatkozott meg, a mi mellett anthraxra vonatkozó egyéb klinikai tünetek egyáltalán nem voltak felderíthetők. A lumbal punctio, valamint a sectio is manifest meningitistről tett tanúságot.

Felvetendő természetesen a kérdés, hogy az anthrax-bacillusok miképen jutottak a durális zsákba. Bejuthattak mindenekelőtt a véráram útján az anthraxos fertőzés tipikus helyéről, a tüdőből; ennek az sem szólna ellent, hogy a vérből bacillus nem volt kitenyészhető, a mennyiben a tenyésztés, kevés vér lévén nyerhető, igen kevés bacillus jelenlétében negatív eredményt adhat, a hullából való kitenyészés pedig még a bacillusok biztos jelenléte mellett is gyakran ad negatív eredményt.

Tekintve azonban, hogy semmiféle más szervben anthraxos fertőzés jelei nem voltak találhatóak, a mi pedig nem volna valószínű ily kiterjedt, nagyfokú meningeális elváltozásoknak septika-miás úton való létrejötténél; tekintve továbbá azt, hogy ezen elváltozások súlyossága az agyhártyákon jóval kifejezettebb, mint magának a tüdőnek elváltozása, valószínűvé válik, hogy az agyhártya fertőzése nem a vér útján másodlagosan a tüdőből jött létre. Részben ezen utóbbi érv szól az ellen is, hogy esetleg a tüdőből a nyirokutakon terjedt át a fertőzés a meninxekre. El volna képzelhető, hogy a megbetegedett peritracheális mirigyből a nyaki erek mentén a laza kötőszövetben terjedt a fertőzés, ez azonban nem volt kimutatható. El volna képzelhető, hogy a mediastinum posticum útján fertőztetett a gerinczagy, azonban úgy a pleurális ürök, valamint a mediastinum posticum üre és képletei is mentek voltak a fertőzéstől. Különböztetve ellene szól a felvételnek — mint mondtunk — az, hogy az agyi elváltozások jóval előrehaladottabbak voltak minden egyéb elváltozásnál. S így nagy valószínűséggel vehetjük fel azt, mit Verebély egy hasonló esetben szintén felvett, hogy a meningeális fertőzés primær módon az ornyálkahártya nyirokútján történt s ezzel egyidejűleg, de tőle függetlenül fertőződtek a légző alsó részei s a tüdők is. Nagyban támogatja ezt a felvételt az a tény, hogy belégzési fertőzéssel van dolgunk, a melynek folytán egyidejűleg fertőzhető a légzőcsatorna egész terjedelmében, valamint az, hogy az újabb vizsgálatok az orrireg útján való fertőzésnek nagy szerepet jutottnak a meningitisek, speciálisan az epidemikus cerebrospinalis meningitisek létrejöttében. Ellene látszik szólni e felvételnek az, hogy az

ornyálkahártyán lényegesebb elváltozás nem volt található s az arról történt oltások negatív eredményűek voltak. Ez azonban, mint mondtuk, a hullából való oltásnál biztosan jelenlevő bacillusok mellett is előfordulhat.

Egy-két szót óhajtok még szólni az eset diagnózisáról, a mennyiben tudtommal az első eset, a melynél az anthraxos fertőzés hasonló alakjánál a meningitis anthraxos eredete még az életben diagnosztizáltatott, a mi, ha a betegre nézve nem is, de általános hygienikus szempontokat tekintve, határozottan jelentőséggel bír. A diagnózis kulesát, mint láttuk, a lumbal punctio adta kezünkbe, a melynek jelentőségét ezek után külön kiemelnem nem kell. Mint érdekes jelenséget meg akarom még említeni a herpetikus eruptio jelenlétét, a melynek, mint látjuk, az epidemikus cerebrospinal meningitisre vonatkozó diagnostikus jelentőségét az eset nagy mértékben leszállítja.

A gümőkór kérdése Budapesten.

Friedrich Vilmos és Jurkiny Emil: Budapesten az utolsó évtizedben a gümőkór-halálozás csökken. Ugyanez a nagy városokban is észlelhető. Nálunk a lakosság száma 10 év alatt 526 ezerről 775 ezerre emelkedett, a halálozási coefficientens 27·7-ről 18·1-re szállt alá, a gümős halálesetek száma emelkedett 2244-ről 2596-ra, a gümős halálozás százaléka 15·3-ról 18·5%-ra szökött, de 10,000 lakóra kiszámítva 42·6-ről 33·4-re szállott le. Legtöbb hal meg a 15—40. életévben és ha szétbontjuk a meghaltakat iparosokra és ipart nem űzőkre, előadók szerint az iparosok nagymérvű gümömegbetegedésére következtethetünk. Budapesten a meghaltak 18·1%-a szenvedett gümőkórban, az iparosoknak több mint 50%-a hal meg gümőkórban.

A gümőkört előidéző okok Budapest iparoslakossága között.

Friedrich Vilmos: 451 tuberculotikus ipari munkásról felvett kérdőívek eredményeiből, melyek a munkások sociális életviszonyaira, valamint a testalkatra s öröklékenységre vonatkoznak, az alábbiakat következteti:

1. Csakis a maitól eltérő és helyesebben vezetett, valamint szabatosabb alapra fektetett, az öröklékenységet tárgyaló statistikák alapján lehet az öröklékenységi terheltséget felvenni, de mindaddig nem szabad klinikai s kórjóslati szempontból a beteg bemondásának túlsok értékét betudni.

2. Gümős betegeknek 62%-a gyenge testalkatú volt: a gümős betegek mellkas-kerülete kisebb a fél test hosszánál ama két feltűnő különbséggel, hogy nőknél és terhelteknél az eltérés jóval szembeötlőbb.

3. Vérköpés az esetek több mint felében volt kimutatható s ez a terheltek s nem terheltek közt majdnem azonos számban lép fel.

4. A kereseti viszonyok mostohaasága a legtöbb munkásnál fontos tényező a gümőkört előidézésében, eseteinek majdnem 50%-a rossz keresettel bír.

5. A lakásviszonyok beható tanulmányozás tárgyává tehetőek és kiderült, hogy a munkások többnyire rossz, zsufolt, sötét szobákban laknak; 30%-a a betegeknek tűrhető, 70%-a határozottan egészségellenes lakásban élt.

6. A táplálkozás ki nem elégítő, silány. A munkások fele a 14. életév előtt áll munkába, 10 órán túl a munkások egy harmada dolgozik.

7. A munkahelyek egészségtelen állapota 33%-ban lett kimutatva. A gümőkört előidéző kóros behatások iparosainknál a következők:

1. Testi gyengeség. 2. Korai munkába állás. 3. Terheltség. 4. Rossz lakás. 5. Rossz táplálkozás. 6. Rossz műhely. 7. Erőltetett munka. 8. Alkohol. 9. Direct infectio. 10. Korai vagy gyakori terhesség. Az egyes foglalkozási nemek és a gümőkört gyakorisága közötti nexust kimerítő táblázatokkal illusztrálja.

A gümőkört elleni küzdelem nem szorítkozhatik ezen számviszonyok ismerete alapján csak a tüdőgümösbetegek gyógyítására, bár a sanatorium szükségessége és minél nagyobb számban való felépítése feltétlenül indokolt; a prophylaxisra kell nagyobb súlyt helyezve oda törekedni, hogy városnegyedenként a fővárosban, továbbá a nagyobb vidéki városokban dispensairek állítsanak fel, tüdőbetegkórházak építtessenek, a kórházakban külön tüdőosztályok létesíttessenek, a gümős betegek bejelentésének, a tüdőgümősök lakásai lakásváltoztatás, kórházba távozás vagy elhalálozás esetén fertőtleníttessenek, az ipartörvény szabályai szigorúan betartassanak, az ipartörvény revisioja alkalmával új, az egészséget védő pontok felvétessenek, lakástörvény létesíttessék és ebben lakás-felügyelői hatáskör felállítsassék, végül munkáslakások építéséről nagyobb mérvben történjék gondoskodás.

Kovács József: A hereditarius dispositio vonatkozólag az a megjegyzése, hogy Urban statistikájában 42%-kal 45% áll szemben, oly számok, melyek semmi irányban nem tekinthetők döntőknek, kivált ha figyelembe vesszük azon körülményt, hogy oly egyéneknek, kiknél a hereditás lehetősége fennforog, ha megbetegedés fellép, ez korábban fog nyilvánulni, mint olyanoknak, kiknél hereditás nincs és a kik bajukat alig veszik figyelembe. És ugyanezt kell mondanunk magunkról is, hogy sokkal inkább fogunk tuberculotist diagnosztizálni ilyen egyéneknek, vagy pedig megfigyelés alatt tartunk ilyen egyéneket és ebben veszzük gyógykezelés alá. Ebben a tekintetben osztja szót előadó nézetét.

Bouchard statistikája szerint 35%-a a tuberculotikusok nem származik tuberculotus szülőktől, 45% pedig tuberculotus anyától származik. Ha figyelembe vesszük, hogy tuberculotus szülők gyermekei

mennyire vannak exponálva a fertőzésnek, azt kell mondani, hogy ez a különbség nagyon csekély ahhoz, hogy a dispositiót számba vegyük. E mellett felemlíthető, hogy tuberculotus szülőktől származó gyermekeket, ha szüleiktől elkülönítik és árvaházban helyezik el őket, akkor bakteriumos fertőzés hiányában a tuberculotus nem fejlődik ki.

Azonban a dispositionnak másik neméről kell beszélni, hogy milyen viszonyok közt fejlődik ki a tuberculotus. Ez az úgynevezett acquirált dispositio, melyet előadó is elismer.

A dispositio kérdésének eldöntése nagyon nehéz. Embernél nem válogathatjuk meg a fertőzés feltételeit, a miktől pedig a megbetegedés, ennek foka, lefolyása nagyon is függ. Azonban annyit embernél is látunk, hogy bizonyos betegségek úgyszólván absolute disponálnak tuberculotusra, pl. a diabetes. Könnyebb a kérdést állaton tanulmányozni, a hol a fertőzés feltételeit magunk szabjuk meg, és azt látjuk, hogy egy species különböző individuumaik ugyanazon feltételek mellett nem egyformán viselkednek a fertőzéssel szemben. És ha még figyelembe vesszük a latentia kérdését, akkor azt a életvezetést kell levonni, hogy a dispositio kérdése igenis nem magának az infectionak bekövetkezésére, hanem a beteg további sorsára van befolyással.

A mit előadó a prophylaxisról mondott, szót helyesnek tartja és szükséges is volna a mai viszonyok mellett életbe léptetni.

Friedrich Vilmos: A mit Kovács elmondott, úgy értendő, a hogy a szót mondotta. A phthisiophobia jó dolog, mert a beteg hamarabb megy orvoshoz. Tüdőbeteg szülő gyermekét el kell tőle venni és más környezetben felnevelni, akkor nem kap tuberculotist.

A betegek kikérdezése rendszeren nem jól történik. Jacob és Panwitz 4000 beteg közül 900 disponált = 37%, de megbízható eset ezek közül csak 117 volt. Ezért ők maguk is nagyobb alaposítást kívánnak. A dispositiót szótó annyiban fogadja el, hogy a tuberculotus szülők rossz viszonyok közt élve gyengébb gyermekeket nemzenek és így jó létre a habitus phthisicus.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1905. október 11.-én.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Fischer Ernő és Török Béla tagtársakat.

Öt év előtt a mellkasba lött golyó feltalálása a sérvtömlőben.

Fischer Ernő: Az esetnek, mely mint curiosum is érdemes fel- említsre, lényege az, hogy 4 1/2 évvel ezelőtt a bal mellkasba, a bimbó- vonalban az ötödik bordaközbe lött revolvergolyó, mely valószínűleg a pericardiumot is megsértette, egy fél év óta a jobboldali veleszületett serotális sérvben volt kitapintható és sérvműtét alkalmával egy kis peritoneális zacskóban a sérvtömlőn belül találtatott és eltávolított.

A horizontális ivjárat cariese szokatlan klinikai tünetekkel.

Török Béla: Egy trepanatio útján gyógyult esontecomplaciós középfülgyulladás esetét mutatja be, melyben a bántalom kapcsán az iv- járatok megbetegedésére utaló tünetek mellett szokatlan szemtünet volt észlelhető. Bizonyos távolságra, mintegy 1 1/2 meternyre való fixá- lása alkalmával valamely tárgynak mindkét rectus internusnak spasti- kus contracturája állott be. A műtét után, melynél a horizontális iv- járaton cariosus fistula volt található, a labyrinth izgalmára utaló egyéb tünetekkel ezen szemtünet is megszűnt. Egyéb, nevezetesen hysteriára valló tünetek hiányában bemutató a tünetet a labyrinth izgalma által kiváltott szokatlan, zavart beidegzéssel véli kimagyarázhatni.

Raynaud-féle betegség esete.

Kircz Zoltán: T. J.-né, 40 éves, eseléd, ki szembaja miatt fektűt a kórházban, ez év májusában kimegy a folyosóra vizért, megfogja a csapot, a midőn hirtelen nagy fájdalom kíséretében lehanyatlak a jobb karja, elzsidbad, egészen kék lesz, a kézfej megduzzad, az ujjak a tenyér felé zsugorodnak. Két nap mulva a kéz mozgató ereje visszatér, a duzzanat elmulik, azonban a kék szín továbbra is megmarad. E miatt vérvizsgálás céljából kerül a beteg május 24.-én Hochhalt tanár osztályára.

Ekkor feltűnik a jobb kéznek, főleg az ujjak tenyéri oldalának kékes-livid színe, melynek intensitása változó, ugyane kéz hőmérséke alacsonyabb, a tenyér bőre száraz, hámló, cyanotikus, az ujjak utolsó perce még duzzadt, a kézmozgató ereje csökkent. A bal kéz ép. Egyéb szervek épek. Vizelet, vér normális, idegrendszer ép, hőmérsék normális. Julius közepén a jobb kéz II. és V. ujjának utolsó perce elfe- kedik és óriási fájdalmak kíséretében a gangraena indul meg, mely jelenleg az I. percz közepéig terjedt fel. A bal kézen csak az utolsó hetekben vehető észre, hogy a II., III. és V. ujj színe, főleg az ujj- hegyeken cyanotikus, valószínű, hogy itt is nemsokára gangraena fog jelentkezni.

A differentialis diagnózisnál az emboliás eredet kizárható, mert akkor vagy az egész kar, vagy az összes ujjak elüszkösödtek volna, úgyszintén a másik oldalon sem lépne fel a gangraena. Senilis gangraena, diabetes, luetikus endoarteritis obliterans, ergotinmérgezés, tabes, syringomyelia biztosan kizárhatók.

A mi az aetiologiát illeti, valószínű, hogy mivel a betegnél a

bal arczfél sorvadtabb volta, prognathia, lenőtt fülcimpák, tehát degeneratív jelenségek láthatók, a véreredényzet már ab ovo silányabban fejlett és így a végarteriákban valamelyes mechanikus vagy chemikus ingerre vérkeringési zavar és így üszkösödés lépett fel. Tehát az ok nem a centrumban, hanem a lokális elváltozásokban keresendő.

Hochhalt Károly: Az aetiologijára vonatkozólag osztja előadó nézetét, ki a bajt lokális és nem központi eredetűnek tartja. Nem lehet ezt eléggé hangsúlyozni ma, mikor az újabb tankönyvek a syringomyelia fejezetében tárgyalják e bántalmat. De újabb közlések is a peripheriás eredet mellett szólnak. Ezt mutatja ama körülmény, hogy az esetek javarészeben az elhalás után gyógyulás következik be. A syringomyeliát ki lehet zárni. *Remák* szerint *Fränkel* kísérleteiben, ki házinyúl nervus ischiadicusát átvágva, angiospasmust, angiosclerosist észlelt, neurotikus angiospasmust kell felvenni a baj kórokául, melyet acut neuritist közvetítenek. De kitűnt, hogy ezen angiospasmus csak temporaer, mert 4—6 hét múlva kiegyenlítődik. Így a Raynaud-féle betegség kóroka még ismeretlen, de azért az elnevezés még megtartandó.

(Folyt. következik.)

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

Orvosi szakosztályok együttes ülései.

I. ülés augusztus 29.-én.

Elnökök: *Báron Jónás*, Jegyző: *Berger Mór*.

1. *Detre L.:* A bakteriologia a gyakorló orvos szolgálatában. Előadó kifejti, miként vált a bakteriologiának kezdetben tisztán teoriás tudománya lassanként a gyakorló orvosnak egyik legfontosabb segéd-disciplinájává. Ma már nemcsak a diagnosis megállapításában vezet a belgyógyászt, az urologust, a szülész, a sebészt, hanem a prognosist, sőt az aetiologiai therapia (serumok) révén a gyógytervnek megállapításában is mind nagyobb és nagyobb mértékben szerepel. Előadó e tételt vizsgáló gyakorlatából vett példákkal illusztrálja, kifejtve, hogy a modern celluláris biológiának ismerete nélkül maga a száraz, leíró bakteriologia nem nyújt elegendő támaszpontokat a cél elérésére. Ennélfogva óhajandó, hogy a modern biológián alapon álló bakteriologiában lehetőleg járatos egyén legyen a vizsgáló, a ki úgyszólván „diagnostikai consiliariusként” legyen a gyógyító orvos segítségére. Ajánlatos, hogy a nagyobb vidéki városok — és így első sorban Szeged is — vizsgáló laboratoriumokkal láttassanak el.

2. *Hollós József:* A bonczolások jelentősége. A betegszleléssel kapcsolatos bonczolások képezik az orvos továbbképzésének legfontosabb eszközeit. Csak ezáltal nyerheti az orvos a kellő kritikai szellemet, a valódi orvosi gondolkodást. Ez pedig alapja a helyes diagnosisoknak. Az orvos folyton ki van téve különféle tévedéseknek s kell, hogy önmagát bonczolások útján ellenőrizhesse. Oly kórházban, mely prosectorával és laboratoriummal felszerelve nincs, az orvos nem orvosi tudományt, csak orvosi routint fog elsajátítani. Legalább is azon kórházak látandók el prosectorával mielőbb, melyek az orvosnövendékek gyakorlati kiképzésére kijelöltettek. E kulturális szerep mellett a bonczolások és a laboratoriumi vizsgálatok jelentékeny hygieniai feladatot is teljesítenek, főleg egyes heveny-fertőző betegségek (pestitis, cholera, diphtheria stb.), továbbá a tuberculosis és rák korai felismerésének lehetővé tétele által.

A haladás iránya azt szabja elő, hogy *kiételez* minden ember bonczolandó. Főleg a házi orvosi gyakorlatban végzendő rendszeres bonczolások míg egyrészt az orvos tudását és lelkiismeretét állandóan ébrentartanak és fokozzák, másrészt a tudományt nagy mértékben továbbfejlesztik. Egyes idült betegségek (pl. arterio-sclerosis) aetiologiája főleg az életmód és kóros elváltozások összevetésével könnyebben volna tisztázható. A hosszú és egészséges élet törvényeit talán e bonczolások fogják megállapítani. A házi orvos pedig, ki a család évtizedes bonczójegyzőkönyvei alapján tudományos betekintést nyer az elődök szervezetébe, valóban hivatott őrzője leendő patientei egészségének.

Hozzászól: *Detre László, Mohr Mihály és Báron Jónás*.

3. *Gebhardt Ferenc:* A testgyakorlás befolyása az egészségre. Kiemeli a testgyakorlás fejlesztésének, terjesztésének és népszerűsítésének fontosságát. A civilizatio mai korszakában a testgyakorlás élet-szükség. Tárgyalja az izomtétlenség káros következményeit az anyagcserére s kiemeli a testgyakorlás élettani üdvös hatását. Constatálja, hogy bár ezek régen ismert tények, mégis aránylag kevesen foglalkoznak Magyarországon testgyakorlással, bár a generatio évről évre gyengébb, mint minden orvos tudja.

Majd elítéli az athletikát, a *recordra való dolgozást*; minden túlzást károsnak tart, különösen tüdő- és szívbeteg keletkeznek ilyen túlhajtott izommunka után. Mindenki csak annyira gyakorolja izmait, a mennyire egyéni szervezete képesíti. Az elfáradást pihenés váltja fel.

A testgyakorlás legjobb módjának tartja a rendszeres tornázást, s általában a *tömegképzés* híve. Itt a szervezet összes izmai mérsékelt módon gyakoroltatnak, a gyakorlatokban mindenki részt vesz, ez apólia az összetartozandóság eszméjét, a közös munka edzi a lelket, testet egyaránt s így válik a tömeg testi képzése Magyarország közegészségének hasznára.

Azután a *nők testgyakorlásáról* szól, melyre semmi súlyt nem fektetnek az illetékes faktorok, pedig a jövő generatio anyái, kik már egyetemi tanulmányokkal is meg-, illetve túl vannak terhelve, megérdemelnék, hogy szellemük házára, t. i. testük gyakorlására, erősítésére gondot fordítsunk.

Hogy a testgyakorlás üzése Magyarországon még mindig nem népszerű, annak okát az iskolai tornázás elhanyagolásában, a szülők előítéletében és az orvosok nebulánomságában látja.

Különösen az orvosok figyelmét hívja fel a testgyakorlás egészségügyi fontosságára s arra, hogy iparkodjanak meggyőzni és rábeszélni mindenkit arra, hogy csak egészséges testben lakik egészséges lélek és kéri őket, hogy minél több ágát fűzzék maguk is a testgyakorlásnak.

Hozzászól: *Imre József, Hollós József és Detre László*.

II. ülés augusztus 30.-án.

Elnökök: *Zöldy János*; jegyző: *Bernát József*.

1. *Feleki Hugó:* A gonorrhoea therapiájának mai állása. A gonorrhoea therapiája mezején a legkiválóbb kérdések tekintetében szembe-
szökő nézeteltérésekkel találkozunk a legkiválóbb szakferfiak legújabb munkálataiban is. A gyakorló orvost ezen sajnos körülmény szinte megfosztja minden helyes útmutatástól. Előadó, a részletek mellőzésével, sorban tárgyalja a gonorrhoea prophylaxisa, abortiv kezelése, az acut és chronikus stadium orvoslása, valamint az infectiositas tartamának kérdése tekintetében fennálló nézeteket és mindezekre vonatkozólag elmondja a maga tapasztalatait és azon eljárásokat, melyek mentesek az egyes szerzők, sokszor az elfogultságig terjedő speciális gyakorlottságot igénylő methodusaitól és melyeket az általános gyakorlatot folytató orvos is nehézség nélkül foganatosíthat.

2. *Fábry Sándor:* A közegészségügyi igazgatás feladatai.

Chyzer Kornél indítványára az ülés egyhangúlag kimondja, hogy az előadás szövege sokszorosítandó és megküldendő minden főrendnek, képviselőnek, fő- és alispánnak, azzal a megjegyzéssel, hogy a szétküldés a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének határozatából történt.

3. *Biró Lajos:* Kőkorszaki hygiene és gyógyítás.

4. *Felletár Emil:* Nehéz fémeknek az emberi testben előfordulása. Először is a rézről szólt, mint az emberi test állandó lakójáról, mely fémnek az emberi test szerveiben való előfordulását illetőleg még a XIX. század harmadik negyedében is nagyon megosztottak a vélemények, míg ma, Felletár tapasztalatai szerint, réz nélküli emberi test és kenyér nem létezik.

A második nehéz fém — melynek az emberi testben állandóan jelenlétét Felletár fedezte fel — a higany. Elmondja az előadó, hogy ezen felfedezésével elejét vette a mérgezés gyanújával terhelt sok ártatlan polgártárs meghurcoltatásának, ép úgy mint megmentett a hullalkaloidoknak 1868-ban történt felfedezése alkalmával és azóta sok ártatlan embert az igazságszolgáltatási tévedés borzasztó következményeitől. Hivatkozik ugyanó egy fővárosi kiváló ügyvédre (dr. Fr. B.-ra), a ki 1868-ban ép úgy mint 1898-ban mint védőügyvéd szerepelt két oly bűnügyben, melyekben a hullalkaloidoknak a Felletár által teljesített vegyi vizsgálatok alkalmával történt kimutatása a vádlottakra néve nagy horderejűvé vált, kik közül a Csongrád megye törvényszéke előtt 1868-ban állott uri vádlottak Felletárnak ezen felfedezése nélkül, a védő szavai szerint, „gyalázatos orgyilkosokként szenvedtek volna meg ártatlanul a halált”. Az előadó szerint a higany is ép oly állandó lakója az emberi és állati testnek, mint a réz.

Ugyancsak majdnem ép oly állandóan rejtőzik szerinte az emberi és állati testben a horgany (cink), mely fémet az előadó mindannyiszor megtalálta emberi hullákban, a hányászor csak kereste. Legutóbb ugyanó a marhamájban is jelentékenyebb nyomokban mutatta ki azt.

Végül *Gautier Armand* párisi vegyésznek az arzen nagy elterjedésére vonatkozó kutatásait érinti, melyekkel szembehelyezi a saját arzenkimutatási módszerével elért eredményeket, mely utóbbi módszer, érzékenysége tekintetében, mögötte áll ugyan *Gautier* eljárásának, de annál nagyobb biztonságot nyújt az iránt, hogy a *Gautier*-féle normal-arszen nem lesz összetéveszthető az emberi szervezetbe bűnös szándékból vitt arzennel.

5. *Doktor Sándor:* Védekezés a venerikus betegségek ellen. E védekezés már félszázados. Összeesik t. i. a prostitutio ellen folytatott küzdelemmel. Eddigi csekély eredményéből bizonyos az, hogy nem jó, nem elégséges. A küzdelem vezetői hovatovább az orvosok soraiból telnek ki. A vallás helyét a természettudományok foglalják el az emberiség vezetésében. Így az orvosoknak jut a vezető szerep. Igyekezzünk tehát ezt tudatosan elfoglalni azzal, hogy tanító legyünk a népek. A venerikus betegségek ellen ne csak óvószereinket ajánlgassuk, hanem a nemi élet törvényeire tanítsuk a laikus népet; éljen úgy, hogy ne legyen talaja a venerikus betegségeknek.

A prostitutioval a paráznság szükséges voltát ismeri el az új-kori állam s ezzel a nemi erkölcsöket dúlta fel. De már alakulóban van a jövő nemi erkölse természettudományi alapon. Ennek legyünk kodifikátorai, hirdetői és őrei.

Eddig a prostitutio rendszabályozását csak a lányokra szorították. Ezután nem szabad a férfiakat se számításainkból kihagyni. Az a törvény, hogy a férfit, a ki mást tudva inficiál, megbüntessék, nem sokat ígér, mert könnyű lesz kijátszani. Nekünk orvosoknak kell főképp a férfiakat tanítanunk: az ifjakat és az apákat; a paráznságot nem vallási törvény, hanem az okosság tiltja, a természet törvényei tiltják s a ki e törvényeket áthágja, meglakol még ezen a világon. Azokra a férfiakra pedig, a kik jobb tudásuk ellenére is tovább keresik a prostitutiót, ép úgy kell rendszabályokat hozni, mint a lányokra. A férfiakat is vizsgálat alá kell vetni s úgy kapjanak egyszeri alkalomra szóló igazolványt.

Törvények: A nemi ösztön ép oly természetes és szükséges jelenség, mint akár az éhség érzése. Tehát kielégítése is ép oly jogosult,

mint akár az evés; de csak ha természetes rendeltetésére irányul. Visszaélés ellenben mindenkor, a mikor ez a célja ki van rekesztve. Férfi és nő között nincs a természettől statuált olyan különbség, hogy az egyik lemondhat, a másik nem mondhat le a nemi életről. A megtartoztatás az egészség kára nélkül lehetséges mindkét nemre nézve. A nemi élet jelenségei számos külső körülménytől függők, melyek ismeretével az ösztön módosítható, kielégítése szabályozható.

Annak, a ki biztos módszert óhajt a venerikus betegségek elkerülésére, csak kettőt ajánlhatunk: a korai házasságot, vagy a teljes megtartoztatást. Főképp a középosztály ifja nem házassodik ma idején s csak kifogás, hogy állás hiánya, vagy a tanulás állja ennek útját. A ki módos, az se házassodik. A szülők tartják őket „okos” tanácsaikkal vissza. Pedig a kényszerű várakozás évei demoralizáló hatásúak fiúra, leányra. Házassodjék a legtöbb ifjú, tanulmányait még nyugodtabban folytathatja így. De mondjon le igényekről.

A ki pedig nem teheti, éljen megtartoztatásban. Egészségének nem lesz kárára, sőt ma már hasznos tanácsokat adhatunk, melyeknek követése javára válik. Ismerni kell a munka és a táplálkozás biológiai törvényeit. Gondoskodjék az ilyen — mindennapos testi munkáról. Kerülje pedig az izgatásokat, szeszt, bő hústáplálékot.

Hozzászóló: *Gebhardt Ferencz.*

6. *Chyzer Béla*: Az accumulatoroknál alkalmazottak ipari betegségéről.

Hozzászóló: *Csonka Ferencz.*

7. *Genersich Gusztáv*: A csecsemők anyatejszükséglete. Szerző kiemeli a csecsemők által kiszopott napi anyatej mennyiségnek ingadozó, szabályba nem foglalható voltát. Ezért szükségesnek tartja, hogy minél több adat gyűjtessék.

A vezetése alatt álló kolozsvári állami gyermekmenhelyben minden csecsemő minden egyes szopáskor meg lesz mérve. Ma nem kíván az összes adatokkal foglalkozni, csak azokra az esetekre terjeszkedik, melyek hosszabb időn keresztül lehettek észlelés alatt. Első esete egy csecsemőre vonatkozik, mely 4½ hetes korától az elválasztásig maradt az intézetben. Ennek heti tej mennyiségei sokkal alacsonyabbak voltak, mint a Camerer és mások által észlelték. Az egy kiló testsúlyra számított átlagos tej mennyiség 25 heti mérés összegéből 117 gm. Ezen eseten kívül egy közepesen fejlett, gyengébben gyarapodó, egy közepesen fejlett, nem gyarapodó és négy életgyenge, közepesen gyarapodó csecsemő adatait közli. Feltűnő, hogy az egy kilóra számított átlagos tej mennyiség annál nagyobb, minél gyengébb a gyermek, minél kisebb a testsúlya. Ennek természetes oka az, hogy a gyenge csecsemő anyjának is annyi vagy majdnem annyi a teje, mint a jól fejlett anyjé. De egy és ugyanazon csecsemőnél a gyarapodás csak akkor indul meg, mikor bő és testsúlyához arányítva bővebb napi tej mennyiséghez jut. Ha ez hiányzik, elpusztul. Ezt az észleletet *Buden* is tette. Ebből szerző azon következtetésre jut, hogy a gyenge csecsemőt bő tejjel kell ellátni. Ez nemcsak az anya vagy dajka tejbőségétől függ, hanem attól, hogy az emlő könnyen ereszsze a tejet Erre nem fektetnek a gyakorlatban kellő súlyt. Sok csecsemő sínylődik vagy elpusztul, mert nem jutott elég tejhez, bár az emlőben elég tej volna.

Szerző a kiszopott tej mennyiségek mérését a menhelyek szempontjából fontosnak tartja, mert a dajkák ellenőrzését teszi lehetővé. Fontosak továbbá a tejmérések az anyatej vegyi vizsgálata és anyagcsere-tanulmányok szempontjából, mert az ismert tejmennyiségek oly sablonok, melyektől a vizsgált tej mennyiség tetemesen eltér.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

951/905. számhoz.

A lemondás folytán a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állás**, mely 1200 kor. évi fizetés, élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, betöltendő.

Felhívunk mindazok az orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, orvosi oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat 1905. évi november hó 30.-áig a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhely igazgatóságánál nyújtsák be.

Nagyvárád, 1905. november 13.-án.

Edelmann Menyhért dr., igazgató-főorvos.

11,743/1905. szám.

Sepsiszentgyörgy városban Háromszék vármegye tulajdonát képező „Ferencz József” nevű közpótlaknál egy újonnan szervezett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása: 1400 korona évi fizetés, a kórházban 3 szoba és 1 előszobából álló lakás és természetben kiszolgáltatandó fűtés és világítás.

A kinevezendő alorvos vidéki magángyakorlatot egyáltalában nem és helybeli magángyakorlatot előzetesen kikérendő engedélyvel csak korlátozva folytathat, a vármegyei tisztí nyugdíjintézetnek kötelező tagja és élethossziglan nevezeték ki.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában körtőlirt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal felszerelt és szabályszerűen bélyegzett pályázati kérésüket id. gróf Haller János főispán úrhoz címezve hozzám legkésőbb f. évi december hó

20.-ig bezárólag annál inkább adják be, mivel ezen határidőn túl érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Megjegyzem végül, hogy mütői oklevéllel bíró orvostudorok a többi pályázó felett előnyben fognak részesülni.

Sepsiszentgyörgy, 1905. évi november hó 10.-én.

Szentiványi Miklós, alispán.

A lemondás folytán megüresedett és Nyitra vármegye vágsellyei járásához tartozó **farkasdi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

A pályázni szándékozó orvostudorokat felhívom, hogy törvényes minősítésüket és eddigi működésüket igazoló felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 1.-ig terjeszszék be annál is inkább, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos székhelye Farkasd nagyközség. Működési köre Farkasd és Nyegyed nagyközségekre terjed ki, melyek egymástól két kilométernyire fekszenek. A két község tiszta magyar, jómódú, és tizezer lelket számlál.

A körorvosi javadalom 1600 korona készpénzfizetés.

A látogatási díjak nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fill. összegben vannak megállapítva. A szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A választás napja iránt később fogok intézkedni.

Tornócz, 1905. évi november hó 10.-én.

2-1

Langhammer, főszolgabíró.

A lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézetnél egy **másodorvosi állás**, a mely 1200 kor. évi fizetés, első osztályú élelmezés, egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhívunk azon orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt, s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat, f. évi december hó 1.-ig az alulirt igazgatóságához nyújtsák be.

Budapestben, 1905. évi november hó 11.-én.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézet igazgatója.

35,052/I-1905. sz.

A m. kir. államvasutak Zágráb—Fiume vonalán fekvő Cameral-Moravicza állomáson rendszeresített **pályorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel nyilvános pályázatot hirdetnek.

A nevezett állás évi 1800 kor. tiszteletdíj, 200 kor. vonalpótlék, 400 kor. fuvarátalány, összesen 2400 kor. összilletmény, szabad lakás és a m. kir. államvasutak VI. fizetési fokozatába tartozó hivatalnokai részére megállapított mennyiségű tüzelő és világító anyagok ingyenes kiszolgáltatásával van javadalmazva.

Felhívunk mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy folyamodványukat, a születési bizonyítvány, orvostudori oklevél vagy annak hiteles másolata, erkölcsi bizonyítvány és az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítvánnyal felszerelve, eddigi gyakorlatuk és alkalmazásuk közlése mellett „a m. kir. államvasutak üzletvezetőségének Zágráb” cím alatt legkésőbb f. évi november hó 30.-ig terjeszszék be. Ezen határidőn túl beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Előnyben részesítetnek azok, kik a hivatalos magyar nyelven kívül a horvát nyelvet legalább szóban is bírják.

A pályázni kívánók tájékozásul közöljük, hogy a szóban forgó állás működési köre kizárólag Gamirje állomástól, bezárólag Delnice állomásig terjed és ezen vonalszakasz hossza 43-9 km. A vonalszakaszba esnek Vrbovska, Cameral-Moravicza, Brod-Moravicza, Skrad és Susica állomások 1814 gyógykezelésre jogosított taggal.

Miután a pályorvosi székhely közelében 23 alközség van, melyekben körülbelül 350 házban 2500 lélek lakik, a pályorvos a pályorvosi teendők mellett magángyakorlatra is számíthat.

Zágráb, 1905. évi november hó 13.-án.

Az üzletvezetőség.

A szekszárdi Ferencz-kórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhívunk az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat folyó évi december hó 1.-ig nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához címezve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban fűtés és világítással. A kinevezés csak 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szekszárd, 1905. évi november hó 14.-én.

2-1

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

A vezetésem alatt álló **nagyszébeni m. kir. állami elmeorvó-intézet**nél egyelőre ideiglenesen egy **másodorvosi állás** betöltendő. Felhívom azon orvostudor urakat, a kik ezen állást, a mely évi 1200 korona fizetés, évi 200 k. helyi pótlék, első osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fűtés és világításal van javadalmazva, elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előirt minősítésüket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott s a m. kir. belügyminister úrhoz címzett kérvényeiket hozzám f. évi december hó 9.-ig küldjék be.

Megjegyzem, hogy az esetben, ha szabályszerű minősítéssel bíró orvostudor nem pályázik, szigorló orvos is fog alkalmaztatni, a ki azonban a helyi pótlékre igényt nem tarthat.

Nagyszében, 1905. évi november hó 14.-én.

Eppstein László dr., igazgató.

2-1

Hivatalos tisztelettel értesitem az érdekelt kartárs urakat, hogy Békés vármegye törvényhatósága 620 bgy. 12,572/1905. ikt. számú határozatával kimondotta, hogy a gyakorlatra jelentkező orvosokat I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés, világításban része it. Ezt azzal hozom a tisztelt kollega urak tudomására, hogy e kedvezményben kórházunkban már ez évben részesülhetnek.
Gyula, 1905. évi november hó 14.-én.

Berkes Sándor dr., Békés vármegye közkórházának igazgatója.

Békés vármegye közkórházának s bészeti osztályán lemondás folytán úresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás 1000 korona kézpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítéseket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat Békés vármegye főispáni hivatalához ezimezve hozzám 1905. évi november hó 22-ig küldjék be.

Az állás folyó évi december hó 1-én elfoglalandó.

Gyula, 1905. november hó 3.-án.

2-2

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

A budapesti magy. kir. bányahatóság felügyelete alatt álló tolnavárai bányatársaságnál az orvosi állás megüresedett. Ezen bányatorvosi állás javadalmazása évi 2000 korona fix fizetés, 300 korona fuvarátalány, teljesen szabad magánpraxis és természetbeni lakás.

Ajánlatok a Tolnavárai Bányatársaság elnökségéhez küldendők.

Tolna-Váralja, 1905. november hó 2.-án.

Délmagyarországi Közénbánya Részvénytársaság
Bányagondnokság Tolna-Váralja.

Oczvirk.

4-2

A mozsói (Somogy.) körorvosi állás f. é. december hó 1-én üresedésbe jöven, ez által az uradalmi orvosi állás is betöltésre kerül, mely állás szabad lakáson kívül következő javadalmazással van egybekötve: 1000 korona évi kézpénzfizetés és 12 méter tűzifa. Ezen felül a szomszédos uradalom részéről 400 korona évi kézpénzfizetés helyeztetik biztos kiltásba. Számításba jöhetnek még a más, kisebb, szomszédos uradalmak is. — Körorvosi állás és javadalmazása hivatalos uton hirdetem. Helyben gyógyszerész. — Egyéb felvilágosítással szivesen szolgál az uradalom központi hivatala Mozsón

3-2

Gáts Lajos, gyógyszerész.

4516/1905. sz.

Gömör vármegye tornalljai járásában lemondás folytán megüresedett harkási körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszerész helyben. A körorvos évi fizetése: 1. Törzsfizetés 1200 korona. 2. Lakbér 200 korona. 3. Utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi kórhöz tartozó községeket havonként egyszer a saját költségén meglátogatni. 4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fill., éjjel 1 kor., a beteg lakásán bármely községben nappal 1 kor., éjjel 2 kor.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. november hó 20.-án d. u. 5 óráig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községében f. évi november hó 22. napján d. e. 10 órakor fog megejtetni.

A megválasztott körorvos állását f. évi december hó 1-én tartozik elfoglalni.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel bíró egyén nem pályázik, az állás szigorló orvossal mint helyettesül esetleg hosszabb időre is betölthető lesz.

Tornallja, 1905. évi november hó 1-én.

3-3

Szentmiklóssy, főszolgabíró.

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 hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint

magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségek, általános gyengeségi

állapotoknál mint tonicum és

ferőzo betegségek után a

reconvalescentia szakában, általános ana-

miánál és chlorosis eseténel,

POLYBROM.
SYR. FERR.
CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.
Készíti és kapható: **RADITZ IGNÁCZ**
Fehérkereszt gyógyszerháza
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárosarnokkal szemben
valamint minden gyógytárban, Főraktár:
Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seltz, Budapest.

Hotel PANHANS Semmering Wien mellett.

Nagy modern elsőrangú szálloda.

Magaslati gyógyhely 1025 méter a tenger színe fölött.

Kitűnően berendezve és hosszabb téli tartózkodásnak igen alkalmas.

Téli kúrák és téli sport.

Bővebbet a prospektusokban és a „Semmering als Winterstation” című brosurákban, Braumüller kiadása, Wien.

EPILEPTIKUS gyógy- és nevelőintézet

BALF gyógyfürdőben

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, száz férfi és női betegre berendezve. Ápolási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k., III. oszt. évi 600 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel napi 1 k. 40 f. ápolási díj mellett, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. sz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által a nagym. m. kir. belügyminiszteriumtól és csak ezen engedély alapján vehetők fel mint közköltséges betegek. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál a nehézkárosok gyógy- és nevelőintézet igazgatósága Balf (Sopron mellett). Posta, vasút, telefon helyben.

A csukamájolaj legjobb pótléka.



Könnyű adagolás. Kellemes ízű. Felbűfögés és diarrhoet nem okoz. Az étvágyat fokozza, a testsúlyt gyarapítja.

Egy evőkanál VIVIEN-Bor vagy két darab VIVIEN-Dragee vagy egy darab VIVIEN-Capsula megfelel 2 evőkanál legjobb csukamájolajnak.

VIVIEN- (BOR DRAGEES CAPSULAK)
CSUKAMÁJOLAJ-kivonattal „FIGADOL”

Irodalom és mintákat ingyen küld a

Magyarországi főraktár: **Török József** gyógyszerész, Budapest.

PARIS, Rue Lafayette 126.

Gyarmati-féle csukamájolaj (Ol. jecor. aselli sec. Gyarmati lag. original) teljesen szagtalan és kellemes ízűnél fogva úgy gyermekek, mint felnőttek szivesen veszik.

Készíti: **Gyarmati Emil**, gyógyszerész, **Baja**, (Bács m.)

Kapható minden gyógyszerárban. Egy eredeti üveg ára 1 k. 60 f.

Azonkívül orvosi rendeletre kapható Ol. jecor. aselli Phosphoratum és Ferro Jodatum sec. Gyarmati.

Név védve. **Extractum** Név védve.

China „Nanning”

(A jelenkor legjobb stomachicum.)

Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:

1. Sápörösök étvágytalansága (Dysmenorrhoe elűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümökörösök és tüdőbetegék étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebezés.
5. Lábadozónál.
6. Terhes nők hanyásánál.
7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulózisnál.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Eredeti üvegek
à 2 kor.

csakis gyógytárakban.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi A.: A rostaüreg mucoceléje. 834. lap.
Manninger Vilmos: Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.) Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával. 836. lap.
Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására. 838. lap.
Tárca. Okolicsányi-Kuthy Dezső: A velencei hydrologiai és klimatologiai congressus. 841. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Eugen Holländer: Die Karikatur und Satire in der Medizin. (Győry.) — Marton Sándor: Egészség-Naptár 1906-ra. (T. M.) 843. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. A. Oswald: A morbus Basedowi. (Marikovszky.) — Közegészségtan. Boltenstern: A kávé hatása. — Élet- és körvegytan. Gürber: Az Obermayer-féle indican-reactio. (H. P.) — Leo H.: A sósavnak és pepsinnak szerepe a fehérje megemésztésében. (H. P.) — Salkowski: Adatok az erjesztési cukorpróba ismeretéhez. (H. P.) — Belyógyászat. Romberg: Arteriosclerosis. — Herz: A légzőszervek betegségeiben újfajta gyógy mód alkalmazása. — Sebészet. Wicolson: Ujjperc mint löveg. (Pólya.) — Russell: Hosszú gombostű a bal tüdő alsó lebenyében. (Pólya.) — Warrington: A cauda equina tumora. (Pólya.) — Fuller: A gonorrhoeás arthritisek keletkezése. (Pólya.) — Hotkin: Lépruptura miatt végzett splenectomia.

(Pólya.) — Coley: A Röntgen-sugaraknak hatása rosszindulatú alképletekre. (Pólya.) — Braun: Egyoldali vesetuberculosis miatt végzett nephrektomia után beállott reflectorius anuria. (Steiner Pál.) — Húgyszervi betegségek. B. Goldberg: Az enuresis nocturna tünet- és gyógytana. (Drucker Viktor.) — Venerás bántalmak. L. Spitzer: A syphillis kóroktani gyógyítása. (Guszman.) — A Brandweiner: Syphillises egyének aktív immunisatioja. (Guszman.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bassicalupo: Gonosan. — Carron de la Carrère: Súlyos constitutionalis hemicrania. — Rahn: Oxyuris vermicularis. — Kirchbauer: Furunculosis és folliculitis. 843-846. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Jubileum. — Uj törvényszéki orvosok. — Neubauer Adolf. — Elszámolás a „Bókai János-Emlékalapítvány“-ra való gyűjtésről. — 85 éves keresztkeptelen collega számára adakozás. — Uj gyógyintézet elme- és kedélybeteg részére a fővárosban. — Az erek magyar neveiről. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — 15,000 franknyi Audriffet-díj. — Schwann Tivadar. — II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressus. — A nő termékenységéről. — Szegő Armand-féle orvosi dajkavizsgáló intézet. — Megjelent. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — Nemzetközi sebész-társaság I. congressusa. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. Mellékletek. „A hivatalos orvos körútja“ című prospectus. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning „Anaesthesin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A rostaüreg mucoceléje.

Irta: Ónodi A. dr. egyetemi tanár.

A mi a rostaüregből kiinduló mucocela aetiologiáját illeti, nincsen még eldöntve, vajjon váladékretentio által okozott dilatatio vagy nyálkacysta-ektasia forog-e fenn. A kóroktani mozzanatok között szerepel a trauma, a lob, a kivezető nyílás elzáródása. A lobos inger a váladékképződés fokozásához, a kivezető nyílás időleges, vagy állandó elzáródásához vezethet, továbbá a lobos nyálkahártya cystikus degeneratioját is felveszik. A rostaüreg mucocela kérdése szabatosan megvilágítva nincsen, több kérdés még megoldandó.

A mucocela lényege, keletkezése, növekvése, viszonya a szomszédos melléküregekhez, a szöveti elváltozások mind megbeszélésünk tárgyát fogják képezni. Mucocela előjöhethet a középső kagylóban foglalt kagylósejtekből, melyek a csontból régi elnevezése alatt ismeretesek, továbbá a rostasejtekből. Langenbeck a homloküregre és a rostaüregre szorító mucocela esetét, Snellen a rostaüregre és az iköblöt elfoglaló mucocela esetét észlelte. Avellis a nem traumatikus eredetű homloküreg-mucocelát a rostaüreg mucoceléjére vezeti vissza, mely ép úgy képes kiszorítani a homloküregre, mint az alveolaris cysta a Highmor-üregre.

Hajek, midőn a Berger és Tyrmann által összegyűjtött irodalmi adatokra utal, megjegyzi: „Bekannt ist es, dass in meinem der publicierten Fälle ein verlässlicher rhinoskopischer Befund vorliegt.“ Nézete szerint épen úgy, mint a rostaüreg-empyemák kifelé törő eseteiben, ezekben is az orrüreg nagyon kifejezett elváltozásainak kellett jelen lenni. Steiner, Wernher, Zuckerkandl a mucocela keletkezését többnyire nyálkacysta képződésére vezették vissza, Zuckerkandl a rostaüregben talált is nyálkacystát. Berlin szerint veleszületett orbitalis cysták a lamina

papyracea áttörésével a rostaüregbe juthatnak. Ewetzky esetében a mucocela a szemet ki-, mell- és lefelé tolta, vizenyös papilla, visszeres reczehártyavérbőség volt jelen, kiülső megnyitásnál a lamina papyracea hiányzott, nyálka ürült. Knapp esetében a mucocela a belső szemzugban megnyitásra nyálkát mutatott. Brainard esetében exophthalmus volt, a mucocela a belső szemzugban megnyitott, az üreg tyúktojás nagyságú, sárga nyálkával telt volt. Hulke esetében eltolt bal szemteke, rostaüreg-mucocela, melyet a bal belső szemzugban megnyitva, enyvszerű váladék ürült; jobboldalt homloküreg-empyema sipolylyal és kitolt szemtekével. Eversbusch esetében exophthalmus intermittáló jelleggel, a rostaüreg-mucocela üvegszerű nyálkával vegyített genyet tartalmazott, megszakított lefolyása a váladéknak okozta a belső szemüregfal kidomborodását és az intermittáló exophthalmust. A mi a középső és felső orrkagylóban elhelyezett kagylósejteket, régebben úgynevezett csontbólgyagokat illeti, azok többnyire levegőt tartalmaznak, csak kivételesen nyálkát és akkor is rendszerint keveset. Ha elzáródik a kivezető nyílás, a nagyobb nyálkafelhalmozódás a kagylósejt tágulásával is járhat, mely rendszerint feltűnő nagyságot nem szokott elérni. Chiari esetében a gömbölyű daganat egészen kitöltötte a középső és részben az alsó orrjáratot, a megnyitott üreg sűrű nyálkával és sarjakkal volt tele. Baurowitz esetében a középső kagylóból kiinduló mucocela az orrsövényt a másik oldalra nyomta, a vestibulum nasi-t egészen kitöltötte, megnyitáskor nyálkás váladék ürült, az egykamrás hólyagot vékony, fénylő, vascularizált hártya borította. Baurowitz-nak Brudzewski-vel észlelt esetében a szemteke jobboldalt ki volt tolvá, diplopia, a középső kagyló alsó felületén kidomborodás. A középső orrjárat kutaszolásakor megnyílt a mucocela, szürke, zavaros váladék ürült. Az így keletkezett nyíláson kiürülés és gyógyulás. Később erős orrfúvaskor a belső szemzugban a daganat helyén kidomborodás mutatkozott, melyet a levegőnek a lamina papyracea elvékonyodott részletére gyakorolt nyomásából magyaráztak. Lucanus és Avellis

esetében a jobb szemzugban megnyitott duzzanatból nyúlós, szürke nyálka ürült, a középső kagyló a középvonaltól elnyomott, a felette látható rostaüreg fenéke hólyagszerűen kiemelkedett volt. A középső kagyló mellső végének és a rostaüreg fenekének eltávolítása után egy 4 cm.-nyire hátraterjedő egykamrás üreg maradt, sima, szürke, vascularizált hártáival. Ezek azok az esetek, melyek rendelkezésre állanak és a melyekre nézve elmondhatjuk, hogy egyetlenegy teljes közléssel sem bírnak. *Avellis*, ki esetére úgy hivatkozik, hogy az az egyetlen, a mely orrlelettel rendelkezik, szintén tökéletlen. Az egyik esetben a rhinoskopiai lelet, a másikkban a szöveti vizsgálat, sőt a legtöbb esetben mind a kettő hiányzik. Teljesen észlelt, rhinoskopiai lelettel, kutaszólással, Röntgen-felvétellel és szöveti vizsgálattal bíró eset közölve még nincs. Idevonatkozó ismereteink kiegészítése céljából az egyes vitás kérdések fejtegetését megelőzőleg előrebocsátjuk esetünket.

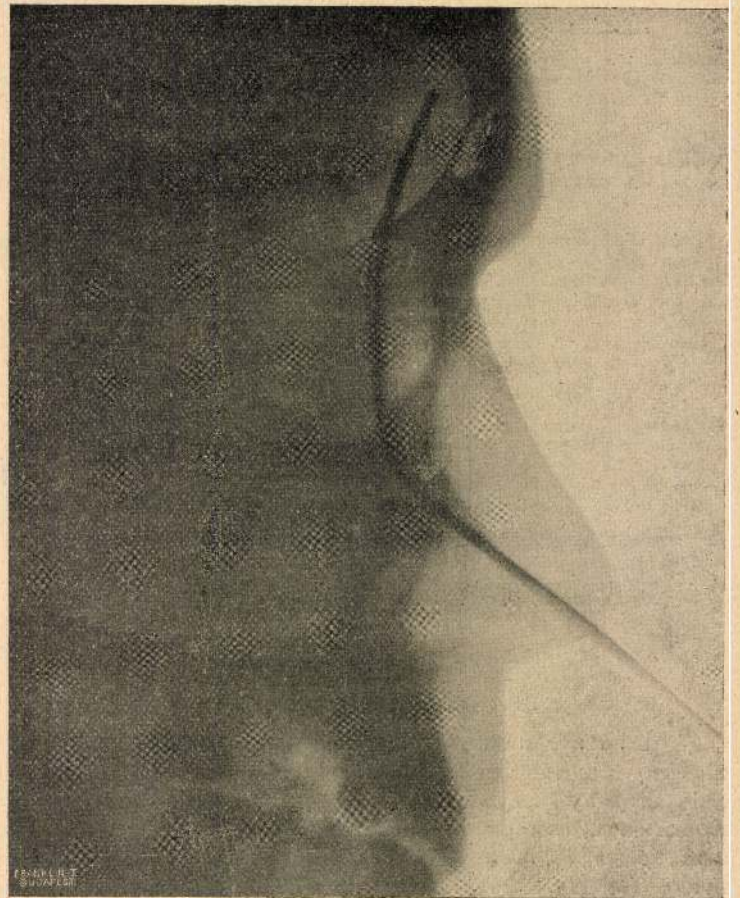
F. A.-né, 30 éves, rk., vasutas neje, hat évvel ezelőtt vette észre, hogy a jobb belső szemzugban kis duzzanat keletkezett mérsékelt fájdalom kíséretében, mely utóbbi csakhamar megszűnt. Azóta a duzzanat lassan és folytonosan nőtt és állítólag négy éve a szemet ki- és lefelé tolja. Látása mai napig zavartalan. Az utóbbi négy hónapban néha homloktáji fájdalmakat érez. Az orrból genyfolyást nem tapasztalt az egész idő alatt. Szily tanár szemét megvizsgálta és látászavarokat nem talált. Jelentkezésekor a jobb belső szemzugban egy diónyi fluctuáló daganat



1. ábra.

tapintható, mely felett a bőr elváltozást nem mutat. Az orresont, a margo supraorbitalis élesen kitapintható. A szemteke ki- és lefelé, a külső szemzugba van tolva, könnyfolyás van jelen. A jobb orrüregben az alsó és a középső orrkagyló mellső része mérsékelt duzzadtságot mutat, a középső orrkagyló vége előtt és felett egy kis mogyorónyi, gömbölyű, fluctuáló hólyag látható. A középső orrjárat mellső felső részén a sonda a homloküregbe vezethető, a Röntgen-képen a sonda a homloküregben látható. A kutaszolás után váladék nem mutatkozott. Ezután az orrüreg jelzett helyén a fluctuáló hólyag punctioval meg lett nyitva, nyomban a punctio után sűrű, világos sárgás-szürkés, enyvszerű váladék ürült. A górcső erősen degenerált, zsirszemesekkel telített hámsejteket, sok törmeléket, továbbá cholestearin jegeceket, kevés vörös és néhány fehérvérsejtet mutat. A punctio helyén bevezetett sonda végét a beteg a belső szemzugban érzi. A bevezetett sonda a punctio nyílásától 5 cm.-nyire hatol a szemüreg felé. A végzett punctio óta állandóan ürül a sűrű nyálka, úgy hogy a harmadik nap estéjén az Orvosegyletben történt bemutatás alkalmával ennek megfelelően az orrüregben a hólyag összeesett és a belső szemzugban levő daganat feszülése és nagysága is kisebbedett. A fényképfelvétel a punctiót követő negyedik napon történt, és mint az 1. ábra mutatja, a szem dislocatioja és a duzzanat még élesen látható. Ötödik nap adrenalin és cocain mellett a középső orrkagyló mellső vége, valamint előtte és felette az összeesett

hólyag ollóval és conchotommal el lett távolítva, midőn a mucocela bő sűrű enyvszerű sárgás tartalma teljesen kiürült. A látható nagy üreg egészen sima, fehér nyálkahártyával van bélelve. Az egykamrás üreg hátrafelé 3 cm.-nyire, felfelé és befelé 4 cm.-nyire terjed a nyílás szélétől. Az üreg nyílásától a merőlegesen hajlított sonda vége az üreg mellső falán 4 cm.-nyire terjed. A hólyag, valamint a szemüreg belső csontos fala ép, perforatiót nem mutat. Röntgen-kép vétetett fel a hólyagba vezetett sondával. A Röntgenképen, mint a 2. ábra mutatja, jól látható a hólyagba helyezett sonda és a nagy mucocela által elnyomott kicsiny homloküreg. A kimetszett részletek górcsővi vizsgálata, melyet Feldmann egyetemi tanársegéd és kórházi prosector volt szíves végezni, a következő eredményt adta: A tömlő fala nagyobb részét csillószőrös hámmal bélelt, mely néhol többretegű kövezethámnak ad helyet. Az epithel alatt hol sűrűbb, hol lazább rostozatú, csaknem kocsonyás kötőszövetet találunk, mely a mélyben inkább körülírt, a hám alatt pedig inkább diffúz sejtes beszűrődést mutat.



2. ábra.

Az utóbbit egyrészt orsósejtek, polymorph magvú és polynuclearis leukocyták, másrészt és nagyobbára plasmasejtek alkotják, melyek közt aránylag sok hízó sejt is van. Találunk ezenkívül számos eret, a melyeknek endothelje duzzadt. Gyéren elszórva henger- és kúpalakú sejtekkel bélelt mirigyeket is látunk benne, melyek vagy üresek, vagy levált hámsejtek mellett nyálkát tartalmaznak. A kötőszöveti rétegtől kifelé vékony csontlemez következik, melynek csonthártájája 3-4 sejtsor vastagságú és csak lazán függ össze a mucosával. A periosteum a csontreteg mindkét felületén bősejtű és főleg hosszúkás, illetve laposmagvú, nagy sejtekből áll, melyeknek a csonttal érintkező rétege inkább duzzadt magvú és többé-kevésbé a csontállományba beolvad (osteoblastok rétege). Néhol a gyér velőürök a csonthártájáig megnyíltak, vagyis az utóbbitól nincsenek csontreteg által elválasztva. A csontvelő reczés avagy rostos szövete kissé sejt- és érdús. A velőürök fala épen úgy, mint a lemez szerkezetű csont felülete általában sima, csak elvétve található lacunaris resorptio nyoma. Egy helyen a velőür falának ily lacunájában egy osteoblast (óriássejt) látható.

Esetünk tehát tiszta képét mutatja a rostaüreg mucocelének, mely a rostacsont területén egy praeformált csillósörös hengerhámmal bélelt és nyálkamirigyekkel ellátott üregben lobos inger folytán keletkezett. A lobos állapot megmagyarázza a nyálka-elválasztás fokozását, a nyálkafelhalmozódást, a kivezető nyílás elzáródását, valamint az üregfalak csontappositioval és csont-resorptioval karöltve járó tágulását, mely fluctuáló duzzanat alakjában jelentkezett úgy az orrüregben, mint a belső szem-zugban.

A mi a melléküregekből kiinduló mucocela keletkezését illeti, a lobos nyálkahártya cystikus degeneratioja eddig kórboneztani és kórszövetani alapon bebizonyítva nincsen. Ismeretes, hogy nyálkacysták az egyes melléküregekben előfordulhatnak. Az egykamrás mucocelét a rostaüreg területén a nyálkahártya cystikus degeneratiojának tekinteni eddig csupán feltevés számba mehet. Alapos tanulmányok tárgyát eddig csupán a középső kagylókban foglalt, régebben úgynevezett esonthólyagok, vagyis a kagylósejtek képezték. *Zuckerlandl, Glasmacher, Fränkel, Heymann, Stieda, Sundholm, Harmer, Kikuchi* észleletei és saját vizsgálataink kimutatták, hogy a kagylósejteket, ellentétben *Schäffer, Schmiegelow, Knigh, Greville Macdonald* és *Hajek* nézeteivel, fejlődési rendellenességek, praeformált, congenitalis üregeknek kell tekinteni, melyek szövettanilag teljesen megfelelnek a rostasejteknek. Vizsgálataink szerint ezen kagylósejtek hossza 8 és 20 mm., szélessége 5 és 14 mm., magassága 7 és 16 mm. között ingadozott. Könyvünkben¹ a 24. tábla egy sagittalis metszetet mutatja a középső kagylóban a kagylósejtet, mely 10 mm. hosszú, 5 mm. magas és a felső orrjáratba nyílik.

A 66. tábla egy homlok metszeten a középső kagylóban mind a két oldalon mutatja a kagylósejtet, a bal oldalon 7 mm. széles, 15 mm. hosszú, 8 mm. magas, a jobb oldalon 10 mm. széles, 22 mm. hosszú, 11 mm. magas, mindkettő a középső orrjáratba nyílik.

A 89. tábla egy harántmetszeten mutatja a középső kagylóban a 17 mm. hosszú, 10 mm. széles és 8 mm. magas kagylósejtet, mely a felső orrjáratba nyílik.

A 11. tábla egy sagittalis metszeten a felső kagylóban mutatja a 14 mm. hosszú, 14 mm. magas és 9 mm. széles kagylósejtet.

Ezen kagylósejtek genyvel is lehetnek telve, mint azt *Fränkel, Stieda, Meyersohn, Harmer, Cordes* esetei mutatják; többnyire levegőt tartalmaznak és csak kivételesen nyálkát. A mi ezen kagylósejtek kivezető nyílásait illeti, vizsgálataink azt mutatták, hogy 10 eset közül csupán egyben nyílt a középső kagylóban levő kagylósejt a középső orrjáratba, a többiben mindig a felső orrjáratba. Az a tény, hogy a kivezető nyílás az üreg tetején van elhelyezve, megmagyarázhatja nyálkafelhalmozódás vagy genyedő folyamat eseteiben a váladék lefolyásának nehézségeit, a kivezető nyílás elzáródásának könnyen támadását és így a mucocela vagy az empyemás hólyag keletkezését. Az eddigi észleletek azt mutatták, hogy a középső kagylóban levő kagylósejtből kiinduló mucocela különös nagyságot nem ér el, kicsiny vagy középnagy, a lob és a váladék-retentio folytán azonban nőhet is. Ez utóbbit többször észlelték az empyemás hólyagok eseteiben. Felemlítettük, hogy a trauma mint kórokozó tényező szerepelhet a homloküreg és a rostaüreg mucocelének keletkezésében, midőn a traumát követő lobos állapotok szerepet játszanak, de hogy ilyen esetekben a lobos nyálkahártya cystikus degeneratioja, vagy a kivezető nyílás elzárása okozta-e az egykamrás hólyag keletkezését, arra nézve biztos adatunk nincsen, a homloküreg nyílásának vagy kivezető csatornájának viszonya, az orrleletek, a szövettani vizsgálatok többnyire hiányoznak, a homloküregnek a rostaüreghez való viszonyáról szabatos adattal nem rendelkezünk. Az általános megjegyzések azt mondják, hogy a homloküreg kivezető nyílása el volt zárva, más szóval nem volt található, és hogy a homloküreg mucocela a rostaüreggel közlekedett. De, mint említettük, pontos rhinoskopiai leletről, kutaszolásról, Röntgen felvételekről szó sincsen *Avellis* említett esete kapcsán felállította a tételt, hogy a nem traumatikus eredetű úgynevezett homloküreg-mucocela nem a homloküreg megbetegedése, hanem a mellő

rostalabyrinthus esonthólyagképződése, valamint a fogcysta sem számítható a Highmor-üreg megbetegedéseire. Felveszi, hogy a rostaüreg-mucocela éppen úgy tudja elnyomni, kizorítani a homloküreget, mint az alveolaris cysta a Highmor-üreget. Hiányzik azonban esetében ennek a felvételnek a bizonyítása; maga is beismeri, hogy nem győződött meg az elszorított homloküreg jelenlétéről, mert tartott a cystafal áttörésének veszélyességétől, melylyel megállapíthatta volna, hogy a csontos cystatokon kívül van-e még ott egy másik üreg, a homloküreg. De ezenkívül nem találunk semmi nyomot a kórtörténetben a homloküreg kutaszolásáról vagy Röntgen-felvételekről, vagy a nyálkahártya szöveti leletéről. Joggal teszi *Hajek Avellis*-nak azt a szemrehányást, hogy be kellett volna bizonyítania, hogy a mucocela által bezárt üregeken kívül még egy más üreg, a homloküreg létezik-e. Saját esetünk mutatta, hogy a homloküregbe a kutasz bevezethető volt, ezt megerősítette a Röntgenkép. Az üregbe vezetett sondát, a mucocela előtt fekvő és elnyomott kicsiny homloküreget mutatja a Röntgen-fénykép.

(Folytatása következik.)

Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.)

Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával.

Irta: *Manning Vilmos dr.*

(Folytatás.)

Lényegében a duzzasztás két fokát kell ismernünk. Az első fok a megengedett és szükséges. Főbb jellemvonásai a következők: a bőr kékesvörös, meleg; idővel oedemássá válik. Cinóbervörös foltok nincsenek. A duzzasztás nem fájdalmas.

A második fok (Bier szerint *hideg pangás*) kerülendő; legjellemzőbb sajátága, hogy a bőrön csakhamar cinóbervörös foltok keletkeznek, hogy a végtag lehül és fájdalmassá válik.

A duzzasztás első fokát alkalmazza Bier az ízületek gümös fertőzése ellen. Nem irom le a technika folytonos módosulását, melyen 14 év alatt a kezelés e módja átment. Magam is, ki 5 év előtt kezdtem meg kísérleteimet ez eljárással, végig kísértem annak minden mozzanatát és meggyőződtem arról, mennyire tökéletesedett az eljárás az évek során. Kezdetben, mikor a hosszú ideig alkalmazott duzzasztást alkalmaztam, egy eset kivételével csak kétes vagy rossz eredményeket láttam. El is hagytam az eljárást és csak 3 év óta alkalmazom újból és állandóan minden arra való esetben. Ekkor közölte Bier az eljárásnak új, ma is használatos formáját.

Naponként egy órán át alkalmazzuk a duzzasztó gummi-pólyát a megbetegedett izülettől centralisan. A duzzasztás az I. fokban leírtnál valamivel erősebb lehet. Az erős duzzasztás (I. II. fok) feltétlenül kerülendő. A pólya feltevése után összehasonlítjuk a két végtagon a pulzust. A duzzasztott végtagon az érverés ne legyen gyengébb, mint az ép oldalon. Megvárjuk, míg a bőr kékülni kezd, majd időről időre meggyőződünk róla, hogy a pólya nem szorít, hogy a pangás kellő fokú. Kezdetben tisztán erre az objectív vizsgálatra vagyunk utalva. Idővel maga a beteg is megtanulja, melyik foka a duzzasztásnak a legjobb.

Hogy ez a személyes ellenőrzés mennyire fontos, annak legjobb bizonyítéka az, hogy a legjobb eredményeket néhány, a kórházba felvett és a gyógyulásig ott tartott beteggel értem el, pedig ezek az esetek voltak a legsúlyosabbak. Jók az eredmények akkor is, ha a beteg naponként ambulantiára járhatott be (a felső végtag gümös izületi bajaival). Igen változók voltak az eredmények azokon a betegeken, a kik — külső okok miatt — otthon folytatták ezt a kezelést és csak időről-időre jelentkeztek felülvizsgálatra.

Három fontos kérdés merül fel az esetek elbírálásánál. I. *Milyen esetek alkalmasak a duzzasztó kezelésre?* II. *Mennyi időt vesz igénybe — átlag — a kezelés?* III. *Mik az eredmények?* Ad I. Bier a kezelésre alkalmas esetek határát igen tágra szabja. Szerinte csak a szervezetenek nagyfokú elgyengülése, különösen előrehaladott tüdőgümőkór és kezdődő amyloidosis elfajulása javálja a primaer amputációt. Resectiókról, arthrektomiákról — úgy látszik

¹ *Ónodi*: Die Nebenhöhlen der Nase. Hölder, Wien, 1905.

— nem sokat tart. Tapasztalataink szerint ez az indicatio-felállítás eméletileg teljesen jogosult, a gyakorlatban azonban nem állja meg a helyét. Van a gümös ízületi gyulladások gyógyításának indicatioi között egy, melyre egy ízben már felhívtam a figyelmet: a socialis indicatio. A szegény ember — ha csak kórházban nem feketik — nem bírja a hosszadalmas kezelést idővel és pénzzel. Kórházban pedig hónapokig nem feketik. Ezért kell a szegénypraxisban akárhányszor csonkolnunk oly ízületet, csonkítanunk oly tagot, melyet a praxis aureában még jó eredménnyel conservative kezelhettünk volna. Az pedig tagadhatatlan, hogy a leggyorsabb (nem a legjobb) eredményeket az arthrektomiával, resectiókkal érhetjük el. Az eredmények talán mégsem oly rosszak, mint azt Schaechter állítja a Bier-féle kezeléssel irt legújabb cikkében. A 6 nagy ízületen végzett arthrektomiák közül (melyek száma a 200-at meghaladja) hosszabb idei észlelés után sipolyos maradt, azaz nem gyógyult körülbelül 12—13%, közvetlen mortalitás 0.5% (az operációt követő 3 hónapon belül meghaltakat hozzászámítva). A functiós eredmény igen jó a könyökön, jó a vállon és kézen, közepes a csipőn és térdén végzett arthrektomiáknál illetve resectióknál (mindig ankylosisra törekedtünk) és rossz a lábtő resectióinál. Ez utóbbi ízület arthrektomiáinál az ankylosis és a mozgó álzület is rossz a functióra. Amaz gátolja a járást, ez bizonytalanná teszi, úgy hogy gépezítő viselését teszi szükségessé.

A felsorolt eredmények miatt a Bier-féle kezelés alól kizárnám eleve azokat az eseteket, melyekben a sok időt, pénzt és áldozatot igénylő conservatív kezelés socialis okok miatt keresztül nem vihető. Minél gyorsabban teszszük munkaképpé a keze munkája után élő napszámot, annál jobb a kezelés. De kizárnám kezdettől fogva a nagyobb csontelhalással járó eseteket is. A primaer csontgöcztől kiinduló ízületi gümőkór, különösen fiatal korban nem is oly ritka. A kis sequester nem okoz nagy bajt; a gümös sarjak átjárják, felpuhítják és vagy betokolódik a folyamat gyógyulása közben, vagy fel is szívódhatik teljesen. Nem úgy a nagyobb sequester, mely arthrektomiákon szerzett tapasztalataink szerint különösen gyakori a sipesont alsó és felső epiphyisében, a radius alsó végében, a czombnyakban és a humerus felső végében. A csontot tápláló verőerek elrendezésében kell e nagyobb sequesterképződés okát keresnünk. Szerencsére a Röntgen-kép az esetek túlnyomó számában az ily sequester kimutatását igen megkönnyíti. A Röntgenkép nem a sequestert mutatja, hanem a szomszédos csontszövet burjánzását, tömörülését. Az ízületi gyulladás az ily sequestráló gümös folyamat áttörésekor nem szokott nagyon súlyos lenni. Csak az áttörést követő néhány héten erősek a fájdalmak, nagy a duzzanat. Az ízületi gyuladást nyugtató kötással, jodoform injectiókkal is elég könnyen elnyomhatjuk. Ép így aránylag gyorsan érünk el eredményt a hyperaemiás kezeléssel. Csak az a baj, hogy a sequester (ha csak idővel fel nem szívódik, vagy nagyon erősen be nem tokolódik) újra meg újra fertőzi a környezetet, örökös recidiváknak válik forrásává. A sequester eltávolítása, üregének perhydrol néhány cseppjével való alapos desinfiálása, nyílt kezelés vagy jodoformplomb rövid idő, néhány hét alatt kirekeszti az örökös recidivák forrását. Ezért követem és ajánlom azt az eljárást, hogy minden gümös ízületi gyulladás kezelése előtt pontos Röntgen structura-képen győződjünk meg arról, nincs-e nagyobb sequester az ízület környékén. Ha positiv a Röntgen-kép, a sequestert eltávolítom, az ízület kezelését pedig annak állapotától, a beteg korától és a conservatív kezelés lehetséges voltától teszem függővé.

Fiatal betegen, különösen gyermekeken, ha csak a külső körülmények lehetővé teszik, feltétlenül conservatív irányt követünk. Idősebb korban, előrehaladottabb betegség mellett feltétlenül jobb az operatív kezelés eredményei.

E két kivételtől eltekintve, a gümös ízületi gyulladás minden szakaszában alkalmas a vérbőséggel való kezelésre, akár zárt, akár nyitott genyedéssel van dolgunk. Legesodálatosabb eredményeinket sipolyos, látszólag teljesen elroncsolt ízületeknél láttunk.

Ad 2. Egy pontot kell kiemelnem, melyet Bier egyetlen közlésében sem találom eléggé hangsúlyozva: ez a kezelés hosszadalmas volta. Teljes eredményt csak hónapokig, néha csak 1—2 évig folytatott kezelés után várhatunk. Hogy a sebészek, különösen

pedig az orthopaedek nem fogadták el ezt az eljárást nagyobb kiterjedésben, ennek legfőbb okát abban látom, hogy nem volt elég türelmük az eljárást elég ideig folytatni és az eredményeket bevárni. Hogy pedig az eljárást szélesebb körben nem üzik, erre legjobb bizonyíték az irodalom szegénysége. Pedig nem tételezhetjük fel, hogy igazán jó eredmények után nem sietett volna mindenki eredményeiről beszámolni.

Ad 3. Az eredmények az esetek nagy számában bámulatosak. Hangsúlyoznom kell még egyszer, hogy a kezelés soká tart. Nem tart hosszabb ideig, mint az eddig használatos rögzítő, tehermentesítő, vagy injectiós kezelés, mert ez utóbbi eljárásokkal is 1/2—2 évig húzódik el a gümös gyulladás lezajlása. Míg azonban ennél az eljárásnál az orvos csak 6—8 hetenként, a kötészváltogatásnál, jodoform-injectio adásánál látja a beteget és jóformán öntudatába sem jut az idő múlása, addig itt folyamatos ellenőrzéssel, a szülők türelmetlenségével való küzdelemmel jóformán folyton szembe előtt van a beteg és a szülőkkel együtt érzi az idő lassú folyását, látja a gyógyulás lassú, szinte észrevehetetlen menetét. De ezzel a hátránnyal szemben megvan az az öröm, hogy egy-egy veszettnek hitt ízület teljes mozgékony-sággal gyógyul, hogy teljes épségében sikerül megtartani oly végtagot, melyet eddigi ismeretünk szerint feltétlenül csonkítanunk kellett volna.

Nem akarom untatni az olvasót kórtörténetek halmazával. Összefoglalom röviden tapasztalataimat, melyeket három évi szakadatlan megfigyelés alapján az egyes észlelésekből levonhattam. Több száz esetben kezdtem meg a kezelést, de az esetek felében be nem fejezhettem. Vagy elmaradt a beteg a kezeléssel, vagy egyéb okok miatt actívabb eljárásra voltunk kényszerítve. De ennek ellenére marad a jól megészlelt eseteknek oly sora, mely a véletlen játékát, az új eljárásoknál rendszeren tapasztalt auto-suggestiót kizárja. Két félig sémás kórleírást vázolok.

Egy hónapok óta fájdalmas, duzzadt, 60 foknyi contracturát mutató térdizület kerül kezelésbe. A térd minden mozdítása igen heves fájdalmakkal jár. Röntgen-képen a csonttrajzolat elmosódottságán (Sudeck-féle atrophia) kívül semmi eltérés. Naponként egy órára alkalmazzuk a Bier-féle duzzasztást. A rendes eljárással, egyszerű leszorítással nem sikerül a hyperaemiának kellő fokát elérnünk, ezért egy Bier ajánlotta fogáshoz kell folyamodnunk. Néhány percze oly erősen leszorítjuk a czombot, mint az Esmarch-féle vértelenítésnél. A mint eltávolítjuk a pólyát, belésszökik a vér a tagba és most könnyű a duzzasztó pólya felrakásával a vérbőség kellő fokát elérnünk.

Az első napokban alig észlelünk változást. Talán valamivel csekélyebbek az önkéntes fájdalmak, jobbak az éjszakák. Lehet, hogy e javulás a nyugalom pontosabb betartásától is függ.

A contracturát — ha csak nem igen nagyfokú — nem bántjuk. Két hét múlva a térdet passive már 90°-ra nyújthatjuk a nélkül, hogy a beteg fájdalmakat érezne. A duzzanat terjedelme nem változott, de a kezdetben álhullámzást mutató felső recessus sokkal keményebb tapintatú, a térdkalács két oldalán kezdetben kiboltosuló tokszalagrész kezd elsimulni.

A térd lassan, szinte észrevétlenül kezd kinyúlni. A taplós sarjak, melyeket kezdetben jól érezhettünk, mind keményebbek lesznek. A fájdalmasság két hónap múlva minimális. A beteg a második héttől kezdve, két mankóra támaszkodva, maga megy ki a szabadba, a hol a nap legnagyobb részét eltölti (tavasztól ősziig). Két hónap elteltével a mankót két bottal cseréljük fel és megengedjük, hogy a szobában keveset járkálhasson.

Négy hónap múlva a térd a test reánehedésekor sem fáj már. Óvatosságból még két hónapig alkalmazzuk a leszorítást, de megengedjük a betegnek, hogy egy bottal hosszabb sétákat is tehet. A térd az egészséges oldalától csak annyiban tér el, hogy a czomb és lábszár izomzata még sorvadtabb, kissé petyhüdebb; a behajlítás néhány fokkal csekélyebb a túloldalánál.

Az itt vázolt lefolyás az ideális és nem nagyon gyakori. Rendszeren több időt vesz igénybe a teljes gyógyulás. De volt két esetem, a melynél biztosan gümös eredetű térdizületi gyulladás 8, illetőleg 11 hét lefolyása alatt nyom nélkül eltűnt. A diagnosist csak a klinikus kép alapján tehetjük; de ez annyira jellemző volt, hogy kétségünk nem támadt a folyamat aetiologiajára iránt.

Az esetek többségében már tályoggal kapjuk a beteget. A duzzasztás folyamán — a mióta az 1 órás, maximum kétszer 1 órás eljárást követtük — hideg tályog képződését ritkábban láttuk. Ha a tályog biztosan kimutatható, a duzzasztó kezelés megkezdése előtt 2—3 izben lebocsátjuk és jodoform-glycerinnel töltjük meg. Csak miután a tályog tartalma átlátszóvá, enyvéssé vált, kezdjük meg a duzzasztást. Kezdetben mi is — nem ismerve Bier ezirányú tapasztalatait — együttesen alkalmaztuk a jodoform-glycerin-injectiót a duzzasztással. Az eredmények rosszak voltak, a tályogok nem gyógyultak. Később (1903) Bier maga is elveti a kezelésnek ezt a módját. Ujabbán Bier a tályogokat kis metszésekkel megnyitja, nem drainezi. Kis tályogoknál mi is követtük ajánlatát. Nagy tályogoknál inkább a fentebb jelzett eljárást végeztük. Nem tartom közömbösnek zárt, tisztán gümös tályog tartalmát egy esetleg bekövetkező másodlagos fertőzésnek kitenni. Ez pedig nyílt kezelés mellett teljes biztossággal mégsem kerülhető el.

Második például a nyílt, sipolyos, esetleg másodlagos fertőzéssel járó bokaszuvasodást választom. A boka hónapok óta duzzadt, teljesen rögzített. Nagy, öblös sipolyokból bőven ürül geny; tályog a lábháton. A tályog megnyitása után a fent leirt módon (1 óráig délelőtt, esetleg még délután is 1 óráig) alkalmazzuk a duzzasztást. A sipolyokban látható sarjak az első hetekben alig változnak, esetleg még szürkébbekké, vizenyösebbé válnak. A váladék igen bő, sűrű, genyes, sajtos törmelékekkel kevert. Néhány hét lefolyása után a lepedék kezd tűnni. A váladék mindinkább savóssá lesz; a sipolyok, fekélyek széle helyenként az alaphoz tapad. Az izület mozgékonyasága lassanként javul. Egyes kisebb sipolyok záródnak. Ebben a stadiumban nem ritkán egy-két hétig újra fájdalmak jelentkeznek, melyek dacára az izület mozgékonyasága javul; a tisztán savós váladék a környék bőrét felmarja. Magyaroztatást adni a tüneteknek nem tudom, de oly gyakran láttuk, hogy nem tartom véletlen, járulékos észleletnek. Eleinte a duzzasztást e stadiumban megszakítottuk, áttértünk rögzítő kötésekre, fürösztésre stb. Miután azonban egyes esetekben meggyőződünk arról, hogy e hyperaesthesiás stadium után rohamosan haladt a gyógyulás további duzzasztásra, újabbán e tüneteknek a prognosira kedvező értelmezést voltunk kénytelenek adni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonczani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A cukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására.

Irta: Halász Aladár dr.

(Vége.)

A hasnyálmirigy parenchymájának e sajátos, mint nevezni óhajtanám chromophil, vagy még helyesebben acidophil elváltozását az irodalomban tudomásom szerint csak Opie, Weichselbaum-Stangel és Gutmann említik s az utóbbi szerint az szigetűdonképződés a parenchymából.

Teljes biztossággal ugyan nem állíthatom, hogy a Gutmann által nem diabeteses egyén hasnyálmirigyében talált parenchymaelváltozás az általam ismertetettel teljesen egyező: a leírás azonban mégis erré enged következtetni.

Nézetem szerint azonban a *parenchyma eme acidophil részletei tönkremenő mirigyszövetből*, nem pedig újdonképződő szigetektől állanak. Az a körülmény ugyanis, hogy a sejtek plasmája gyér, benne helyenként vacuola-képződés észlelhető, hogy a változás haladtával eltűnnek a sejthárók, a sejtplasma helyét egynemű, homogen anyag foglalja el s hogy e területeken helyenként vérzés is látható, degeneratív folyamat és nem újdonképződés mellett szól. Még csak azt óhajtom megemlíteni, hogy a hasnyálmirigy parenchymájának ezen acidophil változását én csak diabetes mellett láttam s hogy mindhárom esetben a hasnyálmirigy szövete egyébként is kifejezetten sorvadott volt, a szigetek egyik esetben épek, számuk normalis, a másik kettőben a rendesnél kevesebb sziget volt s a meglevők jó része kóros volt.

A Langerhans-féle sejthalmazokat, habár egyes esetekben gyér

számban, de minden alkalommal megtaláltuk. Némely esetben csak nehezen voltak felismerhetők.

A mi a szigetek számát illeti, igaz ugyan, hogy az már normalis viszonyok között is nagyon ingadozó: egyik hasnyálmirigyben akár négyszer, sőt ötször annyi van, mint a másikban, mégis csak szembetűnő azon alacsony szám, melyet diabetes-eseteink jó többségében kapunk.

Opie szerint, ki 10 esetben normalis egyénektől származó hasnyálmirigyeken pontos szigetszámlálást végzett, 0,5 cm² területre

a pankreas fejében	4—44
a pankreas testében	4—32
a pankreas farki részletében	13—61

sziget esett. Sauerbeck Opienál jóval magasabb értéket kapott s szerinte egy mm² területre átlag egy sziget esik.

Pontos szigetszámlálást, Sauerbeck példájára, utóbbi 15 diabeteses esetemben magam is végeztem, de tőle eltérőleg nem látóterenként (a hogy azt első dolgozatomban Sauerbecktől függetlenül tettem), hanem a 100 mm² területre eső összes szigeteket igyekeztem megszámlálni. Csak a szigetek egyenlőtlen elosztódását véve figyelembe, könnyen belátható ugyanis, hogy mennél nagyobb területen olvassuk össze a szigeteket, annál megbízhatóbbak a számlálás adatai. Ámbár a szigetszámlálás értékei így is csak relatívek maradnak, mert diabetikusok sorvadott hasnyálmirigyében aránylag sokkal több mirigylebeny és így több sziget is jut egy és ugyanazon területre, mint ép viszonyok között. Érthető tehát, ha a szigetek száma mellett a hasnyálmirigy súlyát is figyelembe vesszük.

Diabetes-eseteink közül 9 alkalommal 19—90 gm. súlyú pankreas mellett 100 mm² területen a normalisnál jóval kevesebb, 33—17,5 sziget találtam; 4 esetben 40—71 gm. súlyú hasnyálmirigyben 100 mm. területen átlag 20—30 szigetet olvastam össze, s két esetben 95 gm.-nyi, illetve ismeretlen súlyú hasnyálmirigy mellett a szigetek száma 82—91, tehát a maximalis normalis értéknek megfelelő volt.

A szigetek közé természetesen nemcsak az épek, de a még sziget jellegeivel bíró kóros képződmények is be vannak számítva.

A szigetek nagysága esetenként különböző; 90 × 60—340 × 470 μ között változott, sőt még egyugyanazon esetben is tág határok között ingadozott, miért is eseteink ismertetésénél az átlagos szigetnagyság mellett a található legnagyobb sziget méreteit is adtuk. Vannak azonban esetek, melyekben a szigetek nagy illetve kicsiny volta szinte feltűnő.

A szigetek qualitativ elváltozásainak ismertetése előtt fel kell említenem, hogy négyszer, nevezetesen XIX., XXIII., XXVI. és XXVIII. sz. esetemben a szigetek 90—99%-a teljesen ép volt. A hasnyálmirigy parenchymája ezen esetekben ép vagy csak kis fokban sorvadott, illetve sclerotikus. A többi esetben, nevezetesen a XVI., XVII., XXV., XXIX. és XXX. sz. esetben a meglevő szigetek 60—99%-a, a XVIII., XXIV., XXVII. esetben 30—40%-a kóros volt; megjegyzendő, hogy mindez esetekben a XXIV. és XXIX. számú kivételével a szigetek szembetűnően meg voltak fogyva.

A szigetek egyszerű sorvadását csekély számú szigeten sokszor, nagyobb számú szigeten pedig a XXII. sz. esetben észleltem, hol különben a parenchyma is sorvadott, helyenként zsírral átszőtt volt s néhol a sorvadáshoz kisebbfokú másodlagos kötőszövetzaporodás is társult. Két esetben (XXVII. és XXIX. sz.) a szigetek colloid elfajulását láttam, mikor is egyik alkalommal a hasnyálmirigy csak kis fokban volt sorvadott és sclerotikus, a másik esetben pedig nagyfokú volt a sorvadás.

Igen gyakran észlelhetők a sziget-elváltozások combinációi: sorvadás és colloid elfajulás, colloid elfajulás és sclerosis, sorvadás és sclerosis. Egyszerű sorvadás és colloid elfajulást együtt a XVIII., XXIV. és XXIX. sz. esetben láttam. A hasnyálmirigy parenchymája sorvadott, zsírral átszőtt és sclerotikus volt.

Colloid elfajulás és sclerosis együtt a XVI., XVII., XXV., XXVII. sz. esetben, olykor egyszerű sorvadás mellett észlelhető. Ez esetek közül az első kettőben a pankreas sorvadott, helyenként zsírral átszőtt, idült lobos és nagy fokban sclerotikus volt.

A XXV. és XXVII. sz. esetben a mirigyszövet csekély fokú elváltozást szenvedett.

Saját diabetes eseteim

Eset	A beteg neve	Kora	Alkoholismus vagy lues	Arteriosclerosis	A baj tartama	A vizelet ezukortartalma	Dietaival befolyásolható volt-e?	Coma diabeticum	Egyéb halál-ok	Szövődményes bántalom	A hasnyálmirigy súlya	Találhatók-e szigetek?	Morphologiailag ép szigetek	Szigetek fogyása (csekély számú)
I.	M. J.	42	-		ismeretlen	0/0 3	?	+	-	Tbc. pulmon.	gm. 70	+	igen kevés	+
II.	H. F.	56	-		ismeretlen	bőven tart.		+	-	Tbc. pulmon.	41	+	-	alig észlelhető
III.	G. P.	32	-		6 hó	2.0-5.8		+	-	-	60	+	kevés	nagyfokú
IV.	E. S.	19	-		13 hó	0-6.56		+	-	-	50	+	de igen kicsinyek	"
V.	R. J.	17	-			3.5		+	-	-		+	igen kevés	"
VI.	D. A.	61	-		1 1/2 év	7.0		+	-	gangr. pulmon.	75	+	kevés	-
VII.	H. J.	49	-		7 év (?)	6		-	insuffic. aortae ; szívbénulás	insuff. aortae	?	+	igen kevés	-
VIII.	B. J.	37	-					(?)	-	gangr. pulmon.	55	+	+	-
IX.	R. J.	64	-			sub finem 2.22		-	-	-	40	+	50%	-
X.	B. J.	40	-					-	-	gangr. pedis	60	+	+	+
XI.	K. J.	41	-		1/2 év	8	?	+	-	-	45	+	kevés	csekély számú sziget
XII.	H. M.	49	-					-	-	phlegm. pedis sin.	70	+	+	nagyfokú
XIII.	R. H.	24	?	acnt lefolyás		3.5		+	-	-	50	+	igen kevés	+
XIV.	Sch. F.	21	?		8 hó	5	nem	+	-	-	70	+	+	-
XV.	T. H.	61	-		20 év	post mortem 2.5	?	-	sepsis	abscessus nuchae	55	+	+	-

Eset	A beteg kora	Neme	Öröklött terheltség	Alkoholismus vagy lues	A baj tartama	A vizelet napi mennyisége	A vizelet ezukortartalma	Befolyásolható volt-e dietaival? Eltűnt?!	Szövődményes bántalom	Arteriosclerosis	Halál-ok		A hasnyálmirigy súlya	Találhatók-e szigetek?	Normalis számú szigetek	A szigetek számbeli fogyása észlelhető-e?	100 mm. területre átlag hány sziget esik	Átlagos szigetnagyság
											Coma	Egyéb						
XVI.	45	♂	-	alkoholismus		4400-6000	0/0 5	nem	Tbc. pulmon.	csekély fokú	-	kimerülés Tbc	gm. 19	+	-	+	17	
XVII.	19	♂	-	-	3 hó	1900-7600	5.8-2.2	nem	-	-	+	-	55	+	-	+	14	145×110
XVIII.	43	♂	-	lues	1 1/2 év	3100-6700	6.6	nem	gangr. pulm.	-	+	-	60	+	-	+	30	220×200
XIX.	70	♀	-	-					gangr. pedis	+	-	kimerülés	-	+	+	-	82	200×220
XX.	50	♂	-	-	4 év	2000-3000	5.5		hernia incarc.	-	+	-	90	+	-	+	9	200×200
XXI.	45	♂	-	-	A kórlelelet adatai ismeretlenek												12.5	136×120
XXII.	20	♂	-	-							+	-	37.2	+	-	+	32	230×200
XXIII.	22	♂	+	-	14 hó	3800	3.3		-	-	+	-	51	+	+	+	3.3	160×150
XXIV.	36	♂	-	-	5 hó	4200-9200	2.8-3.6	nem	-	-	+	-	71	+	+	-	26	220×200
XXV.	33	♂	-	-	8 hó	900-3200	4.6-7.5	?	-	-	+	-	70	+	-	+	7.2	90×60
XXVI.	22	♂	-	-	1 év	3000	2.3-3.0	nem	-	-	+	-	33.5	+	-	+	17.5	280×240
XXVII.	45	♂	-	-	Ismeretlen kórlelelet		1.0			+	valószínűleg	-	85	+	-	+	7	170×150
XXVIII.	24	♂	-	-	3/4 év	sub finem 1000 gm.	sub finem nyomokban		apoplexia	-	+	apoplexia?	95	+	+	-	91	160×170
XXIX.	31	♂	-	-	3 év	320 sub fin. 400 gm.	4.0-8.0 sub finem	nem	Tbc. pulmon. carbunculus	-	-	kimerülés	40	+	+	-	24	200×180
XXX.	54	♂	-	-			3.2		+	-	-	szívűdés	?	igen kevés	-	+	13	100×120

táblázatos összeállítás.

Kóros szigetek	Sziget-sorvadás	Colloid elfajulás	Sziget-sclerosis	Hyalin elfajulás	Combinált változások	Ép mirigyszövet	A parenchyma egyszerű sorvadása	Sclerosisa	Acut gyulladás	Idült gyulladás	Lipomatosis p.	Sorvadáshoz társuló sclerosis	Sziget-vérzés	Sziget újdonszövődés	Vérzés a parenchymában	Kivezető csőrendszer
+	+	-	+	+	hyalin és sclerosis	-	-	mérsékelt	+	-	+	+	-	-	-	ép
+	+	+	-	-	-	-	+	kifejezett	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	+	-	-	+	-	mérsékelt	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	colloid és sclerosis	-	+	csekély fokú	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	"
+	+	+	-	-	colloid és sclerosis	-	-	mérsékelt	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	-	+	csekély fokú	-	-	+	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	-	+	kifejezett	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	+	-	-	-	-	+	csekély fokú	-	-	-	-	-	-	-	"
+	+	-	-	+	sorvadás és hyalin	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	"
+	+	-	-	-	sorvadás és vérzés	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	"
+	+	-	-	-	-	-	-	mérsékelt	-	-	-	-	+	-	-	"
+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	"
+	+	-	-	-	-	-	-	csekély fokú	-	+	-	-	-	-	-	"

Legnagyobb sziget-nagyság	Található-e ép szigetek?	Kóros szigetek	Egyszerű sorvadás a szigeteknek	Sziget-sclerosis	Colloid elfajulás	Hyalin elfajulás	Combinált sziget-elváltozások	Ép mirigyparenchyma	A parenchyma egyszerű sorvadás	A parenchyma kötőszövetes sclerosisa	Acut pancreatitis	Idült pancreatitis	Lipomatosis pancreat.	Sorvadáshoz társuló scler.	Chromophil parenchyma-részetek	Vérzés a parenchymában	A meglévő szigetek hány százaléka ép?	Észlelhető-e szigetújdonszövődés?	Szigetbeli vérzés	A pancreas edényeinek megbetegedése	A kivezető csőrendszer	
																					ép	kóros
210×165	+	+	+	-	+	-	colloid és sclerosis	-	-	-	-	+	+	+	-	-	20	+	-	-	+	-
290×270	+	csekély számban	kis fokú	-	keves számú szigetben	-	-	+	-	csekély	-	+	+	-	-	-	10-15	-	+	sok szigetben	+	+
220×240	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	60	-	-	-	+	+
280×220	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	99	-	-	-	+	+
200×220	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	65	-	-	-	+	+
385×440	+	+	+	-	+	-	colloid és sclerosis	-	-	csekély	-	+	-	-	-	-	40	-	-	-	+	+
380×350	+	csekély számban	nagy ritkán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	csekély fokban	-	-	-	95	-	-	-	+	-
200×220	+	+	-	-	+	-	mucin (colloid?) és sclerosis	-	kis fokú	csekély	-	+	-	-	-	+	60	-	-	-	+	-
340×470	+	+	keves	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	95	-	+	-	+	-
250×260	+	+	+	+	-	-	-	-	+	csekély kis fokú	-	+	-	-	-	-	20	-	-	-	+	-
		+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	5	-	-	-	-	magvak pyknos.

Vérzés a szigeteken három alkalommal volt: a XVIII. és XXVIII. sz. esetben aránylag ép mirigyparenchyma és nagyszámú egyébként ép sziget mellett, kimutatható érelváltozások nélkül; a XIX. sz. esetben a szigeteken kívül a parenchymában is volt vérzés s az érfalak kórosak voltak.

Szigetújdonképződést csak a XVI. sz. esetben észleltem.

Érfalváltozásokat a XVIII., XIX., XX., XXIX. és XXX. sz. esetekben kaptam; a XVIII. és XXIX. sz. esetekben colloid elfajulás és sclerosis, a XXX. sz.-ban a szigetek sorvadása és sclerosisa látható, a XX. sz. esetben a szigetek egyszerűen sorvadtak voltak, a XIX. esetben pedig 90%-a ép. A parenchymában érfal-elváltozás mellett a XIX. sz. eset kivételével kisebb-nagyobb-fokú sorvadás volt valamennyi esetben észlelhető.

A kivetősrendszer hámbélésén csak két esetben volt kisebbfokú elváltozás.

* * *

Mielőtt dolgozatomat befejezném, saját 30¹ diabetes-esetemet könnyebb áttekintés kedvéért táblázatos összeállításban adom s ezen esetek vizsgálata közben a diabetes kórszarmazására, a lefolyás súlyossága és a talált kórboneztani elváltozások között levő viszonyra vonatkozó tapasztalataimat óhajtom összefoglalni.

A diabeteset egyes klinikusok, így Külz,¹² Aldehof és mások egy és ugyanazon anyagcserezavar *quantitative* különböző, egyéni leg eltérő és kor szerint változó jelenségének tekintik. A kórboneztani tapasztalat azonban egészen mást bizonyít, azt t. i., hogy *a baj nem egységes.*

Vannak diabetes-esetek, melyeknek magyarázatát a pankreas-elmélet nem adhatja. Ez esetekben a hasnyálmirigy úgy súlyát, mint szöveti szerkezetét tekintve teljesen normalis (pl. a mi XIV. sz. esetünk). (Lásd a táblázatokat.)

A kísérleti vizsgálódás, klinikai és kórboneztani tapasztalat is a mellett szól, hogy diabeteset, *helyesebben glycosuriát* a pankreas megbetegedésén kívül más szervek anatómiai és működésbeli elváltozásai is kiválthatnak. Czukorvizezéssel járhat a központi idegrendszer, egyes peripheriás, nemkülönb. sympathikus idegágak megbetegedése, pl. idegsértés, a máj, mellékvesék és a pajzsmirigy kóros elváltozása, illetve hyperfunctioja. Mai ismereteink mellett ugyanis a szénhidrátok feldolgozását nem tarthatjuk egy szerv specialis functiojának, de úgy gondoljuk, hogy a pankreas és az izomrendszer mellett (Cohnheim) befolyással van arra a máj (Gilbert), a mellékvesék és pajzsmirigy (Lorand) működése és a vérplasma glycolytikus képessége (Rapport¹⁵) is. Ha e szervek bármelyike betegszik is meg, nyilvánuljon bár e megbetegedés functiókiesésben vagy hyperfunctióban, tartós czukorvizezés lehet a következmény (Gilbert-Carnot¹³, Lorand¹⁴). Könnyen belátható tehát, hogy az úgynevezett „diabetes“-esetek nem csekély százaléka, különösen az úgynevezett könnyű diabetes-esetek jó része egyáltalán nem pankreas-diabetes.

Igaz ugyan, hogy azon esetekben, melyekben ép hasnyálmirigy mellett más szervekben sem kapunk oly elváltozást, mely a diabeteset magyarázná, számolnunk kell a pankreas működési zavarával is (Sauerbeck); mindamellett akkor, mikor a czukorvizezéssel járó anyagcserezavar magyarázatára a pankreasdiabetes-elméletben *anatomiai alapot keresünk*, functióbeli zavart nézetem szerint sem pro, sem contra figyelembe nem vehetünk.

Láttuk, hogy nem minden diabetes egyszersmind pankreas-diabetes, de maga a pankreasdiabetes sem egységes aetiologiájú betegség s kórboneztani képe sem egységes.

Fiatal egyének gyorsan (rendesen másfél éven belül) lefolyó diabetesese mellett többnyire csekély (átlag 50 gm.) súlyú hasnyálmirigyet találunk: a sorvadás csekély foka a mirigy szembetűnő alacsony súlyát akárhányszor nem magyarázza. (V., XIII., XXII. számú eset.)

A kóros elváltozások közül úgy a parenchymában, mint a szigeteken egyszerű sorvadás, csak ritkábban colloid elfajulás, gyuladás és mérsékelt kötőszövetesporodás (XVII.), vagy kisebb-fokú lipomatosis látható.

Pontosabb vizsgálatkor nem egyszer a szigetek rendkívül csekély száma (IV., XIII. és XXIII. sz. eset) és kicsiny volta tűnik szembe. Ámbar csekélyszámú esetből helyes következtetést vonni

¹ 15 eset az első, 15 a jelen közlésben.

nehéz, mindamellett felmerül a kérdés, hogy oly esetekben, hol fiatalok czukorbetegség többnyire csekély súlyú hasnyálmirigyében kevés számú szigetet kapunk s a szigetek csekély számát szigetpusztulás nem magyarázza, nem valamely *veleszületett anomáliával*, a *pankreas*, illetve a *szigetek hypoplasiájával van-e dolgunk*.¹

E felvétel jogosult voltára vall ama körülmény is, hogy elég gyakran épen ezen esetekben a található anatómiai elváltozások *sokkal csekélyebb fokúak, semhogy azok alapján a diabeteset magyarázni lehetne.*

Nem érdektelen, hogy egyik ilyen esetünkben (XXIII.) öröklött terheltég volt kimutatható, a mennyiben a beteg anyja is fiatalon, diabetesben pusztult el.

Némely fiatalkori diabetes-esetben sorvadott parenchyma mellett aránylag épek a szigetek.

Fiatal diabetikusok hasnyálmirigyei tehát rendszeren csekély súlyúak, a szigetek száma kicsiny, a kóros változás, rendszerint egyszerű sorvadás érheti a parenchymát, a szigeteket és parenchymát együttesen s aránylag ritkán csak a szigeteket (colloid elfajulás). Érfalváltozások ez esetekben sohasem találhatóak.

A pankreasdiabetes másik, nemcsak klinikai lefolyás szempontjából, de főképp a található kórboneztani elváltozások alapján *különválasztandó* alakja az idősebb (átlag 40 éven felüli) egyének súlyos, évekig tartó diabetesese

Éltesebb czukorbetegség hasnyálmirigyében rendszerint nagyobb fokú anatómiai elváltozások találhatóak, mint fiatalon elhaltakban. A parenchyma általában csak kisebb fokban sorvadott, idült, ritkábban heveny gyuladás látható benne, a hasnyálmirigy zsírosan átszőtt, kötőszöve sokszor szembetűnően megszaporodott. Súlyja a normalisnál csekélyebb, nagyfokú sorvadás és sclerosis mellett rendkívül kicsiny. A szigetek száma az esetek jó részében, így a mi II., VI., VII., IX., XIX., XXIV. és XXIX. számú esetünkben a normalis határok között ingadozik s ha kisebb a rendesen, úgy fogyását az esetek többségében *szigetpusztulás* magyarázza. A szigetek egyszerű sorvadása aránylag ritkán, inkább azok colloid, hyalin elfajulása, sclerosisa észlelhető és eme kóros folyamatok combinatioi láthatók. A szigetelváltozásokat ugyan nem egyszer a parenchyma nagyfokú megbetegedése mellett láthatjuk, de azok mégis *praevaleálnak* s ritka az oly eset, melyben a szigetelváltozások egyszerűen mint a hasnyálmirigy-parenchyma-megbetegedésének részjelenségei volnának értelmezhetők.

Máskor, így a mi III., VII., X., XV., XVIII. és XXIX. sz. esetünkben, a hasnyálmirigy parenchymájának aránylag csekély-fokú sorvadása és sclerosisa mellett nagyszámú szigetben kifejezett kóros elváltozások észlelhetők.

Egyébként is a szigetek colloid és hyalin elfajulásának, melyet mi 30 diabetes-esetünk közül 16-ban észleltünk, van bizonyos kat'exochén jellege, a mennyiben e változás a hasnyálmirigy elválasztó sejtjein nem és a szigeteken is csak diabetes mellett látható s a hasnyálmirigy egyéb, diabetesel nem járó megbetegedéseivel csak rendkívül ritkán s akkor is csak egy-két szigetben található (Sauerbeck l. c.).

Idősebb diabetikusok pankreasában feltűnő gyakran, így saját 14, 40 évnél idősebb egyénnél lefolyt diabetes-esetemben *tizenegyszer sikerült véredénymegbetegedést kimutatnom.*

Az érelváltozások jelentőségét diabetesnél első dolgozatomban kifejtettem s az ott mondottakra utalok.

E két csoport között a talált kórboneztani elváltozások szempontjából átmeneti vagy vegyes alaknak tekinthető a 30 éves korú egyének diabetesese.

A mondottakat összegezve vizsgálataink a mellett szólnak, hogy míg a *fiatalok diabetes aetiologiája ismeretlen, egyénemely esetben talán veleszületett szervi defectus, addig idősebb egyéneknél a czukorbetegség kiváltásában főszerepet a hasnyálmirigy érrendszerének megbetegedése játszsza*, mely egyes esetekben izolált s jobbadán csak a szigetek ereire szorítkozik, máskor a pankreas

¹ Ugyanezen gondolatnak ad kifejezést Sauerbeck (l. c. pag. 113) az alantokban: „Besonderes Augenmerk wird man auch auf die hereditären und auf die jugendlichen Fälle von Diabetes richten müssen, um festzustellen, ob etwa auch anatomische primäre Bildungsfehler der Inseln vorkommen etc.“

legtöbb edénye beteg, ismét máskor a hasnyálmirigy ereinek megbetegedése általános arteriosclerosis részjelensége.

Fiatal egyéneknél, rövid idő alatt lefolyó diabetes — mint említve volt — aránylag csekélyfokú anatómiai elváltozásokkal jár. Idősebb egyéneknél főképp azon súlyos esetek, melyek hosszú fennállás után comával vagy kimerülési halállal végződtek, adják a legszembetűnőbb kóros elváltozások (*szigetmegbetegedés!*) képét. Kevésbé kifejezett elváltozások találhatók intercurrents bántalomban elhalt cukorbetegyeknél, hol némelykor ugyan számos szigeten, de aránylag csekélyfokú volt a változás (pl. XXX. sz. eset).

Munkámat befejezve, kedves kötelességem hálás köszönetet mondani volt intézeti főnökömnek, Genersich tanár úr Ó méltóságának az anyag átengedéseért s bölcs tanácsaiért, melyekkel támogatni kegyes volt.

Sokszoros hálaára vagyok kötelezve Kétly tanár úr Ó méltóságának és a kir. tudomány-egyetem II. számú belklinikája személyzetének az általuk észlelt esetek kórtörténeti adatainak átengedéseért, nemkülönben Entz és Bender tanársegéd uraknak szíves baráti támogatásukért, a mennyiben dolgozatom anyagát, saját eseteiket átadva, gyarapították.

Irodalom. 1. *W. Croner*: Über 100 poliklinisch beobachtete Fälle von Diabetes mellitus: insbesondere ihre Beziehung zur Tuberculose und Arteriosclerose. D. med. Wochenschr., 1903. 45. sz., 821. lap. — 2. *Hoppe-Seyler*: Über chronische Veränderungen des Pankreas bei Arteriosclerose und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 81. köt., 119. s. köv. lapok. — 3. *P. Lazarus*: Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine. Berlin, 1904. — 4. *E. Sauerbeck*: Die Langerhans'schen Inseln im normalen und kranken Pankreas des Menschen, insbesondere bei Diabetes mellitus. Virchow's Archiv, 177. k., Supplementheft 1—122. lap. — 5. *E. Pfleger*: Über die im thierischen Körper sich vollziehende Bildung von Zucker aus Eiweiss und Fett. Archiv für die gesammte Physiologie, 1904. 103. köt., 1—66. lap. — 6. *C. Gutmann*: Beiträge zur Histologie des Pankreas. Virchow's Archiv, 177. köt., Supplementheft 128. s. köv. lap. — 7. *L. W. Ssobolew*: Über die Struma der Langerhans'schen Inseln der Bauchspeicheldrüse. Virchow's Archiv, 177. köt., Supplementheft 123. lap. — 8. *Herxheimer* előadása: 1. Bericht über die Verhandlungen der deutsch. path. Gesellschaft stb. 1904. ref. a Centralblatt f. allg. Path. u. path. Ansat. 1904. évfolyamában. — *Ugyanott. Sauerbeck*: Über Experimente zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen Langerhans'schen Inseln des Pankreas und Diabetes. — *G. Herxheimer*: Über eine eigenthümliche Veränderung des Pankreas. Verhandlungen d. deutschen pathologischen Gesellschaft Herausgegeben v. Orth. Jena, 1904. 1. füz., 215. lap. — 9. *Hansemann* hozzászólása u. o. — 10. *Karakaschew*: Über das Verhalten der Langerhans'schen Inseln des Pankreas bei Diabetes mellitus. Deutsches Archiv für klin. Med., 82. köt., 60. lap. — 11. *Halász*: Adatok a hasnyálmirigy kórszövetani elváltozásainak ismeretéhez pankreas-diabetesnél. Orvosi Hetilap, 1903. — *Ugyanaz*: Hasnyálmirigy-sarkoma. Orvosi Hetilap, 1904. — 12. *Külz*: Klinische Erfahrungen über den Diabetes mellitus. Jena, 1899. Bevezetés. — 13. *Gilbert-Carnot*: Les fonctions hépatiques. Paris, 1902. — 14. *Lorand*: Die Entstehung der Zuckerkrankheit und ihre Beziehungen zu den Veränderungen der Blutgefäßdrüsen. Berlin, 1903. — 15. Zeitschrift f. klin. Med. 1905. 57. k. 3—4. f.

Hibaigazítás. A 742. lapon a 9. kikezdés első sorában „17 diabetes esete közül egyszer“ olvasandó. — A 802. lapon a 4. kikezdés 9. sorában „testéből és“ szavak törleendőek.

Tárca.

A velencei hydrologiai és klimatologiai congressus.

A VII. nemzetközi hydrologiai, klimatologiai és physiotherapeutikai congressus folyó évi október hó 10—13.-a között Velencében tartotta üléseit, a lagunák városa, nemkülönben a veneziai tartomány, sőt maga az olasz kormány vendégszeretetének s figyelmének számos jelét élvezve munkálkodása közben.

A congressus általános képére jellemző volt, hogy a 98 előadás közül körülbelül 30-at egyetemi tanárok tartottak, kik közül — egyikök-másikuk több communicatioval is szerepelvén — több mint 20-an személyesen léptek az előadó asztalhoz, hogy a balneologia és physikalís therapia valamelyik ágához tartozó témájukat fejteggessék.

Minő nagy súlyát a hydrologiának mutatja ez a körülmény a külföld tudományos világának felfogásában!

A congressus megnyitása a La Fenice színház pompás termében ünnepiesen folyt le. *L. Lucatello*, padovai egyetemi tanár, a congressus elnöke, megnyitottnak nyilvánítván az inauguráló ülést, felolvastatta *Fortis* belügyminister távirati üdvözetét, mely

után a minister képviselőben *Nob. I. Vittorelli*, Velence tartomány prefektusa fejezte ki élő szóval a kormány érdeklődését és szerencsekívánatait a congressus munkálkodásához. Majd *F. Grimani* gróf, Velence polgármestere köszöntötte a megjelent vendégeket. Utána *Lucatello* tanár tartotta meg közel egy óra hosszát tartó elnöki megnyitóját temperamentumos szónoki erővel. A hydrologia és physikalís gyógyító módok — úgymond — mind jobban kivetkőznek az empirismus egyszerű köntöséből, s a biológiai chemia terén kifejtett előhaladásunkkal karöltve mind praecisebb, tudományos alapon megokolt indicatiók talaján működhetnek a szenvedők javára. Szükséges is, hogy az új orvosi generációk e tudományággal bővebben megismerkedhessenek „per l'insegnamento ufficiale“, annak hivatalos, kötelező tanítása által.

Majd *A. Robin*, a Párisban székelő „Bureau permanent des congrès internationaux d'hydrologie“ elnöke, emelt szót; átadván a párisi orvosi akadémia üdvözetét, rámutatott arra, hogy Franciaország kormánya minő jelentőséget tulajdonít a hydrologiának: állandó bizottságot kreált, mely az ásványvizek ügyét gondozza, behozta a gyógyhelyek felé menő vasúti forgalmi eszközök desinfectioját, stb. Utána *H. Monod*, a francia közegészségügy és „Assistance publique“ főnöke fejezte ki kormánya üdvözetét a congressusnak. Utalt egyebek közt beszédében arra a legújabb francia törvényre, mely a 2000 lakosnál többet számláló gyógyhelyek mindegyikében egészségügyi hivatalt szervezett.

Végül a titkár előterjesztette az elnökség propositioját a congressus tiszteletbeli elnökeiről. Ilyenekké egyhangúlag megválasztottak: *Bianchi* közoktatásügyi minister, prof. *Armand Gautier* (Páris) és a megjelenésben gátolt *Winternitz* bécsi tanár.

Lucatello fényes déjeuner-je után a „Viktoria“ szálló éttermében, melyet a külföldi vendégek tiszteletére adott, délután megtartotta a congressus első, ez alkalommal *összes ülést*, *Vinaj* turini hydrotherapia-docens, alelnök előlétele mellett, a híres Galeria tőzsomszédságában fekvő Palazzo Giustinian első emeleti dísztermében.

Pagliani torinói hygiene-professor adta ezen elő „A velencei öböl sandlása“ című értekezését, melyben kifejtette, hogy Velence lagunája a tenger felől nyeri az egészségügyi tekintetben kedvező befolyásolást, míg a szárazföld édesvizei részéről, a melyek a laguna vizének sótartalmát leszállítani igyekeznek, miáltal a laguna az anopheles-lárvák fejlődésére alkalmassá válnék, kedvezőtlen hatás alatt áll. A város és környékének assanálása tehát azon czélt kell hogy maga elé tűzze, hogy az édesvizek ne a lagunába, hanem közvetlenül a tengerbe vezetessenek. *Senac Lagrange* dr. (Luchon) a *bronchitisek különböző fajairól* értekezett; azoknak két főcsoportját „meghűléses és lymphatikus bronchitis“ néven különítvén el, utalt a két csoport balneo- és klimatoterapiájának vezérelveire. Prof. *Colombo* (Róma) a *physikalís gyógytényezők solidaritását a rationalis therapia keretében* fejtegette, rámutatván a különböző physikalís therapiái módszerek cooperatiojának üdvös voltára a betegségek kezelésében.

Gauthier és *Fasano* nápolyi tanárok városuk jelentőségét vázolták klimatologiai és balneologiai szempontból. *Viola*, padovai tanár a roncegnoi vízzel 35 morbus Basedowi-esetben elért igen kedvező eredményeit ismertette. *Okolicsányi-Kuthy* (Budapest) „L'insegnamento grafico della Idroterapia e della Climatologia“ czimen tartott előadást, 47 színes graphikon demonstrálása mellett végigvezetvén a hallgatóságot in nuce a két testvérdisciplina összes alaptételein, melyek manapság a kísérleti buvárlat által már tisztázva vannak. Végül *Serena* dr. (Róma) ismertette gyomorfitulás kutyán végzett tanulmányát a gyomorra gyakorolt mechanikus ingernek befolyásáról a gyomorredv elválasztására.

A második napon szakosztályokra oszlott a congressus. A *hydrologiai* szakosztályban *Casciani* római tanár elnökölt. *F. Baraduc* (Chatel Guyon) és *F. Bernard* dr.-ok (Plombières) az enterocolitis mucosmembranacea kezeléséről különböző ásványvizekkel értekeztek elsőkül. Utánuk *Vinaj* docens (Torino) a vízgyógyászati műveletek befolyását a hőérzésre fejtegette kísérleti megfigyelések alapján; *Bernard* dr. (Dijon) az ásványvizek radiotherapeutikus hatásáról beszélt, *Raymond* dr. és *Duchesne* dr. (Vichy) a májtáji dussok indicatióit körvonalozták, *P. Caseiani* prof. (Róma) az olasz ásványvizek egy sorával végzett kryoskopikus vizsgálatait ismertette s ugyanő még a meszes ásványvizek physiologiai és therapiás

hatását is előadta; *O. Polimanti* prof. (Róma) a hypotoniás égvényes savanyúvizek hatásáról a gyomornedv-elválasztásra és a gyomornedv minőségére végzett kísérleteiről számolt be (dolgozata már meg is jelent az „Archivio di Farmacologia sperimentale“-ben [Anno IV, Vol. IV, Fasc. VII—VIII]; *Jorissenne* dr. (Liège) a syphilis balneotherapiájáról értekezett, *Barabbé* dr. (Bagnoles de l'Orne) pedig a phlebitisek és varixok kezeléséről a bagnoles de l'ornei vízzel; *Lumbroso* prof. (Livorno) a konyhasós-jódos vizek hypodermás alkalmazásával elért eredményeit ismertette. *Chiais* dr. (Evian les Bains) előadása után az eviani vízről, végül *Remi Picci* prof. (Róma) az Acqua di Fiuggi befolyásával a húgysav-kiválasztásra foglalkozott.

A klimatologiai szakosztály *Favalli* firenzei tanár elnökle alatt fogott működéséhez. *Cuomo* dr. Capri sziget atmosphaerájának elektromossági viszonyait tette volt alapos vizsgálat tárgyává s most beszámolt ezen vizsgálatairól; *Goudard* dr. Pau klímájának sedativ befolyását az idegrendszerre vázolta; *Galli* prof. (Róma) a magasságok éghajlatának befolyását a szívbetegségekre fejtegette, majd egy második előadásban a *sondalói tüdőbeteg-sanatorium* ismertetését hallottuk tőle. Az olaszok ez első tüdőgyógyintézete vagyons betegek számára épült (orvosa *A. Zubiani* dr.) a Sortenna-hegység déli lejtőjén, 1250 m. magasságban a tenger színe felett. Berendezése az adatok szerint kiváló. Végül a szakosztály egy klimatologiai pályadíjat ítélte oda *C. Albera* dr.-nak, a genovai egyetemi observatorium segédjének.

A physikalis therapiai szakosztályban *Bozzolo* tanár elnöklt. Az első előadás mindjárt az elnök székéből hangzott, a jeles torinoi klinikus a radiotherapia eddigi fejlődését ismertette; utána *Galeazzi* tanár (Milano) a törzs deformitásainak physikai kezelésével foglalkozott; *Sgobbo* tanár (Napoli) X-sugarakkal kezelt epithelioma két esetét adta elő, s egy syphilis bőrbántalom Fin-sen-kezelését és radiotherapiáját ismertette. Az osztrák származású *Steiner* dr., azelőtt leivói fürdőorvos, ki újabban Rómában telepedett le, a phototherapia haladásáról értekezett.

Délután a congressus tagjai a Giardino publico-ban megtekintették a nemzetközi műkiállítás, melyben jóleső látvány volt nekünk magyaroknak mindjárt a főteremben *László Fülöp* egy remek arczképe, odább pedig a magyar szoba „Ungheria“ felirással a két ajtója felett. Este *A. Robin* és neje fogadták a congressus tagjait a Britannia-szálló dísztermében fényes estélyen, melyen az angol születésű *Madame Robin* az angol elegancia és a francia sikk bámulatos vegyülékével gondoskodott 300 vendégeről. A tósztok sorában nem egy éltette a latin fajok lelki szövetségét.

A harmadik nap délelőttjét ismét a szakosztályok előadásai foglalták el. *Baistrocchi* nagy jelentőségű előadása az ásványvizek kivételéről s az ásványvizekre vonatkozó törvényekről és szabályrendeletekről nyitotta meg a hydrologiai szakosztály e napi ülését. Sürgette benne a források védelmét: „La protection de la source et du bassin est très importante. On doit conserver à la patrie la richesse, qui est cachée dans le sousol“; szükségesnek mondotta az ásványvizekre vonatkozó törvényes intézkedések gyökeres reformját. (A tanulmány már előre megjelent nyomtatásban, külön füzetben *Luigi Battei*-nél Pármában.) *Gautier* tanár (Páris) az ásványvizek eredetéről szólott, új nézőpontokat állapítva meg; *Fasano* nápolyi tanár a hydrologia és physikalis therapia beható egyetemi tanításának szükségét hangsúlyozta s előadásában e disciplinának egyetemi katedrát kívánt. *Derècq* dr. (Páris) a palaczkokban szállított ásványvizek hatékonyságáról szólott, *Gaudy* dr. (Bagnères de Bigorre) a neurasthenia thermalis kezeléséről, *Colombo* tanár (Róma) a Finggi vizének hatásmódjáról húgysavas diathesisben értekezett, *Giunti* dr. (Cagliari) az égvényes thermális fürdők befolyását a vér összetételére fejtegette. *Abbamonte* tanár (Nápoly) a Mirtina di Porto d'Ischia ásványvizet ismertette; majd *Schneer* dr. és *Gauthier* tanár (Nápoly) az *agnanoi* thermákat s azok hatását jellemezték.

Schneer dr. hazánkfia Mezöturon született s ma is magyar állampolgár és jól beszél mindmáig anyanyelvét, bár manapság olasz nagybirtokos és olasz rendjel ékeskedik a gomblyukában. Nápoly mellett övé az aguanói medence 71 ásványos forrásával, melyeknek természetes hőmérsékletei forrásonként 18—72° C. között ingadoznak s összetételükre nézve a hideg égvényes savanyú-

vizektől a meleg vasas és kénes forrásokig egész skáláját az ásványos vízfajoknak mutatják.

Beszélt még *Angelby* dr. a Châtel-guyoni-vízről és *Roasenda* a hydriatikus ingereknek a gyomor motilitására gyakorolt befolyásáról.

A physikalis therapia szakosztályában *de Luca* dr. (Róma) a leukaemia és pseudoleukaemia gyógyításáról X-sugarakkal értekezett, *Serena* dr. (Róma) pedig az ember vérnyomásának ingadozásáról massage után tartott előadást; *Manua* dr. (Nápoly) a thermo-phototherapia szerepét a nőgyógyászatban vázolta, majd *Colombo* tanár (Róma) a kinesitherapiás műveletek rationalis osztályozásáról szólott behatóan, végül *Biondi* dr. dolgozatát olvasta fel *Gauthier* tanár Nápoly környékének klimatikus jelentőségéről, beszámolva szerző vizsgálatairól, melyeket többek közt a levegő bakteriumtartalmát illetőleg Nápoly környékének számos pontján végezték.

Délben a Lido-ra ment a Velence város szívésségéből rendelkezésre álló három külön hajón (ott a Canale Grande-n fűrgén közlekedő „Vaporetto“-k, Venezia villamosai, a város kezében vannak s nem magán-társaság birtokában!) a congressus tagjainak serege, a hol a társaság, miután örömmel látta viszont az első lovakat, a lidói lóvonatú kocsik elé fogva (a lagunák városában tudvalevőleg lónak nyoma sincs), a készen álló kocsikon a *Società dei Bagni* dejeuner-jére hajtattott, a mely valóban nagy-szabású, fényes és emelkedett hangulatú volt.

Utána a congressisták megfürödve kissé a nagy étteremből egyenest a tengerre nyíló szép terrasse-on a meleg napsugárban, megtekintették a közeli szépen berendezett vízgyógyintézetet s azután a közel 300 gyermeket befogadni képes tengeri hospice megtekintésére indultak. A skrofulás gyermekeknek valóságos eldorádója ez, előtte mindjárt a széles, pompás, finom homokpart, melyet szeliden nyaldosnak a tenger hullámai: Olaszország számos tengeri gyógyintézeteinek egyike . . .

Hazatérőben a vaporettók még megállapodtak ama kis szigetnél, melyen az örültek háza áll, s a kinek kedve tartotta, ezt az intézményt is megtekinthette.

A negyedik napon már csak a hydrologiai szakosztály tartott ülést. Ezen *Cazaux* dr. dolgozatát mutatták be a nem bacillusos eredetű bronchitisek hydromineralis kezeléséről; *Luzzatto* prof. és *Oreffice* (Venezia) a hydrotherapia befolyását a neurastheniás egyén vérkeringésére és anyagcseréjére ismertették; *Casciani* tanár a keserűvizeknek a gyomornedvelválásztásra kifejtett hatását vázolta, majd *Polimanti* prof. az „Acqua delle Ferrarelle“ hatásáról az epeelválásztásra végzett vizsgálatait ismertette. *Coleschi* dr. (Róma) értekezése után a természetes szénsavas vizek be-folyásáról a gyomorfunctiókra végül *Giunti* dr. (Cagliari) a természetes ásványvizekben foglalt gázok fixatiojáról tartott előadást egy erre vonatkozó készülék bemutatásával.

Délután volt a congressus záróülése a Giustinian-palota nagytermében, *Lucatello* tanár elnökle alatt. Ezen a következő határozatokat hozták: az ásványvizek conserválásának és helyes szállításának kérdése alapos tárgyalásra készítendő elő a jövő congressusra; a közoktatásügyi ministeriumhoz felír a congressus, kérvén, hogy a hydrologia Olaszországnak legalább egy egyetemén hivatalosan taníttassék (hasonlóképpen a külföldi kormányok is meg fognak ilyen irányban kerestetni); végül az egész terminologia megállapítására bizottság küldetik ki, mely munkálatát annak idején a párisi központ elé terjeszse.

Még *Pagliani* torinoi hygiene-professor olvasta fel a jury itéletét a congressussal kapcsolatos balneologiai és physikalis therapiai kiállítás tárgyairól (a jury-nek e sorok írója alelnöke volt) s ezzel a congressus üléseit *Lucatello* elnök szép beszéde után bezárták.

A jövő congressus 3 év multán Toulouse-ban vagy Algirban lesz, a hely felett végleg a párisi központ fog dönteni.

A búcsú-bankett a zárónap estéjén még egyszer együtt látta a congressistákat a Viktória-hotel hatalmas külön éttermében. Ezen sorok írójának olasz tószttja *Vinaj* congressusi alelnöknek a magyarok iránt igen sympathikus válaszára nyújtott alkalmat.

Miután még egyik felköszöntő hatása alatt „Pro Calabria“ hamarosan 300 és néhány lirát adott össze egy rögtönzött gyűj-

tésben a társaság, a congressus utolsó akkordja is elhalt a nagy-szerű tóvárosban s a tagok egy része sietett csomagolni a másnap kezdődő kirándulásra a Lago di Garda szépséges tájaira.

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Eugen Holländer: Die Karikatur und Satire in der Medizin. Medico-kunsthistorische Studie. 1905. Ferd. Enke, Stuttgart.

Mintegy másfél év előtt jelent meg Holländer nagyértékű munkája, melyben az orvosi vonatkozású klasszikus festményeket állította össze. A fáradhatlan szerző s az áldozatkész kiadó újra összefogtak, s az orvosi irodalmat oly művel gazdagították, melyet üttörőnek nevezhetünk a maga terén.

Mindnyájunk előtt ismeretes, hogy a kaczagásra mindenkor kész világ előtt hányszor volt az orvos gúnyának és élcznek tárgya. A satirának legközvetlenebb módja persze a képes satira volt, a karikatura. Az idők folyamán ilyképen tekintélyes satirikus anyag gyűlt össze, s ezt mindnyájunk mulattatására, de valóban tanulságára is, Holländer összeállította s Enke kiadta.

Szerző behatóan és plausibilis magyarázatokkal illusztrálja, miért képezte mindenkor a gyógyászat a satirának egyik igen alkalmas tárgyát. A karikatúrákat az ó-kortól kezdve gyűjtötte össze, és folytatta napjainkig. Az utóbbiak az orvosi tudományok valóságos naplói, mert minden újabb phasist, melybe tudományunk belékerült, egy-egy sikerült graphikus persiflage is követte. Ki ne mosolyogna a sikerült ötleten, mikor a „jövő gyógyszerárát“ látja maga előtt? Az elárúsítóasztal mögött áll Behring és egy jóindulatú, csendes szürke. Hasába egy csap van illesztve, s a paciensek serege kisebb-nagyobb edényekkel jön — serumért. „Gyógyító-serum! egyenesen a lóból! friss csapolás!“ — így kínálja Behring gyógyszerész a portékáját. Vagy a mellette lévő kép! Egy nagy tantermet látunk magunk előtt, a padokat figyelmes hallgatóság: az állatvilág különböző példányai töltik be; odalenn szemüveges házinyulak laboratoriumi kabátban már lekötötték az asztalra egy vergődő embert. Az egyik nyúl felszól a hallgatósághoz: „El az álsentimentalismussal! A szabad kutatás elve azt követeli, hogy ezt az embert az egész állatvilág hasznára vivisekáljam!“

Kiragadtam két történetes példát a könyvből, izelítöl.

De vidám és kiemelem: tanulságos a könyv véges-végig. Tanulságos, mert a mulatságos képekhez alapos és komoly történeti háttérrel festett Holländer.

A gyűjtés és a szöveg megírása szerzőnek az érdeme; de a mű kiadása, a rendkívül gondos, művészi kidolgozásban való reprodukálása számszerint tíz színes táblának és 223 képnek az Enke-kiadóczég kiváló ízlését dicséri.

Merem ajánlani e mű beszerzését minden collegának Vegyék meg a saját maguk karácsonyi ajándékául.

Győry.

Marton Sándor: Egészség-Naptár 1906-ra. 240 lap. Ara egy korona.

Immár negyedik évfolyamában jelent meg ez a közhasznú és valóban hézagpótló mű, a melyet *Marton Sándor* dr. számos érdemes szakférfiú és *Zilahi Jenő*, a „Budapesti Hirlap“ igazgatója közreműködésével szerkesztett. A naptár népszerű modorban és élvezetes iránylyal írott, meggyőző erejű cikkeiben kioktatja a nagy közönséget arra, hogy miként óvja meg kiki a maga egészségét és hogy milyen czélszerű intézkedésekkel tartoznak a hatóságok a közegészség érdekeinek. *Marton Sándor* dr. a legteljesebb elismerést érdemli meg fáradhatlan kitartásáért és önzetlen buzgóságáért, a melylyel évről évre tökéletesebbé váló alakban adja ki ezt a munkáját, mert ennek minden sora a — sajnos — még mindig annyira elterjedt babona, kuruzslás és elöítéletek ellen harcol. Valóban minden orvosnak oda kell törekednie, hogy ez a felvilágosodást terjesztő naptár a legszélesebb néprétegekbe eljusson. A munkához *Bóky Árpád* tanár írta

meg az előszót, a melyben szépen magyarázza, hogy „Egészség: boldogság! Az egészség: jólét, a mely jórészt magunktól, tanultságunktól függ.“

T. M. dr.

Uj könyvek. *Barlenheuer* und *Graessner*: Die Technik der Extensionsverbände. Zweite Auflage. Stuttgart, F. Enke. — *Sternberg*: Pathologie der Primärerkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates, einschliesslich der normalen und pathologischen Morphologie des Blutes samt einer Technik der Blutuntersuchung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Hughes*: Lehrbuch der Atmungsgymnastik. Zweite Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Peiper*: Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Babes*: Beobachtungen über Riesenzellen. Stuttgart, Naegle. — *Brouardel* et *Mosny*: Traité d'hygiène. I. Atmosphère et climate. Par J. Courmont. Paris, Baillière et fils. — *A. W. Campbell*: Histological studies on the localisation of cerebral function. Cambridge University Press. — *H. Batty Shaw*: Organotherapy. London, Cassell and Co. — *C. W. Suckling*: Movable kidney. London, H. K. Lewis.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A morbus Basedowi magyarázata érdekében végzett kísérleti, vegyi és klinikai vizsgálatokról ir érdekes cikket *A. Oswald* a Wiener klin. Rundschau 1905. évi 37. számában. Ismeretes, hogy valemennyi theoria közül, melyet a morbus Basedowi magyarázására felállítottak, a *Möbius* által felállított azon elmélet bír a legtöbb létjogosultsággal, mely a betegség keletkezésében a pajzsmirigyre helyezi a súlypontot. *Möbius* ugyanis a pajzsmirigy tevékenységének qualitativ és quantitativ megváltozásában keresi a tünetek magyarázatát. Quantitative a kiválasztás fokozott *Möbius* szerint, qualitative a thyreoidea rossz mirigynedvet, az úgynevezett Basedow-mérget választaná ki, mely azután elsősorban az idegrendszerre fejtené ki káros hatását. Azok a szerzők, kik a Basedow-kórban fennálló légesereviszonyokat vizsgálták, azt tapasztalták, hogy az oxygenelhasználás, illetőleg a szénsavtermelés jelentékenyen fokozott. Fokozott azonban az N elhasználás is. Ez utóbbi néha oly mérvet ölt, hogy akárhányszor teljesen lehetetlen a nitrogenegyensúlyt fenntartani. A nitrogentülfogyasztást a thyreoidea fokozott működésére, az úgynevezett hyperthyreosisra lehet visszavezetni. A mi a fokozott oxygenelhasználást illeti, nem lehetetlen, hogy azt a fokozott munkára kell visszavezetni. Ismeretes ugyanis, hogy a Basedow-kórnak jellemző tünete az általános tremor, s hogy a beteg rendszeren állandóan szellemi és motorius nyugtalanság állapotában van. Vegyileg vizsgálva meg a Basedow-strumákat, az derült ki, hogy azok vegyileg nem különböznek a közönséges strumától. Az absolut jodtartalom ugyan rendszeren eltér valami keveset a normalis struma jodtartalmától, valami jellemzőt azonban egyáltalában nem lehet a jodtartalom mennyiségének vizsgálatával találni. A kórboneztani vizsgálatok szintén azt mutatták, mint a vegyiek, vagyis a kétféle struma azonosságát vagy legalább igen nagy hasonlóságát. Kórboneztanilag a különbség mindössze annyi, hogy a Basedow-struma vascularisatioja dúsabb, mint a közönséges strumáé; a különbség azonban nem oly éles, hogy jellemzőnek volna mondható. *Cyon* kísérleteiből ismeretes, hogy a pajzsmirigy váladéka útján befolyást gyakorol a szív és az edényrendszer idegapparatusaira, s ez úton szabályozza a vérkeringést és a szív működést. Strumás elfajulásnál már most a mirigy váladéka akkép változik meg, hogy most már az említett idegapparat egy részének irritabilitását fokozza, a többiét csökkenti. A vagus és a depressorok izgalma e behatás következtében csökken, az accelerans növekedik, s az eredmény fokozott szív működés és vérnyomás. Kétségtelen, hogy a mirigyváladéknak a jodthyreoglobulin képezi a fő hatóanyagát. Tisztán parenchymás strumánál sem vegyileg, sem mikroszkopice nyomát sem találjuk ezen anyagnak a mirigyben magában. Ugy látszik azonban, hogy csak a dús vascularisatioira kell ezt visszavezetnünk, mely a hatékony jodthyreoglobulint az acinusokból hamar a szervezetbe juttatja, mert hiszen ha a szervezet az anyagot teljesen nélkülöznél, myxoedemának kellene beállnia. Az acinusok üres volta tehát nem mutatja azt kétségtelenül, hogy nem is képződik jodthyreoglobulin, s így igen valószínű az a feltevés, hogy a mirigy hypertrophikus megnagyobbodásánál fokozott ezen anyag termelése is s hogy Basedow-kórban voltaképp az idézi elő a tüneteket, hogy a mirigy

qualitative fogyatékos, de mennyiségében megszorodott váladéka elárasztja az egé-z szervezetet. Ennek a theorianak az alapján minden erőltetés nélkül le lehet vezetni a Basedow-kór tüneteit, mert hiszen ismeretes, hogy nagyon jodszegény, de elegendő mennyiségű pajzsmirigyváladék nyújtásával fehérjeszétését lehet előidézni, a szív- stb. tüneteket pedig szintén megmagyarázza a nagymennyiségű váladék által okozott idegrendszerbeli elváltozás.

Marikovszky.

Közegészségtan.

A kávé hatását Boltenstern részletes értekezésében (Deutsche Aertzzeitung, 1905. 20. f.) következőkép írja le. A kávé fő hatóanyaga, mint ismeretes, a coffein (trimethylxanthin), mely vegyi tekintetben közeli rokona a húgysavnak. A nyers kávéban 1·8—2·5 százalék van belőle, ennek egy része azonban pörkölés alkalmával elillan. A finomabb kávéfajtákban általában kevesebb a coffein, mint az olcsóbbakban, ezek tehát gyengébbek és kevésbé ártalmasak, mint azok a kávéfajták, a miket a szegény néposztály fogyaszt. A kávé hatása csak nagyjában, de nem egészen azonos a tiszta coffein hatásával. A kávénak, ha mérsékeltén élvezzük, főképp az idegrendszerre van ingerlő, azt élénkebb tevékenységre serkentő hatása; a testi és lelki fáradtság érzését a kávé megszünteti, az álmat elhajtja, az izomerő érzését növeli; az egész szervezetet mintha élénkebb, munkára később volna. De mérték-telenül és hosszabb időn át élvezzve a kávé idült mérgezést okozhat, melynek tüneteit Gilles de la Tourette-tel három csoportba oszthatjuk: a bélesatorna, az érrendszer s az idegrendszer terén nyilvánuló tünetekre. Az első csoportban reggeli hányást, a hát felé kisugárzó gyomorfájdalmat, bevont nyelvet, étvágytalanságot és idült székrekedést találunk; az érrendszer terén lassú pulzust, más esetekben szívdobogást, rohamokban jelentkező praecordialis szorongást; az idegrendszer részéről álmatlanságot, nehéz álmokat, acustikai káprázatokat, üresség érzését a fejben, szédülést, a végtagok remegését, fibrillaris rángásokat az arczizmokban, rendellenes érzéseket és görcsöket a lábikra és czomb izomzatában, zavarokat az érzési körben, a szaglás, ízlés és látás tompulását, fülzúgást s végül zavarokat a nemi működésekben. A betegek súlyosan neurastheniások hatását keltik; bajuk oka igen gyakran homályban marad. A kávéfogyasztás evről évre növekszik. A mohamedán világ után mindjárt Amerika következik e tekintetben, mely az összes termelt kávé felét fogyasztja el. Nem ritkán találkozunk még művelt körökben is azzal a félszeg felfogással, hogy a kávé tápláló szer. Ez tévedés, a kávénak ép úgy nincs tápláló értéke, mint az alkoholnak. Egy csésze fekete kávéban, a mely 8 kávészemből készül, 1 gm. táplálóanyag van 0·1 gm. coffein mellett, oly csekély mennyiség tehát, a mely számba sem jön. Helytelen az a vélemény is, hogy a kávéval lassítjuk testünk táplálóanyagainak a gyors felhasználását. A kávé valójában nem egyéb, mint élvezeti szer, mely izgatja idegeinket és bélesatornánkat, de a melyre semmi tekintetben sincs szükségünk. Nagy hiba a gyermekeket és serdülő ifjúságot a kávéra szoktatni. Ezeknek az agyveleje és gerinceveleje igen érzékeny a coffeinnal szemben. Iskolás gyermekeknél a kávé nem ritkán zavarokat okoz a bélesatornában, a szív működésben és a vérkeringésben, továbbá veseizgatást, szédülést, görcsös állapotokat és fejfájással járó kimerülést csekély szellemi munka után is. Ezeket a tüneteket a szülők nem egyszer az iskolai túlterhelésből magyarázzák, pedig a kávéivás következményei. Más szempont alá esik a kávé élvezete felnőtteknél. Ezeknek a kávé mérsékeltén élvezzve nem árt, sőt mint a modern bonyolódott élet küzdelmei közt a testi és lelki erőket serkentő izgató szer, ajánlható. Fődolog, hogy mértéket tartsunk ebben is. Persze vannak egyének, a kiknek a kávé már kis mennyiségben is árt, a kik azt egyáltalában nem tűrik el. Ilyeneknek a kávépótlékok ajánlhatók, különösen a malátakávék, a melyek ártalmatlanok és igen ízletesek.

Élet- és kórvegytan.

Az Obermayer-féle indican-reactio helyett, melyben az ólomoldattal való kicsapás és szűrés némi időt igényel, Gürber más eljárást ajánl: 1 térfogat vizelethez 2 térfogat tömény sósavat önt, s 2—3 csepp 1%-os osmiumsavoldatot csepegtet hozzá. Az

indigót a szokott módon, de rázás nélkül, chloroformban oldjuk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 33. szám.)

H. P.

A sósavnak és pepsinnak szerepét a fehérje megemésztésében eddig úgy képzeltük, hogy a pepsin az, mely emésztőleg hat, de ezen hatásának kifejtésére csak szabad sósav jelenlétében képes. Leo H. kimutatja, hogy valójában ennek épen megfordítottja történik. Sósavval felduzzasztott fibrin ugyanis, mely tekintélyes mennyiségű, vízzel ki nem mosható sósavat tart megköttve, pepsin jelenlétében sem emésztődik meg mindaddig, míg újabb fölös sósavat nem teszünk a folyadékhoz. Viszont pepsin-nel impraegnált fibrin sem emésztődik meg mindaddig, míg szabad sósav fölös mennyiségben nincsen jelen. Ugy áll tehát a dolog L. szerint, hogy a sósav az, mely a fehérjét megemészt, de ezen hatásának kifejtésére csak pepsin jelenlétében képes. (Zeitschrift für physiologische Chemie, 1905. 3. füzet, 286. oldal.) H. P.

Adatok az erjesztési czukorpróba ismeretéhez. A czukortartalmú vizeletnek kétségkívül legjellemzőbb reactioja az erjedéssel járó szénsavképződés. Salkowski E. ezen reactiót újabb támadások ellen védelmezi s kimutatja, hogy azok téves megfigyelésen alapulnak. Előfordul ugyanis néha, hogy biztosan czukormentes vizeletekből erjesztéssel bőven képződik szénsav, különösen ha az erjesztés idejét a szokottnál hosszabbra nyújtjuk. S. szerint ilyenkor ammoniakos bomlás indulhat meg, s a bomlás folytán képződött savanyú szénsavas ammonium az, melyből melegben szénsav válik le. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 45. számához mellékelt „Fest-Nummer“.) H. P.

Belgyógyászat.

Arteriosclerosis eseteiben a jodkalium használatára újból felhívja a figyelmet Romberg. A jodkalium olyan módon hat, hogy a vér viscositását csökkentvén, könnyebben folyóvá teszi s így az amúgy is fokozott munkát teljesíteni kénytelen szív munkáját megkönnyíti. A vérnyomást azonban nem eszköenti a jodkalium és az anatómiai folyamatra való közvetlen befolyása sem valószínű. Romberg 0·1—0·3 grammos adagokat ad, naponként 5-ször. A kezelés 2—3 éven át folytatandó, még pedig úgy, hogy eleinte minden hónapban egy hétig, később pedig minden 3 hónap után 1 hónapig szünetet tartunk. Gyomorzavarok megelőzése céljából savanyú ételek és italok kerülendők. Czélszerű a jodkaliumot natrium bicarbonicummal együtt rendelni, vagy pedig alkalikus ásványvízzel vagy tejjel együtt használni. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1905. 35. szám.)

A légzőszervek betegségében újfajta módszer alkalmazását ajánlja Herz. Lényegét gyorsan és rhythmusosan egymásra következő nyomásingadozások létesítése a mellüregben képezi. Ezt oly módon éri el, hogy egy kis készüléken át légezteti be a levegőt, a mely készülék szerkezete folytán a légáram perczenként mintegy 100-szor hirtelen megakad és ezáltal váltakozó légritkulás és nyomásfokozódás keletkezik a tüdőben. Nyomásfokozódáskor az alveolaris vérerek összenyomatnak, míg légritkuláskor a szívó hatás következtében tágulnak a tüdőbeli vérerek. Az endomassage-nak nevezett ezen eljárás tehát erősen javítja a légzőszerveknek vérrel való ellátottságát. A készülékkel egyidejűleg különböző gyógyszeres anyagok (oleum pini pumilionis, oleum terebinthinae, menthol stb.) is belélegezhetők s így a kedvező hatás még fokozható. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 39. szám.)

Sebészet.

Ujjperc mint löveg szerepelt Wicolson esetében. Két bányász robbantó aknát ásott, abba a kynyitpatront elhelyezte volt és épen azon fáradozott, hogy azt újra földdel befedje, midőn a patron elsült s az egyiket rögtön megölte, leszakítván a fejét és a jobb kezét. A másik Wicolson kezelésébe került egy a bal czombon levő tátongó sebbel, melynek fenekén csontdarabok látszottak, úgy hogy azt hitték, hogy nyílt czombtöréssel állanak szemben. A seb kitárásakor azután a betegben elhalt társának egyik ujját találták meg, két phalanxot egy darabban, s a proximalisat különválva; egyéb sérülést a beteg nem is szenvedett és simán meggyógyult. (The Lancet, 1905. 4281. szám.)

Pólya.

Hosszú gombostűt távolított el a bal tüdő alsó lebenyéből transpleuralis pneumotomia útján *Russell*. A tü helye röntgenezés által pontosan meg³ volt állapítva. Súlyosabb zavarokat nem okozott, csak apró hőemelkedéseket s koronként vérköpést; a műtét után azonban néhány esep³ geny volt körülötte található. A műtét után a beteg simán meggyógyult. (*The Lancet*, 4280. sz.) *Pólya*.

A cauda equina tumorát diagnosztizálta meg *Warrington*, a minek alapján *Murray* a daganatot, mely haemorrhagiás angiosarkomának bizonyult, eltávolította; azonban csak három hónapi javulás állott be, azután a daganat recidivált s az egyén, egy 36 éves férfi, elpusztult. (*The Lancet*, 4280. sz.) *Pólya*.

A gonorrhoeás arthritiseket a vesicula seminalisok megbetegedéséből kiinduló infectionak tartja *Fuller*. 15 kankós ízületi gyuladással a vesicula seminalisok megbetegedését minden esetben ki tudta mutatni s 12 esetben az ondóhólyag volt az urogenitalis tractus egyetlen gonorrhoeásan megbetegedett részlete; négy betegénél az ondóhólyagok megnyitása és drainage által a súlyos arthritikus tünetek gyors gyógyulását érte el. (*Annales of surgery*, 150. füz.) *Pólya*.

Lépruptura miatt végzett splenectomiát *Hotdkin*. A beteg 28 éves, malarián átment, alkoholista egyén volt, az anamnesisből mindennemű trauma hiányzott. A laparotomia acut pancreatitis vagy ulcusperforatio gyanúja miatt történt néhány órával a borzasztó hasi fájdalmakkal beálló kezdeti symptomák után s egész váratlanul bukkantak a lépen levő nagy zúzódásokra, melyek erősen véreztek. Műtét után a beteg gyógyult. (*Transact. of the New-York surg. society*, 1905. februári ülés.) *Pólya*.

A Röntgen-sugaraknak a rosszindulatú álképletekre gyakorolt hatásáról ír 167 ily módon kezelt esete alapján *Coley*. 68 sarkoma-esete közül ötben a daganat eltűnt, azonban rövidesen recidivált; kettőnél a recidiva complicált toxin- és Röntgen-kezelés után teljesen meggyógyult (de nincs megírva, mennyi idő alatt). Különösen nyirokmirigysarkomáknál a Röntgen-kezelés mindig feltűnő javulást hozott. 36 emlőcarcinoma közül csak egynél tűnt el a tumor, azonban a másik emlőben, tüdőben metastasisok keletkeztek, melyekre a Röntgen-kezelésnek hatása már nem volt; egy emlőrák növekedése ezen kezelés alatt három évre megállapodott, a többire nevezetesebb hatása az x-sugaraknak nem volt. 44 felületes epithelioma közül négyenél tűnt el a daganat teljesen, de előfordulhat az is, hogy az eltűnés után néhány hétre Röntgen-kezelésnek nem engedő recidiva és mirigymetastasisok keletkeztek. A Röntgen-kezelés tehát csak inoperabilis daganatoknál kísérletendő meg, vagy műtét után a recidiva prophylaxisául. (*Annales of surgery*, 152. sz.) *Pólya*.

Egyoldali vesetuberculosis miatt végzett nephrektomia után beállott reflectorius anuria a műtét utáni ötödik napon halálos kimenetelre vezetett *Braun* göttingeni klinikáján, noha előzetes kryoskopias vizsgálat a másik vese normalis működését állapította meg. A műtét után közvetlenül és a következő napon a beteg 1000 cm³ physiologikus konyhasóoldat-infusiót kapott, a betegnél a harmadik napon esetleges ureterköre gondolva új cystoskopikus vizsgálatot végeztek, az ureterkatheter a vese-medenczébe fel volt tolható, de mégsem ürült egy csepp vizelet sem. A negyedik napon oedemák léptek fel és az ötödik napon uraemiás tünetek nélkül hirtelen halál állott be. A boncolás nem derítette ki az anuria okát, sem genyedés, peritonitis vagy sepsis nem volt jelen, a vese mikroskopi vizsgálata és viszonyokat mutatott. Ezek után az anuriát reflectorius úton létrejöttek kell tekinteni s így a magas színvonalon álló functionalis vesediagnosztika kielégítő eredményei mellett is beállhat az, hogy az épnél tartott vese a műtét után felmondja a szolgálatot.

Ritka eset az, de mégis elegendő arra, hogy *Albarran* ama mondását: „un opéré de nephrectomie ne doit plus mourir d'insuffisance rénale“, feltétlenül beigazoltának ne tekintsük. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1905. 78. köt.) *Steiner Pál dr.*

Húgyszervi betegségek.

Az enuresis nocturna tünet- és gyógytanáról szólva *B. Goldberg*, nem osztja *Rey* azon nézetét, hogy itt nem neuropathiával, hanem valamelyik szerv helyi megbetegedésével állunk szem-

ben, mert 23 betegénél mérlegelve az újabb elméletek és gyógy-eljárások jogosultságát, ezek közül csak egy szenvedett cystitisben és ez a beteg a hólyaghurut megszűnté után továbbra is ágyba vizelt, kettőnél pedig csak igen csekély albuminuria volt kimutatható. Szerző a sphincter vesicae gyenge tonusát mondja a betegség okának és ennek igazolására felemlíti azt, hogy három fiúbetegénél az ivarszervek s így valószínűleg a sphincter izomzata is fejlődésükben visszamaradtak, négy esetben anaemia, scrophulosis és chorea adta meg a renyhe tonus okát, öt egyénnél, a ki késő gyermekkoráig az ágyba vizelt, az izomgyengeség néha még ezután is jelentkezett, négyenél pedig úgy a helytelen táplálkozás, mint a rossz nevelés, illetőleg a vizelet visszatartására vonatkozó kioktatás hiánya következtében a talán csak lényegtelen izomgyengeségből megszokáson alapuló enuresis fejlődött. 23 beteg közül csak 14-nél figyelhetett meg végig a kór lefolyását, és míg ezekből 12-t sikerült teljesen kigyógyítani, kettőnél minden kísérlete meghiúsult. A circumcisio egy 10 éves fiúnál eredményre nem vezetett, a miből szerző azon következtetésre jut, hogy a phimosis, csakúgy mint egyéb helyi avagy környékbeli megbetegedések — hypospadias, balanitis, enteritis, entozoa —, sohasem direct kórokozók, hanem azokat mindig csak elősegítő mellékkörülményeknek kell tekintenünk, már csak azért is, mert mindezek olyan egyéneknek, kiknek záróizma jól működik, ágyba vizelésre sohasem vezetnek. Azon 12 beteg közül, a kik gyógyultan távoztak, 3-nál a bántalom 10—12, illetőleg 20 éves korban magától megszűnt, 4-nél pedig a medence felpozolásával, italmentes vacsorával és extract. rhois aromattal. — kétszer napjában 10—15 cseppet — adagolásával jutott eredményre. Hogy utóbbi mint tonicum szerepelt-e, avagy csak általános hatása jutott kellő érvényre, arra szerző nem terjeszkedik ki, csak arra figyelmeztet, hogy ezen gyógyszerrel az enuresis terapiájában számolni kell. Az urethroperinealis, illetőleg urethrovaginalis faradatio 3 betegnél használt, az epiduralis injectio pedig egy esetben járt teljes sikerrel. Miután G. eredményei semmivel sem maradnak azok mögött, melyeket mások a Cathelin-féle eljárással értek el, szerző az epiduralis befeeszkendezések teljes méltatása mellett azt ajánlja, hogy gyermekeknek eleinte a mechanikai és gyógyszertherapiát kíséreljük meg, 16 éves és idősebb betegeinknél azonban rögtön a sacral-injectiókra határozzuk el magunkat. (*Deutsche Medicinal-Zeitung* 1905. 49. szám.)

Drucker Viktor dr.

A jodipint heveny és idült prostatagyulladás ellen rendel *Richter*, még pedig csőre alakjában, melynek belövelését a betegek görbe végű kis fecskendővel — úgynevezett glycerinfecskendők — maguk végzik. A kezelés elején a 10%-os jodipint oleum olivarummal elegyítve rendel, melyből a betegek 2-szer naponta 1/2 fecskendőnyi mennyiséget használnak, később a tömény 10%-os jodipinből kétszer egy-egy egész fecskendő a napi adag. Ezen kezelés befolyása alatt heveny esetekben a kemény, duzzadt prostata átlag 8—14 nap alatt megpuhult és lelohadt, idültebb esetekben pedig gyorsan állott be a részleges lelohadás s ezen javulás a jodipin további használata és a prostata masszálása mellett örvendetesen haladt. A kezelést a betegek gyorsan megtanulják és szívesen végzik. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 40. kötet, 1905.)

Venereás bántalmak.

A syphilis kóroktani gyógyítása ezímen érdekes vizsgálatokat közöl *L. Spitzer* (Bécs). Mindazon kísérletek, melyek a syphilisnek serummal való kezelésére irányultak, eddig negatív eredménnyel végződtek. Aktiv immunisatio lueses virussal a legutóbbi időkig nem kíséreltetett meg. Csak *Kraus* volt az, a ki a syphilist a rabiessel analogiába hozva arra a gondolatra jutott, hogy syphilises egyéneket talán épen úgy lehetne lueses virussal aktíve immunizálni, mint az a lyssa vírusával ebmartakon történik. Szerző *Kraus*-nak e felvételéből kiindulva, syphilissel fertőzött 15 emberen végezte kísérleteit. E célból emberi sklerosissok hígított (1:200—1:20) kivonatával injectiókat végzett. Az injectiókra fogott betegeken a lueses primær affectio diagnosisa mindig kétségtelen volt, mert az csakis a regionaris nyirokcsomóknak a bántalom körébe vonása esetén vététt fel. Az injectiók folyadékot szerző a has bőre alá fecskendezte, és pedig

naponta. Lokalis reactio sohasem jelentkezett, szintúgy hiányzott mindennemű általános reactio (bágyadtság, hőemelkedés). A 15 lueses beteg közül csaknem valamennyi fiatal ember volt; az injectiók száma 11 és 20 között ingadozott. Az eredmények a következőkben foglalhatók össze: Az injectiók a betegre nézve nem jártak ártalommal. A betegek fele szokott körülmények köze pette megkapta a syphilit, mely hol enyhébb, hol súlyosabb lefolyásúnak mutatkozott. A betegek másik részénél egyrészt fellépett ugyan az exanthema, de elkésetten, másrészt elmaradt, még pedig úgy a bőrön, mint a nyálkahártyákon. Ezen utóbbi észlelet azt mutatja, hogy az injectiók nem minden hatás nélküliek, a mi annál is inkább valószínű, mert a syphilitikus kiütések főleg azon esetekben jelentkeztek, melyekben a befecskendések vagy későn, vagy kis számban történtek. Fontos észleletnek tartandó továbbá az is, hogy valamennyi beteg a megnagyobbodott lágyéki nyirokcsomók feltűnő gyorsan visszafejlődtek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. 45. sz.)

Guszman

Syphilitikus egyének aktiv immunisatioját kísérte meg A. Brandweiner (Bécs), a ki nagyjában úgy végezte kísérleteit, mint Kraus és Spitzer. Sclerosisokból, hypertrophiás papulákból és indurált nyirokcsomókból physiologikus konyhasóoldat hozzáadásával sűrű kivonatot készített és azt megsűrűve, a második incubatio stadiumban levő syphilitikus egyének hátbőre alá fecskendezte. A kivonattól naponta $\frac{1}{2}$ —10 cm³-nyi mennyiséget fecskendezett egy-egy beteg bőre alá. Sem általános, sem helybeli reactio, vagy kellemetlen szövödmény nem volt kimutatható. Az erre vonatkozó tapasztalatok tehát Spitzer észleleteit támogatják. Szerző ily módon összesen 7 sclerosisos beteget kezelte. A betegek infectio ideje 5 és 7 hét között ingadozott. 3 beteg saját sclerosisából készített kivonattal kezeltetett. Ezen injectio kezelés azonban semmi eredménnyel sem járt, mert valamennyi beteg megkapta az általános secundaer kiütést. A kiütések a szokott alakban és a rendes időben jelentkeztek. A syphilitikus lefolyása tehát egyáltalán nem lett megakasztva az injectio kezelés által, még az olyan esetekben sem, a melyekben a kivonat befecskendésén kívül még a sclerosisok is kiirtattak. Szerző véleménye ezek alapján olyképen alakul, hogy a syphilitikus lefolyásának gyöngítését vagy megakasztását célzó aktiv immunisatio semmiféle eredménnyel és sikerrel sem keesgetet. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. 45. sz.)

Guszmann

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Gonorrhoea 74 esetében használta Bassicalupo nápolyi kórházi orvos a gonosant. (Wiener medizinische Presse, 1905. 34.) szám) Eredményeit a következőkben foglalja össze: 1. A gonosant úgy a heveny, mint az idült gonorrhoea specificuma. Hatása és megbízhatósága tekintetében felülmúl minden más balzsamos szert. 2. Úgy egyedül, mint helyi kezeléssel együttesen használható A gonococcusokat átlag 12 nap alatt pusztítja el. A vizeletet erősen savi kémhatásúvá teszi. A secretiót feltűnő módon csökkenti. A fájdalmakat a vizelelkor, a merevedéseket és pollutiót, nemkülönben hólyaglob esetén a tenesmust és a disuriát rövid idő alatt megszünteti. 3. A gonosant a gyomor nagyon jól tűri, bélzavarokat nem okoz és a veséket sem izgatja. Egészen ilyen értelemben nyilatkozik Maramaldi, nápolyi tanár is (Deutsche Praxis, 1905. 15. szám), a ki még hozzáteszi, hogy a gonosant képes megakadályozni a kankó átterjedését a húgyeső hátulsó részére és ezzel sok szövödménynek veszi elejét.

Súlyos constitutionalis hemicrania ellen Carron de la Carrière a cannabis indica huzamos használatát ajánlja. Körülbelül egy éven át kell minden este 0.015 gramm extr. cannabis indicaet labdacokban bevenni. A következő években elegendő időnként 1—1 hónapig használni a szert. Szerző ezen orvoslásmód semmiféle ellenjavalatának jogosultságát nem ismeri el; káros mellékhatások állítólag sohasem fordulnak elő és a szerhez való hozzászokás sem következik be. (Presse méd. 1905. július 19.)

Oxyuris vermicularis ellen Rahn a gujasanol használja klyasma alakjában nagyon jó eredménnyel. A végbelet előzőleg híg langyos szappanoldattal (felnőtteknél 150, gyermekeknél 75 cm³), melyet 1 percig tartat vissza, kiöblíti és azután ugyanolyan mennyiségű gujasanol-oldatot fecskendez be és ezt bal oldal-

fekvésben 2—3 percig tartja benn. Felnőtteknél 4—5%-os, gyermekeknél pedig 2—3%-os gujasanol-oldatot használ. Minthogy ezen procedurát három egymásután következő este kell végezni, ez egyszerűen az egész mennyiséget felírni. Mérgező hatástól nem kell tartani. (Therap. Monatshefte, 1905. 6. füzet.)

Furunculosis és folliculitis eseteiben jó eredményeket ért el Kirchbauer a levurinose nevű élesztőkészítménnyel, a melyből naponként 3-szor adott egy-egy kávékanálnyi az étkezések előtti időben. Két makacs esetben élesztőszappant használt, melyet esténként alkalmazva, a rászáradt habot mindig csak másnap reggel mosatta le; az eredmény jó volt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 18. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. november 24.

× Jubileum. Kohn Gábor dr. paksi orvos, Tolnamegye tiszteletbeli főorvosa orvosi működésének 50. évfordulóját e hó 22.-én ünnepelték meg. — Grasser József dr., Csákvár község orvosának tiszteletére e hó 18.-án fényes ünnepséget rendeztek tisztelői abból az alkalomból, hogy 25 éve működik az orvosi pályán.

— Uj törvényszéki orvosok. Az október hónapban Budapesten tartott törvényszéki orvosi vizsgálat alkalmával a következők kaptak törvényszéki orvosi képesítést: Christján János dr. budapesti gyakorló orvos, Gruber Gyula kalocsai gyakorló orvos, Hollós József dr., tanársegéd a budapesti egyetemen, Horovitz Artur dr. tapolyi járási orvos, Wallner Emil dr. veszprémi gyakorló orvos és Dsida Sándor dr. temeskárolyfalvi körorvos.

+ Neubauer Adolf dr. kórházi rendelő orvos, fül-, orr- és gégeorvos lakását VI., Andrássy-út 21. szám alá helyezte át.

— Elszámolás a „Bókai János-Emlékalapítvány”-ra való gyűjtésről. A Budapest-Józsefvárosi Orvos-Társaság által kezdeményezett „Bókai János-Emlékalapítvány” céljaira rendezett gyűjtés eredményeként befolyt összesen 3346 korona. Az adományozók névsora az adományozott összegek nyugtázásával az Orvosi Hetilap 1905. évi 3., 5., 7., 9., 11., 15., 21., 26. és 37. számában közöltetett. A gyűjtés eredménye 3346 kor. Időközi kamatok 48 kor. 30 fill. Összesen 3394 kor. 30 fill. Kiadás: a) Lloyd-könyvnyomda számlája (nyomatvány, bélyeg) 120 kor. b) Alapítóoklevél kiállítás (Körmöczy dr. kezéhez nyugta ellen) 17 kor. Összesen 137 kor. Összes bevétel 3394 kor. 30 fillér, összes kiadás 137 kor., maradvány 3257 korona 30 fillér. A választmány megbízásából ezen összegből 1905. szeptember 19.-én Poór Ferencz és Haas Tivadar urak által 3300 kor. névértékű 4%-os magyar koronajáradék 1905. december 1.-től esedékes szelvényekkel vásároltatott 97 kor. 47 $\frac{1}{2}$ fill. napi árfolyam mellett összesen 3256 kor. 95 fill. áron. A Pesti M. Kereskedelmi Bank elszámolása szerint: 3300 kor. 4% m. koronajáradék 1905. szeptember 19.-én 3216 kor. 68 fill., kamat 39 kor. 97 fill., adó 30 fill., összesen 3256 kor. 95 fill. Az alapítvány céljaira tehát a Budapesti kir. Orvos-egyesületnek átszolgáltattott 3300 kor. névértékű 4% m. koronajáradék (1905. december 1.-től esedékes szelvényekkel), míg a fennmaradt 35 fillér a Józsefvárosi Orvos-Társaság alapjához csatoltatott. Kelt 1905. november hó 17.-én Budapesten. Kéltly Károly dr. a Budapest-Józsefvárosi Orvos-Társaság elnöke. Poór Ferencz dr. a gyűjtőbizottság pénztárosa.

△ 85 éves keresetképtelen collega számára adakozott: Halász Andor dr. Nagyvárad 5 k., Novotny Lajos dr. Budapest 20 k. Gyűjtésünk eddigi összege 113 k.

— Uj gyógyintézet elme- és kedélybetegek részére a fővárosban. A Kelenföldön, a Gellért- és Sas-hegyek ölekezésénél, az Átlós-úttól pár lépésnyire f. hó 21.-én adták át rendeltetésének Ringer Jenő dr. gyógyintézetét. A csendes tájékon, elég közel a nagyvároshoz s mégis elég távol a forgalom zajától, elme- és kedélybetegek enyhülésére emelték ezen egyelőre 80—100 férőbeteg befogadására szánt gyógyintézetet. Tulajdonosa sok éven át működött Laufenauer és Moravcsik tanárok klinikáján. Maga az épület a modern elmeegógyintézet minden előnyét egyesíti. A megnyitáshoz jelen voltak Moravcsik dr. egyetemi tanár, Salgó dr. és Sarbó dr. egyetemi magántanárok, Hajós dr. egészségügyi tanácsos, Konrád Jenő dr. a lipótmezei elmeegógyintézet igazgatója, Kaiser dr. egészségügyi felügyelő, Szabó dr. tisztifőorvos-helyettes s még számos előkelő fővárosi orvos.

+ Az erek magyar neveiről. (Tisztelt munkatársaink figyelmébe ajánlván.) Az arteriák és vénák magyar elnevezései körül bizonyos ingadozást tapasztalunk orvosi irodalmunkban, pedig ideje volna, hogy erre nézve megállapodásra jussunk.

Az arteriákat legrégebb orvosi könyveink szőkő-ereknek nevezik. Bugátok e helyett meghonosították az „ütér” szót, a mely kétszeresen hibás, mert először rosszul van képezve (helyesebben: ütér), másodsor meg mert az „ütni” ige benne helytelenül van alkalmazva. Ezzel ugyanis a magyar mindig csak egyszeri, vagy legfeljebb néhányzori ütés fejez ki (üt az óra stb.), a sokszor ismétlődő, szapora ütésekre ellenben a „verni” igét használja. Azért mondjuk, hogy „ver” a szívünk s nem „üt”, s azért kell verőeret s nem ütőeret mondanunk.

A vénák legrégebb magyar neve: vérér, lassú vérér. Kék ér. Bugát Pál keresztelte el őket visszereknek, mert visszahozzák a vért a

szívpatvarokba. Ez persze nagyon rossz szó, mert megcsönkített állapotban került beléje a „vissza” igekötő s mert a magyar nyelv különben sem szokott az igekötőkből összetett főnevet képezni. Ha jól tudom, Mihálkovicstól származik a „vivőér”. Formailag helyes szó ez, de jelentés dolgában nem üti meg a mértéket: nem elég jellemző. Az arteria is viszi a vért, sőt ez viszi csak igazában a szívtől el, míg a vena visszahozza a szívhez. A vena legjobb magyar neve kétségtelenül a „gyűjtőér”, melynek Pekár Mihály dr. az apja: így nevezi Pekár dr. a vénákat abban a cikkében, a melyet az imént megjelent „Ember” című nagy népszerű munkához írt. A vénák csakugyan összegyűjtik a vért a szív felé, szemben a vererekkel, a melyeket osztóereknek is nevezhetnénk. Vena cava inferior = alsó főgyűjtőér.

Az ereket ne nevezük edényeknek vagy véredényeknek a német és latin példájára, hanem örüljünk, hogy nyelvünknek van külön, eredeti szava a vért vivő csatornák megjelölésére. Maradjunk tehát az *ér, vérér, nyirokér* mellett.

† **Elhunyt:** *Ménière*, a francia nemzeti siketnémaintézet sebésze, Párisban. — *Silva*, a belorvoslástan tanára Turinban, 50 éves korában.

— **Kisebbségi hírek külföldről.** Würzburgban új egyetemi poliklinikát létesítettek orr- és gégebeteg részére; vezetője *Seifert* tanár. — A mint hírlík, *Nothnagel* tanár utódjává a bécsi egyetem belgyógyászati tanszékére *Ludolf Krehl* strassburgi tanárt hívták meg. — *Neisser* boroszlói tanár, a ki a syphilis átolthatóságának tanulmányozása czéljából 3/4 évet Bataviában töltött, e hó 13-án hazaérkezett. — *Baron* dr.-t a díjoni orvosi akademiához a nőorvoslás tanárává nevezték ki. — *Czerny* heidelbergi sebésztanár állásáról lemondott, hogy minden idejét az általa alapított rák-intézetnek szentelhesse. Utódja a tanári széket *Garré* lett, a kit csak nemrég neveztek ki Mikulicz utódjává a breslaui egyetemen.

† **A 15,000 franknyi Audriffet-díjat**, melylyel az alapítvány szerint valamely önfeláldozó közhasznú tevékenység jutalmazandó, Calmette dr.-nak, a lille-i Pasteur-intézet igazgatójának ítélte oda a párisi Académie des Sciences morales et politiques.

× **Schwann Tivadarnak** (1810—1882) a sejtelmélet megalapítójának emlékszobrát emelnek szülőhelyén, Neuss városában, Düsseldorf közelében. A gyűjtés eddig 10,000 márkát eredményezett; még ugyanannyira van szükség. — *Nencki* tanárnak, a néhány év előtt elhunyt híres élet-vegyésznek szobrát október 13-án leplezték le a szt.-pétervári állami kísérleti-kórtani intézet kémiai osztályában, melynek az elhunyt igazgatója volt. Az ünnepi beszédet *Pawlow* tanár tartotta.

† **A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressust** 1907. augusztus 5.-étől 10.-éig tartják Londonban Sir Lauder Brunton elnöklésével.

† **A nő termékenységéről** érdekes statisztikai adatokat közöl egy argentiniai orvosi lap nyomán a „Medizinische Klinik”. Belgiumban, a Kongó-államban, Koreában, Franciaországban, az Egyesült-Államokban, Portugáliában és Japánban átlag 3—4 gyermek van egy családban. Legnagyobb a termékenység Kanadában, Kubában és Perzsiában, átlag 10 gyermekkel minden családban. Az ikerterhességek főleg Görögországban és Belgiumban gyakoriak; az előbbi országban minden 50., az utóbbiban pedig minden 67. szülésre esik egy ikerszülés. A többszörös ikerszülés esetei nem oly ritkák, mint általában gondolják. Egy orosz nő 27 szüléssel 69 gyermeket hozott a világra. A férfiak és a nők aránylagos nagyságáról is találunk adatokat ugyanezen közlésben. A férfiak átlagos nagysága nem mulja felül mindig a nőké; így Paraguayban a nők hossza átlagban 180 centimeter, míg a férfiaké csak 170 centimeter. Olaszországban egyforma a férfiak és a nők átlagos testhossza (163 cm.). Franciaországban nem nagy a különbség (férfiaknál 165, nőknél 160 cm.), míg Németországban tetemes (170 cm. a férfiaknál és 150 cm. a nőknél).

× **A Szegő Armand-féle orvosi dajkavizsgáló intézetben** fennállásának 1. félévében összesen 745 szoptató nő jelentkezett. Ezek közül már a jelentkezéskor visszautasítottak (gümőkór, gümőkóros terheltég, lues, tejhiány, egyéb szervi baj miatt) 274-et. A felvettek közül szoptatásra alkalmasnak találtak 298-at, a kik az intézet által díjmentesen nyertek alkalmazást. Ezek közül nem vált be 21, a kiket az intézet díjmentesen másokkal pótol.

△ **Megjelent. A Szana:** Staatliche Säuglingsfürsorge in Ungarn. Különlenyomat a „Münchener medizinische Wochenschrift” 1905. évi folyamából. — *Körösy József:* Budapest székes főváros halandósága az 1901—1905. években és annak okai. II. rész, 3. füzet. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 46. hetében (1905. november 12.-től november 18.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katonai 16,484 összesen 836,267. Elveszülött 411 gyermek, elhalt 209 egyén, a születések tehát 202-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 25.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 13.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 3, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 5, convulsiones 2, paralysis progress. 9, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordis 24, morbi myocardii 1, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 7, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 5, pneumonia 18, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 30, emphysema pulm. 4, pleuritis 0, alii m. org. resp. 4, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 15, 2 éven

felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocel. intestini 1, peritonitis 5, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 10, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 2, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 11, paedatrophia 0, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 2, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 6, scarlatina 3, pertussis 0, croup-diphth. 4, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 1, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 1, suicidium 1, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3687 beteg, szaporodás 846, esőkkedés 752, maradt e hét végén 3720 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelenben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 139 (197), vörheny 35 (62), áh. gége- és roncsoló toroklob 27 (34), hökhurut 18 (12), gyermekági láz 0 (1), hasi hagymáz 20 (19), himlő 0 (0), áhlimlő 0 (0), bárányhimlő 48 (56), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültömírgylob 4 (0), trachoma 10 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz „Az orvos hivatalos körútja” című prospectus van mellékelve, melyre előfizetőink szíves figyelmét ezennel felhívjuk.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Anaesthesia” című prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szíves figyelmét ezennel felhívjuk.

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék vérzéscsillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes hatóanyaga. Külsőleg: az ophthalmia-, rhino-, oto-, laryngologiaiban, a chirurgiaiban, gynaekologiaiban és urologiában mint antiphlogisticum, műtétetknél mint vértelenítő szer. Belsőleg: mint cardiacum és haemostaticum. Nagy üveg = 30.0 gr. Kis üveg = 15.0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere a kóros ondókiürüléseknek. Richter Gedeon „Sas”-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospectus.

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrassy-út 84, megfigyelés alatt álló szoptatós dajkák minden időben kaphatók.

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, szénsavas fürdők. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felírt kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezővel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulések.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1905. november 20.-án) 849. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1905. november 13.-án) 849. l. — Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató ülés 1905. október 11.-én.) 850. l. — Nemzetközi sebésztársaság I. congressusa. 852. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése. 852. l. — Személynevek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 853. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1905. november hó 20.-án.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

Ónodi Adolf lev. tag: A középső orrjárat hártás fala.

Húsz fejen részletes tanulmány tárgyává tette a középső orrjárat csontos és hártás felépítését, mely részben az orrüreg laterális falát és részben a Highmor-üreg mediális falát képezi. Ezen a falon vannak elhelyezve a Highmor-üreg rendes nyílása és járulékos nyílásai. A csontos részek, melyek a Highmor-üreg elzárásánál szerepelnek, a rostacsont, az inycsont, az alsó kagyló, a könycsont; különös szerep jut a rostacsont horognyújtványának, melynek kiterjedése és nyújtványai szabják meg a legkülönbözőbb alakviszonyokat, a hártával fedett csonthiányokat és a Highmor-üreg nyílásait. A Highmor-üreg rendes nyílása a bulla ethmoidalis és a processus uncinatus által képezett hiatus semilunarisban van elhelyezve különböző nagyságban; három esetben hiányzott ezen rendes kép, kétszer az egész hiatus semilunaris 11 és 12 mm. hosszúságban belenyült a Highmor-üregbe, egy esetben pedig hiányzott a processus uncinatus, a bulla ethmoidalis és a hiatus semilunaris és egy 2 mm. körök nyílás vezetett a középső orrjárat közepéből a Highmor-üregbe. A Highmor-üreg rendes nyílása a hiatus semilunarisban nagyjából a rostacsont, a processus uncinatus nyújtványai és a nyálkahártya redőzete által képezetett. A rostacsont horognyújtványa alatt, felett és mögött találhatók a legkülönbözőbb kiterjedésben a csonthiányokat fedő hártás részletek, melyeket *Zuckerkanal* fontanellának nevezett és mellső alsó és hátsó részre osztott. Vizsgálatai szerint ez a beosztás nem állhat meg minden alakviszonyra nézve, azért megkülönböztet a hiatus semilunaris területében egy alsó és egy felső fontanellát, a hiatus mögött a processus uncinatus hátsó vége mögött egy hátsó fontanellát, alatta és felette pedig egy alsó és egy felső fontanellát. Vannak esetek, midőn a horognyújtvány hátsó vége és az inycsont között különböző hosszúságban elterülő hátsó fontanella ép úgy folytatódik a horognyújtvány felett a hiatusba egészen a Highmor-üreg nyílásáig, mint a horognyújtvány alatt az alsó kagyló rostanyújtványaig, ilyenkor a hátsó, a hátsó felső és a hátsó alsó fontanella összefolynak, de jelen lehetnek ezek egymástól elkülönítve vagy egyenként is. De ezen beosztás sem állhat meg azon általa észlelt esetben, midőn a processus uncinatus, a bulla ethmoidalis és a hiatus semilunaris hiányzott és csupán a 2 mm.-nyi csontszegélyű ostium maxillare mögött a középső orrjárat közepén volt jelen egy 7 mm. hosszú és 5 mm. magas fontanella. Egy másik esetben pedig, hol a processus uncinatus az inycsonttal függött össze, a horognyújtvány alatt levő terület 31 mm. hosszúságban és 10 mm. szélességben képezett egy fontanellát, a hol tehát csak egy alsó fontanelláról lehetett beszélni, mert a hátsó alsó és a mellső alsó fontanella teljesen összefolyt. Az észlelt fontanellák között a hátsó fontanella hossza 1 és 15 mm., magassága 1 és 12 mm. között, a hátsó felső fontanella hossza 5 és 17 mm., magassága 2 és 5 mm. között, a hátsó alsó fontanella hossza 3 és 20 mm., magassága 3 és 15 mm. között, a mellső alsó fontanella hossza 1 és 16, magassága 1 és 6 mm. között ingadozott. Egy-egy hátsó és mellső fontanella mellett egyes esetekben a mellső alsó fontanellák kettesével, hármasával voltak jelen, így egy esetben egy hátsó fontanella mellett két mellső alsó fontanella, egy második esetben egy hátsó és egy hátsó felső fontanella mellett három mellső alsó fontanella, egy harmadik esetben egy hátsó és egy hátsó felső fontanella mellett három mellső alsó fontanella és egy negyedik esetben egy hátsó alsó és egy hátsó alsó fontanella mellett két mellső alsó fontanella volt jelen. Ezenkívül három esetben észlelt csontos falat a középső orrjáratban; egy esetben csupán hátul volt egy 1 1/2 mm.-nyi és két 1—1 mm.-nyi hártás részlet; két esetben hátul, a hátsó fontanellának megfelelően volt csontos fal jelen és e mellett az egyikben egy mellső alsó fontanella, a másikban két mellső alsó fontanella. Ezen leletek megdöntik Hajek azon állítását, hogy minden esetben egy hátsó fontanella van jelen. A Highmor-üreg járulékos nyílásait találta a fontanellában hártás szélekkel 1 1/2 egész 6 mm.-nyi nagyságban csontos szélekkel 1 1/2 egész 5 mm.-nyi nagyságban és részben csontos, részben hártás szélekkel 4 mm.-nyi nagyságban. Hártás szélű, járulékos nyílást talált három esetben a hátsó fontanellában, egy esetben a mellső fontanellában; egy esetben a 31 mm. hosszú és 10 mm. magas alsó fontanellában hátul három, elől egy járulékos nyílás, összesen tehát négy, egy esetben pedig a mellső fontanellában két járulékos nyílás volt. A csontos szélű járulékos nyílásokat egy esetben a hiatus semilunaris hátsó vége felett a processus uncinatus két nyújtványa között találta, egy esetben a csontos falon a hiatus semilunaris hátsó vége alatt, egy esetben pedig kettő volt: egy a hiatus semilunaris hátsó vége felett a processus uncinatus nyújtványai között és egy a hiatus alatt a processus uncinatus két turbinális nyújtványa között. Ezen adatokkal az idevonatkozó ismereteket kiegészítette. Hogy ezen ismertett vizso-

nyoknak milyen szerep jut a Highmor-üreg megbetegedéseinek eseteiben és hogy a gyógykezelésnél és az operatív beavatkozásoknál mennyiben értékesíthetők, arról más helyen fog szólni.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tud. ülés 1905. évi november hó 18.-án.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kövesi Géza.

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Batori, Preisz és Feldmann tagtársakat.

Jelenti, hogy a könyvtár számára adományok érkeztek Budapest székes főváros, Tuszka Ödön és Gerlóczy Zsigmond részéről. Köszönettel vétetnek.

A cholera aetiológiája, tekintettel az epidemiológiára és prophylaxisra.

Preisz Hugó: A Koch-féle cholera-vibriónak aetiologiai jelentőségét kétségtelenné teszik azok a véletlen laboratoriumi és szándékos fertőzések is, a melyek ezen vibrio tiszta tenyészetével történtek és a cholera kórképének teljesen megfeleltek; igazolja továbbá az a tapasztalat, hogy choleraórából kigyógyult egyének vérsavójában ugyanolyan bakteriumoldó és agglutináló anyagok foglaltatnak, mint a minők a vibrio tiszta tenyészetével immunizált ember és állat serumában kimutathatók. A cholera kórtünetének egy része mérgezésre utal; kimutatta Pfeiffer, hogy a cholera vibriók testében csakugyan egy erős mérég foglaltatik, úgy hogy elölt vibriók 4—5 mgm.-jával oltott tengerimalacok ép úgy megbetegednek és elpusztulnak, mint élő tenyészet kisebb adagjaival oltottak. A cholera ember belében a vibriók nemcsak szaporodnak, hanem el is halnak és szétesnek s a belőlük felszabaduló endotoxinok felszívódván, mérgezési tüneteket okoznak.

Élő vagy elölt vibriotenyszzettel kísérleti állatokat és az embert aránylag könnyen és gyorsan lehet immunizálni, ily immunizált szervezet savója a vibriora erősen öl. Erős immunserumból 0.1 mgm. képes 2 mgm. vibriót előltni tengerimalac hasüregében. Ezen immunserum hatása azonban csupán bakteriumölő, de nem antitoxikus. Ilyen serummal meg lehet védeni állatot élő vibriók aránylag kisebb adagjai ellen, de nagyobb és már toxtintartalmuknál fogva halálos adagok ellen nem.

Cholera betegek kezelése ilyen serummal talán veszélyes is lehetne, a mennyiben a bél falában levő vibriókat előlven, az ezekből szabaduló endotoxinok felszívódását még elősegíthetné.

A cholera tanának mai kialakulásával a Pattenkofer-féle talajelmélet tarthatatlanná vált, bár a talajnak lehet befolyása a virus conserválása, kutak és más vizek fertőzése tekintetében.

A cholera csirái nem a talajban érnek meg és nem a levegőben vannak és nem a tüdön keresztül jutnak a szervezetbe, hanem azok a cholera egyének ürülékéből és hányadékából jutnak azokra a tárgyakra, illetve azokba az anyagokba, a melyekről és a melyekkel egészséges ember száján át a bélcsatornába kerülnek és ily módon a cholera terjesztik. A cholera csirák fertőzött víz a cholera terjesztésében nagyon fontos szerepet játszik s főleg fertőzött vízvezetékek és közutak tömeges fertőzéseket okozhatnak.

A cholera vibriójának és terjedési módjainak ismerete, nemkülönben az a tapasztalat, hogy fertőző vibriók choleraüdülök, de látszólag egészséges emberek ürülékében is jelen vannak, megjelölik a prophylaxis feladatait.

Bizonyos körülmények között a choleraelleni védőoltás látszik indokoltnak, a mely Kelet-Indiában és Japánban biztató eredményeket nyújtott. A legújabb ajánlott oltóanyag a Kolle-féle, a mely nem egyéb, mint agaron nőtt, azután 58—60°-on előlt, vízzel felhígított és karbolsavval conservált cholera tenyészet. Egy adagban 2—4 mgm.-nyi foglaltatik. Az oltás kellemetlen tünetekkel nem jár; az oltottak vérében a bakteriumölő anyag már napok mulva kimutatható és még egy év mulva is jelen van.

Krompecher Ödön: 1892-ben Pertik tanár mellett a fővárosi bakteriologiai intézetben közel 1000 esetet vizsgáltak meg cholera bacillussal. Toxinokról akkor még nem volt szó, mert Behring csak 1894-ben lépett fel, hanem főként morphologic és biologic vizsgálata. De morphologiai alapon nem lehetett elkülöníteni a cholera bacillust. Gyakran láttak olyan szemcséket, melyeket spórának tartottak annál is inkább, mert a commabacillus velük összefüggött, mintha abból bújt volna ki. De ezek nem valódi spórák, mert bizonyos hőfoknál elpusztulnak és másképpen festődnek; nem egyebek, mint degenerációs, involutív alakok.

Előadó nagy súlyt helyezett arra, hogy a commabacillus bakterioid anyagot képez.

Tudvalevő, hogy a bakteriumok két főcsoportot képeznek. Az egyik csoportba tartozók, mint a diphtheria és tetanus, oldható toxi-

jó hatást. Sokan a lép, sokan a máj, mások ismét a mellékvese működési anomáliáját okolják. Olasz szerzők, kik legújabbban legtöbbet foglalkoznak a tbc. eredetű polyglobuliával, azt mondják, hogy ennek oka a tbc.-mérge csontvelőizgató hatásában keresendő és ezt azzal bizonyítják (*Reboudi*), hogy tuberculin befecskendezésével sikerült némely esetben polyglobuliát létrehozni. Ez a kérdés azonban még abszolúte nem tisztázott. Alapos klinikai megfigyelések mellett alapos kórboneztani észleletek is kellenek, és többféle irányban vezetett anyagforgalmi kísérletek. Bemutatni is meg fogja majd kísérteni a kérdés megfejtését és esetét bővebben is fogja közölni.

Goldzieher Vilmos: A beteg felvételekor a jobb szemén alig volt látás, csak fényérzés; papilla tág, teljes reczehártyleválás, de flottálás nélkül; lehet, hogy kötőszövet-képződés volt alatta; a másik szem $v = \frac{4}{10}$, a fénytörő közegek tiszták, a papilla alsó részéből kötőszövet-képződmény ered, mely előre hatol az üvegtestbe és finom ágakban végződik. A papilla határai elmosódtak és a retina peripheriáján számos vérzés. A lelet változatlan maradt a therapia daczára. A mirigydaganatok miatt *Hochhalt* osztályára küldték. A vérömlenyeket Bright-kór, endoarteritis stb. nem okozta, ezek a vér nagyobb concentratioja folytán állottak elő, per diapedesin. És minthogy kötőszöveti burjánzás is volt, valószínű, hogy az edények falában is volt valamilyen kóros folyamat. A retinitis proliferans a vérzésből származtatta *Lober*, de hozzájáruló már látott ilyen eseteket vérzés nélkül is, pl. lövésű sérülés okozta zúzódás után chorioretinitis keletkezik, minek következtében kötőszöveti burjánzás áll be. Ilyen esetet vizsgált elődje bold. *Siklóssy* szívesége folytán. Ebben a bubusban kötőszöveti burjánzás mellett csontosodás is volt. Bő vérzések után teljes resorptio jöhet létre kötőszöveti képződmény nélkül.

Chronikus appendicitisből származó belső bélelzáródás gyógyult esete.

Balás Dezső: M. S., 49 éves, fertőtlenítő szolga f. év július hó 20.-án tétetett át műtét céljából *Székács* főorvos osztályáról a *Janny* tanár által vezetett III. sebészeti osztályra. Beteg előadja, hogy előző délután teher emelése után, miközben testében erős rázkódást szenvedett, hirtelen rosszul lett, hasában a köldöktájra lokalizálódó görcsös fájdalmakat érzett, majd epészet hányt, következő nap estéjén pedig közvetlen a műtét előtti bélsárhányása volt. Megbetegedése előtt hat évvel vakbélgyulladás ment keresztül, melynek lezajlása után a jelen megbetegedéséig jól érezte magát.

Az eléggé jól táplált beteg vizsgálatokor a köldök feletti és a gyomortáj erősen, míg a köldök alatti táj csak mérsékeltelen elődomborodó. A has nyomásra feszes tapintatú és mindenütt érzékeny. A kopogtatási hang, kivéve a vakbél táját, mindenütt tompult dobos, utóbbi helyen csaknem tompa, fájdalom e helyen csaknem a legkifejezettebb nyomásra, és némi resistentia tapintható. A beteg pulsa szapora: 120, de eléggé feszes, hőmérséklete 38.2 C.º. A beteg bélsárt hány, szelek nem mennek és széke a magas beöntés daczára sincs. Tekintettel az anamnesisre és a vakbél tájra lokalizált tünetekre, *Fuchs* kollegámmal appendicitisre gondoltunk, de nem zártuk ki egy ezzel kapcsolatos incarceratio interna lehetőségét.

A műtétet július 20.-án végeztük chloroformnarcosisban és pedig megállapodásunknak megfelelően egy appendiculus metszésből kiindulva. Az appendixet heges-kérges összenövésű, melyek főtömegeit a cseplesz képezte, csak nehezen sikerült kiszabadítanom és azt 2-3 cm. hosszúnak és teljesen kötegszerűen obliterálnak találtam. Miután ez a fennálló fulminans tüneteknek oka nem lehetett, a ködök alatt a linea albaiban találtam újra a hasüregebe, midőn az erősen meteoristikus belek kivevése után kitért, hogy körülbelül két férfükölnyi vékonybél-tömeg a mesenterium gyökétől és a cseplesz közep-harmadától kiindulva a proc. vermiformishez haladó két, csaknem kisujnyi vastagságú cseplesz közé szorult úgy, hogy a kötegek a kissé felfúvódott és lovagló beleket mintegy hurok módjára fogták körül. A kötegek átmetszése után a strangulatio megszűnt.

Minthogy a betegnél már diffus peritonitis állott fenn exsudativál és fibrinosus felrakodással, a hasúr száraz kitérőlése és Mikulicz-tampon behelyezése után a linea alba sebét szűkítve nyitva hagytam, míg az előbb ejtett sebet zártam. Infusióra, kámforra és melegítésre a beteg erőbeli állapota javul, következő napon ricinusa, harmadik nap már spontán volt széke. A gyógyulás láztalanul és zavartalanul folyt le. A tampon 12 nap múlva távolítottam el s a beteg augusztus 25.-én gyógyultan távozott. Jelenleg meghízott, munkáját rendszeren végzi és rendszeren spontán van széketéte. Bátor vagyok megemlíteni, hogy egy másik esetben, melyet folyó év március 12.-én operáltam, az incarc. internát szintén egy már évekkal azelőtt lefolyt és már semmi kellemtelenséget sem okozó appendicitishez társult, illetőleg a proc. vermiformis csúcsához lenőtt csepleszköteg strangulatioja okozta. A beteg az előrehaladt diffus peritonitis következtében meghalt, a kórbonezést *Feldmann* tanársegéd úr végezte. Távol áll tőlem, hogy e két esetből kifolyólag conclusiót akarjak levonni, de még is figyelmen kívül nem hagyható az a tapasztalati tény, hogy évekkal előbb lezajlott és gyógyultnak mondható appendicitis után még mindig ott függ Damokles kardjaként az incarceratio veszélye, mert leszámítva a catarrhalis appendicitiseket, csaknem mindegyiknél ese leszlenövés is jön létre, melynek évek múltán a vönaglás és atrophia folytán létrejövő kötege alkalmas szolgáltatni strangulatioira; holott rohammentes időben, láztalan állapotban való operatioval egyrészt csaknem veszélytelenül radi-

kálisan menthetjük meg a beteget bajától, másrészt a cseplesz felszabadításával elejét vehetjük egy egyébként egészségnak örvendő egyén élet veszélyes és igen rossz prognosist nyújtó megbetegedésének. Már csak azért sem indokolt a műtétől való idegenkedés az appendicitis lezajlása után.

Nephrolithiasis műtéttel gyógyult esete.

Balás Dezső: F. I.-né, 35 éves, napszámos neje, f. év június 14.-én tétetett át műtét céljából *Hochhalt* tanár osztályáról *Janny* tanár osztályára. Beteg előadja, hogy felvétele előtt körülbelül hat héttel, teljesen egészséges állapotában, nehéz láda emelése közben jobb vesetáján hirtelen erős kólikaszerű fájdalmak lepték meg, úgy annyira, hogy elgyengülése miatt kénytelen volt azonnal ágyba feküdni. Görcsei csak egynéhány pillanatig tartottak, de ez időtől fogva állandóan betegnek érezte magát, úgy, hogy az ágyat el sem hagyta; rohamosan gyengült és soványodott. A jobb vesetáján jelentkező görcsök többször ismétlődtek és e tájon állandóan tompa fájdalmat érez, gyakori és néha fájdalmas vizelési ingere van. Vizelete első görcse után állítólag véres volt. Az erősen lesoványodott, elgyengült, anaemikus beteg vizsgálatokor a jobb vesetáj a beteg mozgásakor, de különösen nyomásra igen fájdalmas. A vese kissé egyenetlenül megnagyobbodott, különösebb eltérés rajta palpationnal ki nem mutatható. Vizelete kevés fehérjét, de genyet bőven tartalmaz és a vizeletben időnként kása-köles nagyságú húgyfőveny-törmelék található. Cystoskopikus vizsgálatokor kitűnik, hogy a jobb ureternyílásból zavaros, a balból tiszta vizelet ürül, és hogy mérsékelt fokú cystitis van jelen. A jobb vese punctiójára néhány csepp genyet kaptunk. A beteg hőmérséklete 37.2-40.2 közt váltakozó.

Tekintettel a nehéz munka végzése közben hirtelen fellépett a vesetájra localizált kólikaszerű fájdalmakra, az ezutáni véres vizeletre, mely nyugalom közben megszűnt, tekintettel továbbá a vizeletben kimutatható húgyfőveny-törmelékre, mely a hólyagból nem származhatott és a genyre, secundaer infectio folytán keletkezett pyonephrosissal párosult nephrolithiasisra állítottuk fel a valószínű diagnosist. A műtét beavatkozást a pyelonephritis jelenléte egymagában is javalltá tette.

A műtétet *Janny* tanár megbízásából június 15.-én végeztem chloroform-aethernarcosisban. Bergmann-metszésből kiindulva feltártam a vesetáját és a vesét a capsula propria megsértése nélkül elég könnyen kiluxáltam. Legnagyobb domborulatának középső kétharmadán ejtett felezőmetszéssel, mely nagyobb vérzéssel nem járt, a vesemedencébe jutottam, melynek megnyitása után azonnal körülbelül 50 gm.-nyi sűrű, zöldes geny ürült ki és a vesemedencéből fogóval öt darabogyorónyi és ennél nagyobb ovális és háromszögletű, laposra nyomott követ távolítottam el. és ezenkívül kanállal csaknem maroknyi mennyiségű, malter-szerű, törmelékcsúcsú húgyfőveny-törmelék ki részint a vesemedencéből, részint a vesekelyhekéből. (Bátor vagyok a köveket és a húgyfőveny egy részét bemutatni.)

A vesének 10%-os hydrogen hyperoxyddal való alapos kimosása és drainsőnek a vesemedencébe való behelyezése után, miután a veseparenchyma épnek bizonyult, a vesemetszést két, a vesemedencéig hatoló esomós ca-gut-varrattal szűkítettem és a vesét reponáltam. A környi lágyrészek sebének szűkítése és tamponálása után a sebet nyitva kezeltem. A beteg a következő naptól állandóan láztalan lett, fájdalmi megszűntek teljesen, a seb gyógyulása zavartalanul folyt le és a beteg július 29.-én elhagyta osztályunkat. Jelenleg a beteg tetemesen megerősödött, állandóan fenn jár, rendszer napi munkáját végzi és fájdalmi nincsenek, a műtét vese normálisan functionál és vizelete tiszta.

A koponya felére terjedő lymphangioma congenitum ritkább esete.

Balás Dezső: A. A., 10 éves tanuló, folyó év június 4.-én tétetett át műtét céljából *Róna* tanár osztályáról *Janny* tanár osztályára. Beteg előadja, hogy a fején levő daganata veszőlött, neki fájdalmat nem okoz, de teriméjében folyton növekedik s utóbbi időben bal felső szemhéjának szabad mozgását is gátolja.

A jól táplált beteg vizsgálatokor a bal koponyafélen alul a fül gyökeréig és a járomívig, mellül ivalakban a bal külső szemzugig, a szemöldökív középső harmadáig és a glabella mellső határáig, felül a nyílvarrat lefutásának megfelelően és hátul a protub. occip.-ig terjedő hajmentes, halványrózsaszínű, ránczba nem szedhető bőrrel fedett, a széleken sáncszzerűen kiemelkedő, felületén egyenetlen, barázdált és göröngyös, nyomásra nem kisebbíthető, tömött tapintatú, alapján nem mozgatható daganat található. (Bátor vagyok az eredeti fényképeket bemutatni.)

Tekintettel a daganat folytonos növekedésére, ennek radikális műtéti eltávolítása vált szükségessé.

A műtétet *Janny* tanár megbízásából július 6.-án végeztem chloroform-narcosisban. Az előre várható nagy vérzés csökkentése céljából az egész daganatot esontig hatoló esomós varratokkal az épen öltöttem körül, mire a daganat ép szövetben a periost visszahagyásával teljesen vértelenül vált eltávolíthatóvá. (Bátor vagyok a formalinban konservált daganatot, mely helyenként megkeményedése előtt 3 $\frac{1}{2}$ -4 cm. vastag volt, bemutatni.)

Kórszövetetani vizsgálat alkalmával a daganat lymphangioma racemosum elephantiasticumnak bizonyult. A műtétet scalpirozott koponyafél kisarjadzása után chloroformnarcosisban az egész területet

mindkét czomb belső felső felületéről veit Thiersch-féle lebenyekkel július 31.-én egy ülésben fedtem. A lebenyek per primam megtapadtak. Jelenleg az egész sebfelület behámosodott és a fejbőr hajás részével egy niveauban van. A haj megnövesztése és átfésülése által a kosmetikai eredmény is kielégítő lesz. Ki kell emelnem, hogy ez esetben is, mint az egyik közkórházi ülésen általam bemutatott scalpirozott leány-nál tapasztaltam, dacára annak, hogy a Thiersch-féle lebenyek per primam megtapadtak, a bőrszélétől távol eső sebfelület közepén, különösen a faldudornak megfelelő helyen, a már megtapadt hám többszöri transplantió dacára is lefoszlott és csak a capillaris ereződés kifejlődése után, mely a betegnél is jól látható, vált a megtapadás állandóvá.

Nemzetközi sebésztársaság I. congressusa.

Az internationalis sebésztársaság I. congressusát f. évi szeptember 18–23.-ig tartotta Kocher elnöklété alatt a világ minden részéből való legjelesebb sebészek élénk részvétele mellett. Hogy a congressus munkaereje szét ne forgácsolódjék a tetszés szerint választott témák nagy tömegében, a congressus előkészítő bizottsága már 1 1/2 évvel ezelőtt hat fontos kérdést tűzött ki a vita tárgyául, melyeket referálás czéljából a legkülönbözőbb nemzetekből való tudósoknak kiosztott.

Ezeket megelőzőleg Kocher megnyitó beszédében a rák korai sebészi kezelése által elért, régebben nem is sejtett jó eredményeket vázolta s a korai operálás népszerűsítése érdekében tört lándzsát.

A tárgyalások anyagául kitűzött első kérdés: a vérvizsgálatok értéke a chirurgiában volt. Depage (Brüszel), a congressus főtitkára, Sonnenburg (Berlin), Ortu de la Torre (Madrid) és Keen (Philadelphia) fejtegették e témát. Referatumaik világot vetnek arra, hogy a diagnózis, prognózis, sőt a követendő sebészi eljárás megállapítása, és még a narcosis kérdésében való döntés szempontjából is értékes adatokat szolgáltat a vérnek a legkülönbözőbb morfológiai, bakteriológiai, chemiai és physicalis szempontokból való vizsgálata, azonban ezen adatoknak csupán más klinikus symptomákkal együtt lehet jelentőséget tulajdonítani egyfelől, másfelől pedig az itt felmerülő finom vizsgálati mód-szerek oly specialis készültséget és gyakorlatot igényelnek, hogy általános elterjedésük nem igen várható. A chirurgikus betegségek megállapításánál leginkább elterjedt vérvizsgálati eljárásról: a leucocytosis-ról, mint genyvedések alkalmával a szer vezet reakcióképességének megbízható mértékéről a referensek egyhangú elismeréssel nyilatkoznak; e heces diagnosztikus és prognosztikus segédeszköz megbízhatóságát azonban számos körülmény befolyásolja s mint főleg Sonnenburg kiemeli, az állapot megítélésére nem elegendő egy leucocytosisvizsgálat, hanem a leucocytosis ingadozásának megfigyelése szükséges. A vér bakterium-tartalma a műtéti beavatkozást segítő s esetleg a bakteriumok minőségéből rejtett genyvedéseknél a bántalom kiindulási helyére következtethetünk. A véralvadás vizsgálatának tulajdonit nagy fontosságot Keen; a „haemato-pexis“ lassúsága mellett bő vérzésre van kilátás, thyreoidin a véralvadákonyságot fokozza s hosszabb thyreoidin-adagolással a haemophil hajlandóságot az ő tapasztalatai szerint jelentékenyen csökkenteni lehet. A haemoglobintartalom nagyfokú csökkenése (40% alá Keen, 20% alá Depage), a mi Keen szerint különösen ulcus ventriculinál fordul elő, contraindikálja az általános narcosist. Az eosinophilia a primaer és secundaer anaemiák, az echinococcus és malignus tumorok közti, a basophilia az appendicitis és ólomkólikák közti differentialdiagnosztisban, a jodophilia a genyvedések diagnosticájában tehet heces szolgálatot. A hozzászólók közül Legrand (Alexandria) kiemeli, hogy májtályogok többségében (22 eset közül 14-ben) igen nagy leucocytosis van, Rouffart a leucocytaszámlálás jelentőségéről gynaekologikus bántalmaknál, Gross a postoperativ hyperleucocytosisról s az ezzel együtt járó bő üledék-képződésről a vizeletben szól; Peugniez a vérelet változásait splenectomia után fejtegeti.

A prostatahypertrophiáról Rydygier (Lemberg), Harrison (London), Rosing (Koppenhága) referáltak; az első a korai beavatkozás híve, az utóbbiak csak akkor operálnak, ha a catheterismus nehezen kivihető, igen fájdalmas, folytonosan kövek képződnek a hólyagban, vesecomplatiók fenyegetnek. Míg Rydygier a perinealis prostatectomia híve, a másik kettő a suprapubicus transvesicalis prostatectomia mellett tör lándzsát és pedig Harrison a mirigynek totalis, Rosing partialis, csak a középső lebenyre szorító kiirtása mellett; a prostatahypertrophiát visszafejlesztő műtétként Harrison a castratiót, Rosing a vasectomiát ajánlja, melytől 70 esetének 60%-ában látott gyógyulást. Súlyos hólyag-infectio esetén Rosing a cystostomia suprapubica híve. A discussioban is számos ellentétes nézet nyilatkozott meg. A Bottini-műtétet kevesen ragaszkodnak, így Freudenberg (Berlin) 152 kedvező esete alapján, Giordano (Velence), ki eseteinek 50%-ában látott töle javulást. Jaffé (Posen) csak bizonyos körülmények közt, fájdalmas sphinctergöresnél ajánlja, Hartmann (Páris) pedig absolute elveti.

Legueu (Páris), Albarran (Páris), Verhoogen (Brüssel) a perinealis, Hartmann, Kümmell (Hamburg), Frank (Berlin), Delagenière (le Mans) a transvesicalis prostatectomia mellett nyilatkoztak; Klapp a prostatectomiát a Bier-féle lumbalanalgésziában ajánlja végezni. A beavatkozás indicatioira nézve Hartmann kiemeli, hogy 658 esete közül csak 56-szor szorult a prostatectomára, mások (Kümmell, Albarran) a feltétlen műtéti beavatkozás hívei. Bizonyos azonban, hogy legszebbek az eredmények teljes retentio, nagy prostata esetében, egyébkor, chronikus incomplet

retentióknál, paretikus hólyagizomzatnál az eredmény az eseteknek csak kisebb részében kielégítő (Legueu).

A vese chirurgikus megbetegedéseinek diagnosticáját Albarran, Kümmell és Giordano (Velence) referáltak. Albarran a két vese vizeletének ureterkatheterismussal való elválasztásának, a phloridzin-próbának, a methylenkék kiválasztásának, különösen azonban az experimentalis polyuriának — melyből arra lehet következtetni, vajjon az ép vese képes lesz-e a beteget pótolni — tulajdonit nagy fontosságot; Kümmell a vérvizsgálat nagy értékét hangsúlyozza és absolut megbízhatóságát, ha a vizsgálatot avatottak végzik; a két vizelet elválasztását ureterkatheterrel elengedhetlennek tartja s ott, a hol az ki nem viheto (gyermek), a nephrectomiát csak a másik vesének explorativ feltárasa után tartja megengedhetőnek. A kövek diagnosticájában a Röntgen-felvételnek úgy positiv, mint negativ irányban absolut jelentőséget tulajdonit. Ezekkel szemben Giordano a közönséges klinikai vizsgáló methodusoknak hasznavehetőségére utal, melyek a vizeletszétválasztást és a modern physicalis chemiai eljárásokat nélkülözhetővé teszik; a vizeletsegregatiót ép oly jónak és megbízhatónak tartja, mint az ureterkatheterismust Bary (Páris), Hartmann ugyanezen állásponton vannak, utóbbi igen dicséri a Luys-féle segregatort. Legueu (Páris) szintén a segregatort használja, míg Kapsammer (Bécs) az ureterkatheterismus feltétlen híve. A methylenkékpróba megbízhatóságát a hozzászólók kivétel nélkül elismerik.

A gyomor jóindulatú megbetegedéseinek sebészi kezeléséről Mont-profit (Angers), Mayo Robson (London), Rotgans (Amsterdam), Mattoli (Róma), Eiselsberg (Bécs) és Jonnesco (Bukarest) referáltak s nem kevesebben mint 17-en szoltak hozzá e tárgyhoz. Az ulcus rotundum és ennek következményei képezték természetesen a discussio főtárgyát. Általánosn nyilvánult ama meggyőződés, hogy a souverain műtéti eljárás eme bántalomnál a gastroenterostomia és pedig a legtöbb fel-szóaló a hátsó, akár a Hacker-féle, akár a Roux-féle Y alakú gastroenterostomia híve. A legtöbb esetről s a legszebb eredményekről Mayo Robson számolt be; 300 ulcusos eredetű gyomorbaj miatt végzett mű-tétet és pedig az esetek túlnyomó többségében gastroenterostomiát 3-7% mortalitással; 97 magánbetege közül, kiknél ulcus miatt gastroenterostomiát csinát, csupán egyetlen halt meg; gyomorvérzésnél is a gastroenterostomiát biztos hatásának mondja; csak kivételesen igyekezett a vérzést localisan csillapítani. Chronikus ulcuspanaszok az esetek 92%-ában teljesen megszűnnek a gastroenterostomia után. Mont-profit 95-ször végezte nem rákos gyomorbaj miatt a gastroenterostomiát, 36-szor ulcus, 18-szor pylorusstenosis, 26-szor dilatatio, 15-ször chronikus gastritis miatt; eredményeivel nagyon meg van elégedve.

Rotgans 76 műtétet végzett négy halálessel (5%). Eiselsberg 33 vérző ulcus miatt avatkozott be († 9), 64 nem vérző ulcus miatt († 16), 50 pylorusstenosis miatt († 2), 5 duodenalis fekély miatt, mind gyógyult. A műtét, melynek előnyt ad, a gastroenterostomia posterior; jó, ha kivihető, a pyloruskizárás is. Gerulanos egy pylorusmyoma esetét közölte.

(Vége következik.)

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyűlése.

Orvosi szakosztályok együttes ülései.

(Vége.)

8. Stöcker Alajos: Adatok az anyarozs értékének meghatározásához. A növényi anyagokban foglalt alkaloidák és egyéb hatásos anyagok határszámainak megállapítására nagyfontosságú az, hogy minél több analysis szolgáltatson adatokat, mert klimatikus viszonyok, a talaj minősége, időjárás stb. lényeges befolyással vannak azok képződésére s átlagos számok csak elegendő adatokkal állapíthatók meg. Előadónak ez a körülmény szolgáltattat alkalmat arra, hogy az anyarozsban Robert R. dorpáti tanár által leválasztott és cornutin-nak elnevezett alkaloida határszámainak megállapításához fogjon, mint a mely anyagnak főképpen az anyarozs hatását tulajdonítják és a mely anyag az anyarozs értékének megítélésében ezidőszert nélkülözhetlen szolgálatot teljesít. Négy év-folyambeli és főképpen hazai termésű anyarozsokkal 17 esetben végzett vizsgálati adatait s a Keller-féle meghatározási módszernek az anyarozs-készítményekre is alkalmazhatóságát ismerteti.

Ezek szerint Beckurts 17 meghatározásának 0.102% legkisebb, 0.200% legnagyobb; Fromme 102 meghatározásának 0.025% legkisebb, 0.414% legnagyobb határszámaival szemben előadó 0.066% legkisebb, 0.276% legnagyobb, a hazai anyarozsokban 0.066% legkisebb, 0.176% legnagyobb határszámokat talált. Megállapítja továbbá, hogy a Keller-féle meghatározási módszer az anyarozskészítmények érték meghatározására is alkalmazható s az eredeti Denzel-féle anyarozs-extractumban 0.153% a Denzel-féle módszer szerint előállított saját készítményében 0.149%, a magyar gyógyszerkönyvben előírt Bonjean-féle módszer szerint készült extractumban 0.28% cornutint talált. Végül nem tartja teljesen beigazolttnak a német gyógyszerkönyv azon rendelkezését, hogy csak 10–30 mm. nagyságú sclerotiumok használtassanak, mert spanyol eredetű 50–60 mm. nagyságú válogatott sclerotiumokban aránylag több cornutint talált, mint a kisebb sclerotiumokban; de megerősíti azt, hogy a 40° C-on túl való szárítás káros hatású.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az álomkórásról. David Bruce egy előadásában, mely a British Medic. Journal szeptember 9-i számában van ismertetve, összefüggő képét nyújtja e súlyos epidemiának, mely Afrika nyugati partvidékének lakossága közt borzasztó pusztítást visz véghez. Afrika centralis részeiben, különösen a Kongo-medencében a betegség már ősi idők óta ismeretes. Az angol gyarmatokba, nevezetesen a nyugat-afrikai Uganda államba a járványt az a 10 ezer kongobeli sudán-szerecsen hurcolta be, a kiket Ermin pasa telepített ott le. Első megjelenése óta szakadatlan terjedése észlelhető, különösen a Nilus mentén északi irányban; az Albert-ot partvidéke s hasonlóképen a Viktoria-tó északi partvidéke szigeteivel együtt teljesen fertőzött. A járvány északi határa ez idő szerint Wadelai: eddig terjed fel a Nilus mentén. A hol az epidemia futtja a fejét, a lakosság nagy részét elpusztítja s termékeny, népes területeket lakatlan pusztasággá alakít át; rövid néhány év alatt sok 100 ezer ember halálát okozta. Továbbterjedésének gátat vetni eddig nem sikerült, s hasonlóképen eredménytelen volt eddig minden kísérlet a betegség gyógyítására és a fertőzés megelőzésére.

A betegségnek igen hosszú a lappangási időszaka; néha évekig alig venni észre valamit a fertőzötten. Soká tart, a míg a beteg hozzátartozóinak feltűnik, hogy valami változás állott be rajta: álmotag és munkaereje csökkent. A fáradtság érzete, az álomosság, a fejfájás mind kifejezettebb lesz, egy további év múlva a beteg a nap nagy részét már alvással tölti és se járni, se beszélni, se táplálkozni nem tud. Ez az állapot comába, teljes önkívületi állapotba megy át, melynek a halál vet véget. A betegség mindig halálos végződésű és gyógyíthatlan.

Az álomkórás parasitikus betegség: egy kis protozoon, a trypanosoma gambiense (Dutton) az okozója, a miért trypanosomiasisnak is nevezik. Ez egy kis infusoriomszerű egysejtű állat, makro- és mikro-nucleussal és ostorszállal, melynek csapkodásai révén az állat folyton ide-oda mozog élénken. Már 200—300-szoros nagyítással könnyen felismerhető a vérben, a vörösvérsejtek közt, gyakran egy cseppben több milliónyit találni, előfordul továbbá a nyirokcsomókban s a betegség későbbi stadiumaiban az agyfolyadékban is. Könnyen átölthető a majomra, mely már néhány hónap alatt belevész a betegségbe. A kórbonctani lelet emberen és majmon egyforma és arra utal, hogy a halál közvetlen oka idült agyvelőgyulladás; ebből magyarázhatók a tünetek is. A lép s a nyirokcsomók rendszeren meg vannak nagyobbodva, a vérben sok a mononuclearis nagy fehérvérsejt. Az angol kormány által kiküldött egészségügyi bizottság 1903-ban nevezetes dolgot állapított meg: azt, hogy a betegséget egy légy terjeszti: a czece-légy, glossina palpalis. Az útmutatást erre a felismerésre a háziállatokon előforduló hasonló betegség nyújtotta. Ezeknek is van ugyanis egy trypanosoma (tr. Bruce-i) okozta betegsége, melyről már előbb ki volt mutatva, hogy egy légyfajta, a glossina morsitans a terjesztője. A fertőzés ilyen módja mellett szólt az is, hogy az álomkórás leginkább csak partvidékeken (a Nilus s a vele összefüggő tavak partjain) otthonos. Összefogdosták s megvizsgálták a fertőzött tájékok legyeit, s találtak egyet, melynek elterjedése teljesen megegyezik az álomkóráséval. Majmokon végzett kísérletek bizonyossá tették, hogy ez a légy: a glossina palpalis viszi át a betegséget egyik emberről a másikra. A szúrása alkalmával beszívott vérről, ha beteg egyénre szállott, trypanosomákat vesz fel magába, melyek belében élénken szaporodnak. Két napig marad a légy életben s ez idő alatt szúrásaival továbbterjesztője lehet a bajnak. Hogy az ember trypanosomiasisa hogy viszonylik az állatok különböző trypanosoma okozta betegségeihez, az még nincs minden irányban tisztázva. Indiában is előfordul a lovakon egy trypanosomabetegség, a surra, mely azonban az emberre nem megy át.

PÁLYÁZATOK.

2953/1905. sz.

Szentmárton községben megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A községi orvos javadalmazása a törvényhatósági jóváhagyás alatt álló képviselőtestületi határozattal megállapított 1600 korona törzsfizetés, természetbeni lakás és a fenti határozat szerint a látogatási díjak nappal 60 fillér, éjjel 1 korona. Ezenkívül a községi orvos kézi gyógyszerári jogot kaphat.

A község jómódú németajkú lakosokból áll, kik rendszeresen gyógykezeltetik betegeiket.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám f. é. december 15-ig terjeszszék be. A választást f. é. december 16-án d. e. 10 órakor fogom megejteni.

Elek, 1905. évi november hó 19-én.

Mladin, főszolgabíró.

3471/1905. bányag. sz.

A felsőbányai m. k. bányahivatalnál a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott, 1600 korona fizetéssel és az 1904. évi I. t.-cz. alapján járó személyi pótlékkal, a megfelelő törvényszerű lakpénzzel, 54 úrköbméter tűzfajáradósággal javadalmazott bányaműorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azon orvosok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamódványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami

szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetésnek a „Budapesti Közlöny“-ben való első megjelenésétől számítandó négy (4) hét alatt a Pénzügyminisztériumhoz czimezve, az alulírott m. k. bányagazgatósághoz nyújtsák be. Későbbben beérkező folyamódványok tekintetbe vétetl nem fognak.

Folyamódók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellekeket kiténtetni, melyek a kiírt állomásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. Családi és keresztnevüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netáni klinikai vagy kórházi szolgálataikat, valamint szülésműtői képesítéseket;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miként feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés, ha az illető jelenleg nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagybánya, 1905. évi november 16-án.

M. k. bányagazgatóság.

A budapesti magy. kir. bányahatóság felügyelete alatt álló tolnaváraljai bányatársaságnál az orvosi állás megüresedett. Ezen bányorvosi állás javadalmazása évi 2000 korona fix fizetés, 300 korona fuvarátalány, teljesen szabad magánpraxis és természetbeni lakás.

Ajánlatok a Tolnaváraljai Bányatársaság elnökségéhez küldendők.

Tolna-Váralja, 1905. november hó 2-án.

Délmagyarországi Kőszénbánya Részvénytársaság
Bányagondnokság Tolna-Váralja.

4-3

Ocseirk.

A mozsói (Somogym.) körorvosi állás f. é. december hó 1-én üresedésbe jövén, ez állat az uradalmi orvosi állás is betöltésre kerül, mely állás szabad lakáson kívül következő javadalmazással van egybekötve: 1000 korona évi készpénzfizetés és 12 méter tűzifa. Ezen felül a szomszédos uradalom részéről 400 korona évi készpénzfizetés helyeztetik biztos kilátásba. Számításba jöhetnek még a más, kisebb, szomszédos uradalmak is. — Körorvosi állás és javadalmazása hivatalos uton hirdelve. Helyben gyógyszerár. — Egyéb felvilágosítással szívesen szolgál az uradalom központi hivatala Mozsón.

3-3

Gáts Lajos, gyógyszerész.

A lemondás folytán megüresedett és Nyitra vármegye vágssellyei járásához tartozó farkasdi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni szándékozó orvostudorokat felhívom, hogy törvényes minősítéseiket és eddigi működésüket igazoló felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 1-ig terjeszszék be annál is inkább, mert a később érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A körorvos székhelye Farkasdi nagyközség. Működési köre Farkasdi és Nagyed nagyközségekre terjed ki, melyek egymástól két kilométernyire fekszenek. A két község tiszta magyar, jómódú, és tízezer lelket számlál.

A körorvosi javadalom 1600 korona készpénzfizetés.

A látogatási díjak nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fill. összegben vannak megállapítva. A szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A választás napja iránt később fogok intézkedni.

Tornócz, 1905. évi november hó 10-én.

2-2

Langhammer, főszolgabíró.

A szekszárdi Ferencz-közközházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat folyó évi december hó 1-ig nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban fűtés és világítással. A kinevezés csak 3 évre történik s csak nőtlén orvostudorok pályázhatnak.

Szekszárd, 1905. évi november hó 14-én.

2-2

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

A vezetésem alatt álló nagyszabonyi m. kir. állami elmeorvos-intézetnél egyelőre ideiglenesen egy másodorvosi állás betöltendő. Felhívom azon orvostudor urakat, a kik ezen állást, a mely évi 1200 korona fizetés, évi 200 k. helyi pótlék, első osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás van javadalmazva, elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítéseiket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott s a m. kir. belügyminiszter úrhoz czimezett kérvényeiket hozzám f. évi december hó 9-ig küldjék be.

Megjegyzem, hogy az esetben, ha szabályszerű minősítéssel bíró orvostudor nem pályázik, szigorló orvos is fog alkalmaztatni, a ki azonban a helyi pótlékra igényt nem tarthat.

Nagyszabony, 1905. évi november hó 14-én.

2-2

Eppstein László dr., igazgató.