Negyvenkilenczedik évfolyam. 10. szám. *Budapest, 1905. márczius 5.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **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 **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Navratil Ezső: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyitása. Egy újabb oesophagus-varrat. 154. lap.

Chudovszky Móricz: Dens aberrans a sebészetben. 158. lap

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 159. lap.

Tárcza. **Kubinyi Pál**: Berlini levél. 161. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Ráskai Dezső**: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 162. lap. — *Könyvismertetés. Roger*: Introduction a l'étude de la médecine. 163. lap. — *Lapszemle. Közegészségtan. F. T. Lord*: Legyek mint a gümőkór terjesztői. — *Általános kór- és gyógytan. Robin*: A fémfermentek. — *Jürgens*: A typhus-immunitás keletkezése. — *Sebészet. Tillmanns*: Pangásos vérbőséggel való kezelés. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Cheinisse*: Tejelválasztás megszüntetése. — *Petretto, Hoffer*: Alszárfekélyek kezelése. — *Ulrici*: Tüdőgümőkórosak' éjjeli izzadása. — *Patschkowski*: Scarlatina-nephritis. — *Folyóiratok átnézete.* 163—164. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos közegészségi tanács. — A „Szent Erzsébet" apáczarend női kórháza. — Tiszti orvosi vizsgák. — A budapesti orvosok szövetsége. — A német természetvizsgálók és orvosok 77. összejövetele. — A 8. franczia belgyógyászati congressus. — Külföldi egyetemi hirek. — A nemi betegségek leküzdésére alakult német társaság. — Szt. Lukács-fürdő. — Megjelent. 165. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — III. országos elmeorvosi értekezlet. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

Melléklet. Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brünnig czég „Pyramidon" cz. prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.)

Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyítása. Egy újabb oesophagus-varrat.

Navratil Dezső dr. műtőorvostól.

E kórkép beható tanulmányozására egy eset kapcsán határoztam el magamat, melyet az I. számú sebészeti klinikán volt alkalmam láthatni és észlelni.

1903. szeptember 28-dikán egy beteget hoztak klinikánkra, ki cachectikus kinézésü volt és az anamnesis tuberculosis mellett szólt. Betegnél a légvétel igen meg volt nehezítve s így esetleges tracheotomiára indicatiók állottak fenn.

Dollinger tanár úr a beteget behatóan megvizsgálta gégetükörrel, majd oesophagoskoppal, s konstatálta, hogy jelen esetben egy oesophago-trachealis sipoly van jelen. Mivel betegnél — annak igen elgyengült volta miatt — semmi nagyobb beavatkozást egyelőre végezni nem lehetett, hogy legalább némi táplálékhoz us son az erősen lesoványodott beteg, e végből gastrostomia végeztetett rajta. Beteg a műtétet jól állotta ki, de mindazonáltal ereje egyre gyengült s november 7-dikén meghalt. Bonczolat alatt derült ki, hogy a perforatiót egy gumma okozta. Az eset teljes leirását, melyet Dollinger[1] tanár úr szívessége folytán közölhetek, a következő: O. G., 28 éves férfi. Felvétetett 1903. szeptember 28-dikán.

Beteg előadja, hogy mult év november havában meghült s nyolcz napig influenzája volt; ugyane hó vége felé supraclavicularis mirigyei elgenyedtek s e miatt klinikánkon 1903. február 1-jén tályognyitás történt. Augusztus 1-je óta köhög. 5—6 hét óta rekedt és nyelésnél görcsösen köhög. Az öt utolsó nap alatt csak 1/2 pohár tejet s 1/2 tányér levest volt képes e miatt elfogyasztani.

Felvételkor a bal tüdőcsúcs felett tompább a kopogtatási hang. Betegnek a beszéd nehezére esik s e közben görcsös köhögési rohamokat kap. Ülő helyzetben legjobban szeret lenni; hanyattfekvő helyzetben is türhetően érzi magát, de állni nem tud, hamar elszédül. Nyeléskor szúró fájdalma van. Október 2. Gégetükri lelet a bal hangszálagot bénultnak találja s e hangszálag alatt körülbelül 2—3 centimeternyire Dollinger tanár úr a légcsőben harántfekvésü felhányt szélü fekélyt lát. Mivel a beteg igen fáradt, az oesophagoskopiát másnapra halasztjuk. Október 3. Dollinger tanár úr oesophagoskop segélyével a bárzsingot megvizsgálja. A bárzsingkutató bevezetése alkalmával azonnal kitünik, hogy daczára annak, hogy a kutató a bárzsingban van, ha az csak egy bizonyos mélységig tolatik a bárzsingba, azon át a beteg levegőt fúj ki. Pontosabb vizsgálat kideríti, hogy 25 centimeternyire a felső fogsortól a bárzsing mellső falán egy hosszanti irányú, mintegy 2 cm. hosszú rés van, mely itt a tracheába nyilik s a melynek szélei a légzés alkalmával hullámzó mozgást végeznek. Ezen folytonossági hiány alsó sarkában a vizsgálat alkalmával harántul fekvő, trach. gyürükhöz hasonló két keskeny szélt láthatunk, mely lehet azonban nyák is. Beteget gyomorcsövön át tápláljuk. Mivel pedig erősen lesoványodik s a táplálás

[1] Dollinger. Sebészeti módszerek. 3. k. 106—110. 1903/4.

gyomorcsövön át nem mindig sikerül, e végből október 12-dikén gastrostomiát végezünk és a gyomrot a hasi sebbe bevarrjuk. Október 18. Gastrostomia megnyitása s a beteget ezentúl eme mesterséges úton tápláljuk. Két óránként 100—120 gramm tejet kap cognac-kal. Beteg műtét utáni időben többször hányt. Lázas. (39·4 max.) Táplálás daczára folyton fogy (5 kgm.). Október 23. Mellkasvizsgálatot eszközlünk, s ekkor kitünik, hogy beteg a tracheo-oesophagealis sipoly műtéti zárására nem alkalmas. Beteg november 7-dikén meghal. Mindeddig tuberculosisra volt bazirozva a diagnosis.

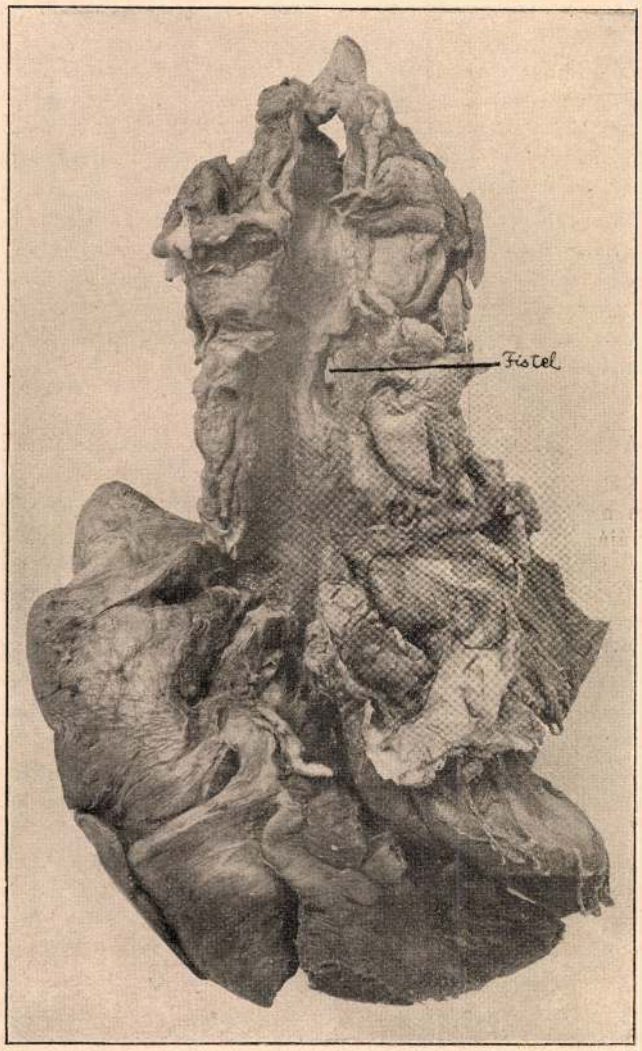
A bonczolat a következőket deríti ki. A nyak vékony, hosszú, közepén jobboldalt egy 2 cm. hosszú felületes börheg. A has középvonalától balra 1½ ujjnyira, a proc. xiphoid. s köldök közötti távolság közepének megfelelőleg, a bordaív alatt közvetlenül kezdődik egy körülbelül 7 cm. hosszú, felső és alsó részében összetapadt műtéti seb, melynek közepén egy lúdtoll vastag, puha draincső van bevezetve, melynek bevezetett hossza 17 cm. A has közepén a bőr a műtéti seb alatt férfitenyér kiterjedésben kissé hámtól fosztott. Belvizsgálat. Böralatti kötőszövet majdnem egészen zsírtalan, száraz. Az izomzat vékony, de elég tömött. Böralatti erekben igen kevés folyékony vér. Hasürben szabad folyadék nincs; hashártya sima fénylő. Rekesz domború; jobb oldalon az V. borda felső, baloldalon az V. borda alsó széléig ér. Bal tüdő szabad; a jobb hátrafelé s felül hártyásan odanőtt; a pleura szabad része ragadós, sikamlós nyákkal bevont. A mediastinalis zsírszövet sorvadt. A szegycsont markolata alatt egy főtt babnyi sajtos mirigy. Szívburokban kevés tiszta savó. A szív kicsiny, összehúzódott, felületén néhány infolt. Üreiben kevés savós vér s kocsonyás rostonya; izomzata halvány, áttünő, billentyűk épek. Nagy erek belfelülete sima. A bal tüdő szabad, mellül halvány, szivacstapintatú, hátul szederjes s valamivel tömöttebb, az alsó lebeny felülete vékony rostonyahártyával bevont, érdes, itt-ott vérömlenyes, az alsó lebeny mérsékelten savósan beszürődött s metszéslapján számtalan borsó-babnyi, hol barnásvöröses, hol világos fakószürke törékeny részletek, melyekről légtelen, kevés pehelylyel kevert savó vonható le; a kisebb hörgökből sürü nyák nyomható ki s faluk erősen belövelt, bennök habzó szenynyes-szürkés folyadék nyákkal, mely szintén savi hatású. A tüdő csúcsában egy főtt borsónyi, valamivel alantabb egy kis mogyorónyi ür, melynek fala nagyobbrészt sima, de helyenként sajtosan beszürődött. A jobb tüdő mellül szabad, oldalt s alul a mellkas falához tapadt és belövelt mellhártyája vérömlenyes, vékony rostonyaréteggel bevont, de a szétbontásnál kitünik, hogy az alsó lebeny mellső fala és a mellkas fala között egy féltenyérnél valamivel nagyobb üreg van, levegővel és kávészínü, savanyú szagú és hatású folyadékkal megtelve, az ür falát képező pleura zsigeri és fali lemeze vagy millimeter vastag s mélyebb rétegeiben már megszervült rostonya-lerakodmánynyal van bélelve, az összeesett, ránczos alsó lebeny alsó széle felé egy ezüstforint nagyságú terület czafatos, vörhenyesen szétmálló; itt a tüdő állományában egy majdnem diónyi öblözetes ür van eves folyadékkal megtöltve, a mely üreg két gyufaszál vastag, lerágott szélü hörggel szabadon közlekedik; az ürök fala részint czafatos, részint törékeny, szürkésen elszínesedett tüdőszövet által képeztetik; a benyiló hörgben szintén savanyú szagú barnás folyadék. E hörg fala, valamint a többi hörgöké is duzzadt, belövelt, helyenkint vérömlenyes; a tüdő csúcsa szivósan odanőtt, kissé behúzódott s egy kis mogyorónyi üreget foglal magában, pomádészerü fehéres tartalommal. A hörgi mirigyek főtt babnyiak, palaszürkék; az interbronchialis mirigy szilva nagyságra megduzzadt, metszéslapja hol világosabb, hol sötétebb palaszürke, nedves, elég szivós; sajtos góczok nincsenek benne. A függőériv sima, úgy a lehágó függőér is; csak itt-ott van egy mákszem-kölesnyi csomócska. A légcső nyákhártyája általában kissé duzzadt, mérsékelten belövelt. A hatodik gyürüporcz alatt baloldalt kezdődik egy a mellső középvonaltól kissé jobbra terjedő, de különösen a bal oldalfalat elfoglaló s a hátsó középvonalig terjedő, leghosszabb átmérőjében 5½ cm. hosszú s vagy 3½ cm. széles heges felület, mely gurdélyszerüleg balra ki van domborítva; vagy féldiónyi magasságra (a képzeleti oldalfelületen túl körülbelül 1 cm.) balra kiöblösödő gurdély van, mely felül meredeken kirágott széllel végződik, úgy hogy a VIII., IX., X. bal porczgyürü kimaródott csonkjai valamennyire kiállanak, míg alul a két utolsó légcsőgyürü egyenetlen, lépcsőzetes széllel kezdődik, mellül és hátul pedig a gurdély kevésbé kiemelkedő, de mégis kifejezett határral végződik. A kiöblösödés belső fele szívós, nyákhártyaszerű, 1—1½ mm. vastag, itt-ott léczezetes heg, hátsó bal szélén pedig egy tojásdad, vagy 19 mm. hosszú s közepén vagy 5 mm.-nyire tátongó, sima, kerekített szegletü, sima szélü lyuk van, melynek széle 2—5 mm.-nyire fehéres hámmal van borítva; a jobboldali szél közepén egy kis hasadék van, mely szintén sima, hosszú tojásdad, s a szélnek egy kötőtüvastag részét hídszerüen leválasztja. Ama 2 cm. hosszú lyuk, valamint a kisebbik hasadék is direct a bárzsingba vezet; a nagy gurdély alsó széle a bal hörg eredése táján fekszik, s itt vaskos kérges kötőszövet foglalja körül a hörgöt, úgy hogy fala akár 8 mm. vastag lesz. A kérgesedésbe néhány fekete, köles-kendermagnyi festékes folt van befoglalva, s a légcső oszlását jelző léczen jobbról-balról egy-egy fekete petty a nyákhártyán is átütött. A gurdély közepének mellső és bal oldalán egy olaszmogyorónál nagyobb mirigycsomó domborodik ki, mely szorosan a heg külső falához rögzített, s másfelől a vena anonyma sin. hátsó falával teljesen összeforrt; ezen mirigyben egy mappaszerüen elhatárolt fehéres, meglehetősen szivós, sajtos gócz van. A pajzsmirigy bal lebenyének alsó vége épen a gurdély felső, meredeken kirágott széléig ér; megjegyzendő, hogy a légcső jobb oldala a gurdély közepe táján a X., XI., XII. gyürűnek megfelelően belső felületén szintén körülbelül fillérnagyságú, kissé kötött, felületes heget mutat, melybe a gurdély fala folytatódik. A gége nyákhártyája halvány, kissé megvastagodott, hegfelület itt nincs, kivéve a kannaporczok mellső felületének alsó részén, a hangnyújtvány felett jobb oldalt egy kölesnyi, bal oldalt egy jó kendermagnyi, meredekszélü hiány, sima, beszürődött alappal. A torok nyákhártyája halvány. A bárzsing halvány, 6½ cm.-re a gyürüporcz felső szélétől befelé a bárzsing mellső falán egészen sima szélü nyilás van, mely a fentemlített módon a gurdélyba fakad, e helyen t. i. a bárzsing mellső fala nagy kiterjedésben szorosan a légcsővel összeforrt vagy 5½ cm. hosszban s vagy 2 cm. szélességben. A bárzsing kerülete a felső szük helyen 4½ cm., s a lyuk táján is annyi. A bal hörg táján pedig a bárzsing valamennyire tágult, 6½, majd 7½ cm. kerületü, hámja erősen felpállott s levált, s a mucosa és submucosa kissé kocsonyásan beszürődött; a bal hörg táján egy gyenge kiöblösödés van, mely a hörg közötti mirigygyel összefügg. A vena jugularis, a carotis szabad. A n. vagus még laza szövetben halad el egészen a függőériven túl, s csak a bal hörg egyik peribronchialis mirigye körötti szövettel van valamivel szivósabban összenőve. A n. recurrens a szokott módon megkerüli az aortát, s felfelé érve azonnal a légcsőgurdély kérges kötőszövetével egybeforr, úgy hogy ottan nem is követhető, hanem 4½ cm.-rel magasabban a gurdély kezdete táján megint felmerül vékony, alig fehéres, inkább szürkés köteg alakjában, mely csakhamar finom, fonalszerü ágakra oszlik, és végső ágai a gégébe követhetők. A musculus crico-arytaenoideus posticus baloldalt felette vékony, fonnyadt, besüppedt, sárgás, míg a jobboldali még eléggé tömött, húsvörös. A gyomorban kevés nyák és szürkés folyadék, nyákhártyája ránczokba szedődött; a pylorus elég tág, a pylorus felett 3½ cm.-re a gyomor mellső fala kissé ki van húzódva, s a külvizsgálatnál említett sebbe itt a gyomorfal köröskörül összesen vagy koronányi területen szivósan odanőtt a csepleszszel együtt; az odanövésben néhány fonalat lehet látni, a gyomorból pedig egy lúdtollal átjárható nyilás vezet a sebbe.

A lép kicsiny, ránczos. A vesék kicsinyek, felületük sima, állományuk mérsékelt vértartalmú; vesemedencze halvány. A mellékvese középnagy. A nyombélben epés nyák; az epeút átjárható. Az epehólyagban híg, barnás, nyákos epe. A máj kissé sorvadt, 22½ cm., illetőleg 16 cm. hosszú és 3½, illetőleg 5½ cm. vastag. Felülete sima, állománya apró lebenykéjü, középvértartalmú.

A máj jobb lebenyében elrejtve mintegy 3 cm.-re a lig. suspensoriumtól jobbra, 1½ cm.-re a felszin alatt egy kisdiónyi fakó csomó, melynek befelé tekintő fele sárgás-sajtos, tömött, s mappaszerüen elhatárolt, míg a külső fele kissé zöldesen elszínesedett, részben pépesen szétfoszló. Ezen csomó 1—5 mm. vastag, kérges, szürkés-fehéres heges udvarral van körülvéve és középponti végével az epehólyag alá terjed. A vena portae átjárható,

belfelülete sima. Az ütér középtág. A portalis kötőszövet szembetünőbb megvastagodást nem mutat. A májkapúbeli mirigyek kicsinyek, mintegy babnyiak, fehéresek, szívósak. A hasnyálmirigy vékony, szívós. A belek és a többi szervek a család tiltakozása folytán nem voltak vizsgálat alá vehetők.

Kórisme: Cicatrices laryngis parvulae ad processus vocales et cicatrix magna diverticuliformis in latere sinistro tracheae post devastationem mucosae et cartilaginum trachealium inferiorum a IX. usque ad bifurcationem. Perforatio diverticuli ad oesophagum et bronchopneumonia putrida deglutatoria cum perforatione pleurali et pyopneumothorace circumscripto dextro. Glandula trachealis caseosa diverticulo adcreta magnetudinis nucis avellanae maioris et glandula altera caseosa sub manubrium sterni. Nervus laryngeus recurrens sinister diverticulo adcretus et atrophicus cum subsequente atrophia musculi crico-arytaenoidei posterioris sinistri. Hypertrophia glandularum interbronchialium. Gumma syphiliticum hepatis magnum (szilvanagyságú). Pancreatitis interstitialis mediocris gradus. Gastrostomia antri pylorici.

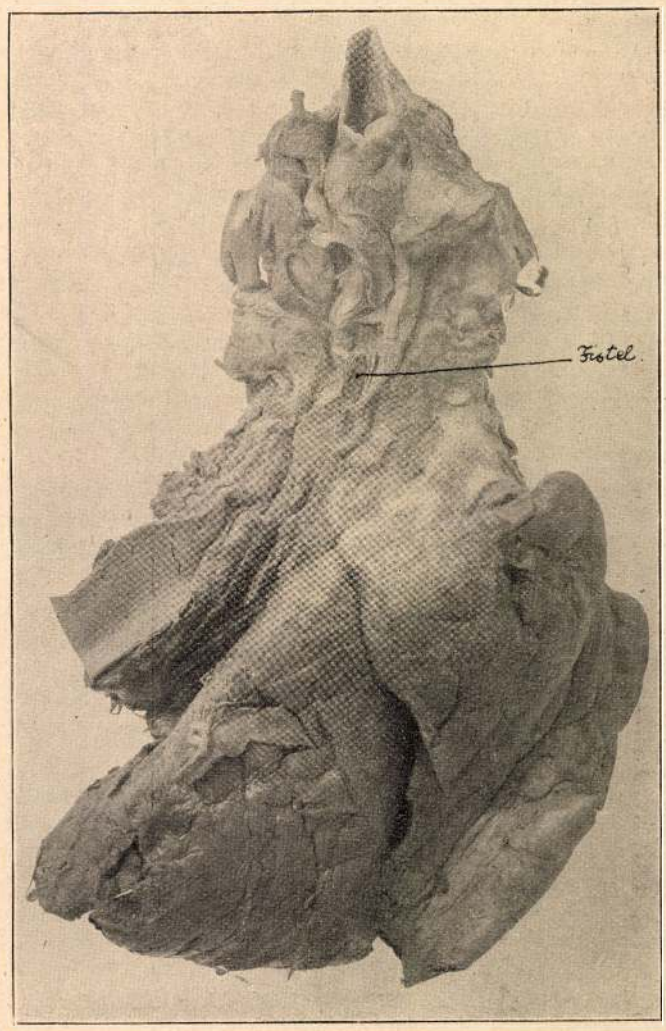


1. ábra.

A praeparatumot, melyet e fényképek mutatnak, Genersich tanár úr szívessége folytán ismertetem.

E kórkép bár egyike a legritkábbaknak, irodalma mégis eléggé nagy. A lehető legbővebben és legpontosabban ismerteti nemcsak az oesophagus és trachea, de egyáltalán az oesophagus és az összes légutak közötti sipolyokat Sirot.[1] E munka 1899-ig minden e téren megjelent és ismertetett munkát magában foglalja. Az összeállítása 143 esetről szól. Ezen esetekben 75-ben volt jelen oesophagotrachealis sipoly. A szerzők közül, kik e themákkal behatóan foglalkoztak, az első Mondière[2] volt 1829-ben. Ezóta sok közlemény jelent meg e téren, de én csak azokat említem meg és ismertetem röviden, a hol teljes gyógyulás állott be. A Sirot-féle 75 eset közül csak két esetben volt műtéti beavatkozás s ezek meg is gyógyultak. Egy spontan gyógyult, a többi exitált. Spontan gyógyult Garel[1] esete.

A sipolyt egy perioesophagealis tályog okozta. Az eset rövid ismertetése a következő. Fiatal, 25 éves nő, felvétetett 1893. deczember 4-dikén. Négy éve házas, egyszer abortált. Hat hét óta fájdalmai vannak a larynx táján. Beteg előadja, hogy a második hónapban abortált. Nyolcz nappal később nyaki duzzanata ökölnyi nagyságot ért el, különösen a nyak jobb oldalára kiterjedőleg. Két nappal később éjjel hirtelen arra ébredt fel, hogy nagymennyiségű sárga genyet kénytelen kiköpni, a mely geny tele volt nyállal. Két nappal később beteg valami sárgás anyagot köpött ki, melyet ujjai között könnyen szétmorzsolhatott, valószinüleg ez egy sphacelosus szövetrészlet volt Beteg ekkor orvoshoz fordult ez eset után harmadnapra, mivel állapota igen fájdalmas volt. Nehezen nyelt s kezelő orvosának úgy tünt fel a dolog, hogy a folyadék táplálkozás alatt a beteg gégéjébe csurgott.



2. ábra.

Ekkor a nyak felső része erősen duzzadt volt, érintésre fájdalmas, különösen az os hyoideum tájéka. Beteg nem igen táplálkozott s igen erősen lesoványodott. Gégetükri lelet ekkor az epiglottis basisán egy phlegmonet talált, mely az epiglottis basisán egy beszürődéssel határolódott. Az epiglottis mereven áll, nem mozog. Garel a beteget hat héttel a történtek után kapta kezeihez, és már ekkor csak kis duzzanat volt a nyakon látható. A lesoványodás okát megmagyarázni nem tudta a szerző, mivel a beteg közérzete teljesen jó volt. Beteget kikérdezve, előadta, hogy nagyon kevés táplálékot képes magához venni, azt majdnem mindig kihányja, különösen ha folyékony táplálékot vesz magához. Szerző e kórképet ideges alapra vezette vissza és faradizálta a nyakat. Betegnél a gégetükri lelet normálisnak tünt fel, de mihelyt vizet

[1] Henry Sirot: Thèse de Lyon. 1899
[2] Archives générales de médecine. 1830—33.

[1] Revue hebd. de laryng. 1896.

adott a betegnek inni, az mindjárt kihányta azt. Szerző ekkor egy mélyebben fekvő oesophago-trachealis sipolyra gondolt s a beteget Killian szerint megvizsgálva, bal oldalt hátul a tracheában lenn egy helyet látott, a mely sárgás színü volt, szélein vörös szegélylyel. Ö olyan kinézésünek mondja e sipolyt, mint a milyen képet nyujt rhinoskopia posteriorral a tuba nyilása.

A sipoly majdnem a bifurcationál feküdt. Beteg előadja, hogy jobban tud nyelni, ha fejét hátrafelé hajtja, de három nap óta sehogysem képes enni. Szerző a sondával való táplálkozást ajánlja betegnek, de ez távozik. Junius 17-dikén beteg ismét jelentkezik és ekkor mondja, hogy három nap óta képes jól szilárdat enni, de híg táplálékot nyelni nem jól tud. Szerzőnek úgy tünt fel, mintha az oesophagotrachealis sipoly kisebb volna, miután beteget gégetükörrel megvizsgálta. 1894. november 3-dikán még láthatni hátul a tracheán egy kis fehéres kiszögellést. A hányszor nyálat nyel a beteg, párszor köhög. Szilárd ételeket könnyen vesz magához, tésztanemü és ital nehezebben megy le a bárzsingján. Az általános állapot jó; kisfokú dyspepsia s olykor görcsök a gyomorban. Szerző a beteget többször nem látta, de úgy véli, hogy teljesen meggyógyult.

A mütéttel gyógyult két eset rövid leirása a következő: Gangolphe[1] egy esetet közöl, a mikor a beteg egy fogsort nyelt éjjel álmában. Három hónapig volt a fogsor bárzsingjában beékelve a nélkül, hogy azt kihúzni vagy letolni sikerült volna. Beteg állandóan genyes nyákot köpött s különösen táplálkozás alatt voltak nagy fájdalmai. Felvételkor már semmit sem tudott enni, s ekkor sondával a fogsortól 28 cm.-re ülő idegen test volt érezhető, a mely idegen test radiographiával egy hamis fogakból álló fogsornak bizonyult, s a képen látható volt, hogy ezen lenyelt fogsor egy oesophagotrachealis sipolyt idézett elő. E végből a szerző mütétre határozta magát s oesophagotomia externát végezett, a melynek segélyével sikerült a beékelődött hamis fogsort eltávolítani. A bárzsingsebbe sondát helyez, a melyen át táplálja a beteget. Nyitvakezelés. Beteg egy hónap mulva gyógyultan távozik.

Poncet és Berard[2] közölnek egy esetet, a hol actinomycosis okozta a trachea felső részében az oesophagotrachealis sipolyt. Poncet tág laryngofissioval hatolt be, kikaparta curette-tel a sipoly széleit s összevarta; a beteg meggyógyult.

Pieniazek[3] említ egy esetet, a mikor a gégéből laryngoscleromát távolitván el, Cooper-ollóval a trachea hátsó falából egy darabot kivágott, úgy hogy communicatiót teremtett véletlenül az oesophagus és trachea között; e communicatiót varratokkal egyesitette, a seb per primam gyógyult. E mellett még négy esetet ismertet ő az irodalomból.

1902-ben megjelent Malkhassian[4] munkája, melynek egyik felében ismerteti az oesophago-trachealis sipolyok újabb irodalmát, másik felében pedig az oesophagotomia externa indicatioit és magát a mütétet, ez utóbbira azonban nem terjeszkedem ki. Ismertet öt esetet, a melyek közül három mütéve lett, kettő nem lett mütéve. A mütöttek közül kettő meghalt, egy meggyógyult, a két nem mütött meghalt. A mütött esetek röviden a következők:

Weiss[5] betege csontot nyelt ebéd közben. Három nap mulva orvosnál keresett segélyt, ki Graefe-féle csontfogóval megfogta a csontot, de eltávolítani nem volt képes. E beavatkozástól számított két órára a beteg nyugtalan lesz, erős fájdalmai keletkeznek, légzése nehezített. Másnap kórházba vétetett fel, hol szerző perczenként 52 légvételt és cyanosist talált betegénél; a nyak bal oldalán a trachea igen fájdalmas volt. Felvétel után a légzések száma 40; beteg nyugodtabb lesz, másnap reggel ismét 50 lesz a légzések száma, a pulsus rendetlen, nagyfokú cyanosis.

Még e nap oesophagotomia externát végzett betegnél s az idegen testet eltávolította, mely 4×3 cm. lapos csont volt. A csont usurálta a tracheát is, a melynek kis nyilásán légvételnél sipolva hatolt be a levegő. Nyitvakezelés. A bárzsingsebbe sondát helyezett el. A beteg a mütét napján délután myocarditisben meghalt. A harmadik és negyedik trachealis gyürün $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 2—3 mm. széles sipolyt talált a sectio, mely a bárzsinggal közlekedik.

Chavier[1] betege két incisivust pótló fogsort nyelt. Graefe-féle müszerrel, majd hánytató adagolásával iparkodott kezelő orvosa eltávolítani az idegen testet, a mi nem sikerült, mert az az incisura sterni magasságában a bárzsingban fixálva volt. Minden újabb eltávolítási kisérlet sikertelen volt, beteg minden beavatkozásra vérköpéssel reagált. Az első kisérlet után egy hónap és 9 nap mulva, mivel a beteg már sehogysem tudott táplálkozni és többször voltak fuladási rohamai és hangja is elveszett, fordult szerzőhöz segitségért, ki oesophagotomia externával a fogsort eltávolította. Mütét alatt ott, a hol az idegen test feküdt, a trachea felől levegő sipolása volt hallható. Beteg mütét után tizennyolczadnapra gyógyultan, kissé fátyolozott hanggal távozott.

Gerster[2] egy gyermeknél, ki nagyfokú légzési nehézségekkel kereste fel klinikáját, sürgősen tracheotomiát végzett. Beteg mütét után nemsokára meghalt. Sectio egy gombot talál az oesophagusban, a mely oesophago-trachealis sipolyt idézett elő annak közepe táján.

X.[3] esetében egy gyermek játék közben játéktárgyát elnyelte. Öt hónapig nehezen, de mégis táplálkozott. Betegen mütét nem végeztetett, meghalt. Bonczolatnál kitünt, hogy öt centimeternyire az oesophagusban egy idegen test volt, mely $1\frac{1}{2}$ centimeternyi nagyságban usurálta a tracheát.

Guattani[4] ismertet egy esetet, a mikor egy részeg ember egy feldobott gesztenyét szájával kapott el s az a bárzsingjában fennakadt. Szerző a betegnek a mütétet ajánlotta a gesztenye eltávolítására, de az ebbe nem egyezett bele, s az eset után 19 napra meghalt. A bárzsing közepe táján feküdt a gesztenye, a mely lencsényi nagyságban usurálta a tracheát.

* * *

A mi az oesophagotrachealis sipolyok keletkezését illeti, szóba jönnek: 1. a traumák. És pedig nem annyira a direct traumák, mint az indirectek. Az irodalomban tisztán direct trauma, mely az oesophagust és tracheát egyszerre érve, oesophagotrachealis sipolyt idézett volna elő, említve csak egy van. És ez Pieniazek[5] esete, a hol mütétnél ő Cooper-ollóval csinált véletlenül communicatiót az oesophagus és trachea között.

Ugyan nem ide tartozik, de mégis érdemes felemliteni Sawtelle[6] esetét, a mikor egy löveg a clavicula felett az oesophagus és trachea között szaladt keresztül a nyakon, a nélkül, hogy egyiket vagy másikat sértette volna.

Némiképen talán a direkt traumákhoz lehetne sorolni azokat az eseteket, a mikor sondázás útján jön létre mesterséges perforatio az oesophagus és trachea között. Ilyenek fordulhatnak elő lúgmérgezés, maró gőzök[7] behatása alatt létrejött bárzsingfelpuhulásoknál alkalmazott vigyázatlan sondázások alkalmával. Sokkal gyakoribb azonban az olyan mesterséges sipoly, a mely carcinoma oesophaginál jöhet létre, kissé erősebb sondázásnál.

Indirekt traumákként szerepelnek az oesophagusba jutott idegen testek,[8] melyek hosszasabban ott fekvésük folytán vezetnek oesophagotrachealis sipoly képződésére; mint ilyenek szerepelhetnek fogsor, gesztenye, gomb, csont stb. Továbbá indirekt traumának fogható fel az is, ha pl. valamely daganat, aneurysma[9] nyomja az oesophagust, s igy a nyomási helyen az oesophagus usurálódik,

[1] Gangolphe. Semaine médicale. 1898.
[2] Poncet et Berard: Bull. Acad. de Méd. 1896.
[3] Pieniazek: Die Verengerungen der Luftwege. 473. lap. 1901.
[4] Malkhassian. Thèse de Nancy.
[5] Weiss. Eodem loco. 1902.

[1] Chavier. Paris. Archives prov. de chirurgie. 117. l. 1895.
[2] Gerster. New-York. Med. Journal. 141. l. 1892.
[3] X. Journal Medical d'Edinbourg. 1848.
[4] Guattani. Mem. de l'Acad. Roy. de. Chir. 2. k., 317. l.
[5] Pieniazek: Die Verengerungen der Luftwege. 473—474. l. 1901.
[6] Sawtelle: Boston med. Journal. 1872.
[7] Pieniazek: Die Verengerungen der Luftwege. 473—474. 1901. lap. Citálva Schröttertől.
[8] Castle: Med. News. 1884. — Crequi: Gaz. Hebdom. 8. kötet. 1861. — Galais: Gazette des hôp. 1864. — May: British med. journal. 1887. — Paterson: Edinb. med. journal. 1849. — Weiss: Idézve Malkhassian thesisében. 1902. — Chavier: Archives prov. de chirurgie. Paris. 117. lap. 1895. — Gerster: New-York med. journal. 141. lap. 1892. — X.: Journal med. d'Edinbourg. — Guattani: Mém. de l'Acad. Roy. de Chir. II. k. 317. lap. 1848.
[9] Haberson: Guy's hosp. rep. 1856.

és ezen usurálás a tracheára is folytatódik. A tracheotomia canulje[1] is usurálhatja a trachea hátsó falát és a bárzsingot.

2. Legfőbb szerep jut azonban az oesophagotrachealis sipolyok keletkezésében a carcinomának.[2] A carcinoma rendesen a bárzsingból indulván ki, másodlagosan terjed át a tracheára és azt usurálja, s így alkot egy oesophagotrachealis sipolyt. Az ily módon keletkezett sipolyok nagy irodalmában közlött esetek száma azt hiszem azonban csak elenyésző csekély azokhoz az esetekhez képest, a mely esetek részben nem lesznek diagnostizálva, részben nem is diagnostizálhatók, s így közlés tárgyát sem képezhetik. A kórboncznok valószinüleg nagyon sokszor van abban a helyzetben, hogy oesophagus carcinománál talál, ha nem is nagy, de minimalis communicatiót az oesophagus és trachea között, mely az életben talán még semmi symptomát sem okozott.

3. Gyakori előidézője továbbá e kórképnek a tuberculosis.[3] A míg traumáknál majdnem mindig és ráknál mindig a bárzsingból indul ki a perforatio és a trachea perforatiója másodlagos, addig a tbc.-nál vagy a trachea és bárzsing között levő mirigyek szétesése, vagy direkt a trachea képezik a kiindulási pontot a sipoly keletkezésénél.

4. Oesophagotrachealis sipolyt előidézhet továbbá mély nyaki tályog, a mely az oesophagus és trachea közti mirigyek infectiosus elgenyedése által keletkezik. A irodalomban egy eset van közölve, a mikor puerperalis septikus infectio által jött létre egy mély nyaki tályog, a mely befelé a bárzsingba tört át s egy oesophagotrachealis sipolyt idézett elő. Ez az eset spontan meggyógyult.[4]

Azok az esetek, a mikor tüdőbeli tályog tört át a bárzsingba — bár nem tartoznak munkám keretébe —, mind letalis kimenetelüek voltak.[5]

5. További ok lehet még sipolyképződésre a lues,[6] ilyen az irodalomban csak egy van a mi klinikánkon észlelt eseten kivül említve, melynél a sipoly körülbelül hasonló helyen feküdt, mint a klinikánkon előfordult esetnél. Ez is letalis kimenetelü volt. Mütéve ez nem lett.

Ok lehet továbbá még 6. typhus,[7] 7. scarlatina.[8] Mindkét kórképpel egy-egy eset van az irodalomban említve, csakhogy itt nem oesophagotrachealis sipolyról, hanem az oesophagus és a jobb tüdő közti sipolyról van említés téve.

Érdekes Poncet és Berard esete, a mikor az oesophagotrachealis sipolyt actinomycosis[9] okozta; ez eset mütéve lett, meggyógyult.

Emlitve van még két közlés, a mikor a sipolyt trophoneurotikus[1] zavar idézte elő. Valószinüleg mindkét közlés egy és ugyanazon esetre vonatkozik. Talán inkább luesre vezethető vissza ez az eset, mert tabetikus egyénnél találták.

Mint congenitalis kórkép is előfordul az oesophagotrachealis sipoly, de erre nem térek ki, mivel munkám tárgya e sipolyok sebészi therapiája (zárása), s ez újszülöttnél lehetetlen.

A mi e kórkép diagnostizálását illeti, itt az összsymptomák figyelembe vétele mellett külön módszere van Rühlenek, Gerhardtnak s másoknak; de én azt hiszem, hogy ma nem sokat fogjuk keresni azt, vajjon az oesophagotrachealis sipoly összes tünetei jelen vannak-e, hanem ha a legkisebb gyanú forog fenn, akkor cocain alkalmazása mellett tracheo-, broncho- és oesophagoskop segélyével vizsgálatot végzünk, a mikor a lehető legnagyobb praecisitással diagnostizálhatjuk még a legkisebb sipolyt is.

(Folytatása következik.)

Dens aberrans a sebészetben.

Közli: *Chudovszky Móricz* dr. műtő, a nagymihályi közkórház igazgató főorvosa.

Az állkapocs sipolyai, a melyek évek óta fennállanak, sebészeti tapasztalataink szerint az esetek legtöbbjében úgy támadtak, hogy valamelyik fogmegbetegedéshez hozzátársult az állkapocs csonthártyájának a gyuladása. E gyuladások legtöbbször oly kiterjedésüek, hogy a csont egy darabban egészen elhal s a képződött sipolyok e csonthoz vezetnek. Kis területre kiterjedő úgynevezett kérgi elhalások igen ritkák, könnyen észrevehetők s ha rendesen műteszik, jól gyógyulnak. Ezen esetek helyes kórismézése nem ütközik akadályokba.

Ha azonban oly esetek kerülnek elénk, a hol a betegek bemondása szerint a fennálló csontsipolyt már több izben műtették, a nélkül, hogy a sipoly véglegesen meggyógyult volna; az orvosok bemondása szerint pedig csak egy egyszerü csontfekély tartaná fenn a folyamatot: ilyenkor a sebész sohase mulaszsza el a Röntgen sugár igénybevételét.

Olyan intézetekben, a hol minden csontmegbetegedésnél a meglévő vizsgálati eszközökön kivül a Röntgen-sugarat sohasem hagyják számításon kivül, ott olyan tévedések nem fognak beállani, hogy az állkapocs csontsipolyát ne tudnák orvosolni. Nemcsak a kórisménket biztosítjuk, hanem könnyebb és biztosabb lesz a műtéti terv megállapítása és kivitele is.

Évek óta fennállott állkapocs-sipoly két esetét kivánom ismertetni, a melyek egyikében vizsgálati eszközeink a Röntgen-sugárral kapcsolatban a kórismét biztosan megállapították, s a műtét kivitelét megkönnyítették; a másikában pedig elmulasztva a Röntgen sugárral való megvizsgálást, az eleinte megállapított műtét helyett egy nagyobb beavatkozással kellett a betegen segítenünk.

I. eset. M. H. (felvétetett 1904. szeptember 14-dikén, gyógyultan távozott október havában) 23 éves kereskedősegédnek 12 év óta csontsipolya van az állkapcsán, melyet 3—3 évi időközben műtettek, de az sohasem gyógyult. Az állcsúcs táján lévő sipolyba balfelé bevezetett kutató 6—7 mm. mélységben elefántcsont kemény, sima tárgyat ér. Jóllehet összes alsó fogai megvannak, de a tapintásnál az az érzésünk volt, hogy azt csak egy fog adhatja. Röntgen-sugárral átvilágítva a testrészt, a kép azt mutatja, hogy az állkapocs bal részében közel az alsó széléhez, azzal párhuzamosan egy fog van.

Műtét czéljából a beteget morphium-chloroformmal elbódítjuk, a baloldali állkapocsszélen vezetett metszéssel a csontig hatolunk; 6—7 mm. széles, 12—14 mm. hosszú csontlemezt levésünk; az e helyen fekvő, pofafog jellegét magán viselő fogat eltávolítjuk. Az üreget chlorzink-oldattal kiétetjük s jodoform-gazeval tamponáljuk. Két-háromnaponkénti kötésváltoztatás mellett a csontseb kisarjadzik és elzáródik.

II. eset. Ezen esettel párhuzamba helyezem a következőt. Az új szt. János-kórház sebészeti osztályán az 1901. év folyamán egy Duna gőzhajózási társulati kapitány jelentkezett azzal a panasszszal, hogy húsz év óta felső állcsonti sipolya van. Baloldali szemfoga hiányzik s e fogmedrének megfelelően egy csontsipoly van.

[1] Freemann: South east. Hants. med. soc. 1887. — Cartier: Annales des mal. de l'oreille. 1876. — Pieniazek: Die Verengerungen der Luftröhre. 473—474. lap. 1901. Citálva Schrötternél.

[2] Berger: Bulletin de la soc. de chir. de Paris. 1883. — Berbès: Soc. anat. 1866. — Bleuland: Obs. anat. med. etc. 1785. — Bristowe: Trans. path. soc. London. 1856. — Glauditz: Thesis Goetting. 1897. — Curling: Trans. path. soc. London. 9. kötet. 1856. — Dolbeau: Gaz. des hôp. 1866. — Gerhardt: Berliner klin. Wochenschrift. 1868. — Gosselin: Soc. anat. 1838. — Greene: Archiv gen. de med. New-York. 1849. — Greenhowe: Trans. path. soc. London. 1871. — Habershon: Guy's hosp. rep. 1856. — Heydenreich: Soc. med. de Nancy. 1894. — Holmes: Trans. path. soc. 1877. — Leech: Lancet. 1895. — Maas: Berliner klinische Wochenschrift. 1894. — Marcasco: Soc. anat. 1873. — Martin: Soc. anat. 1891. Murchison: Trans. path. soc. London. 1869. — Niehans: Correspondenzblatt f. schweizer Ärzte. 1887. — Ombrédanne: Soc. anat. 1895. Patridge: Med. times and gaz. 1866. — Pfeufer: Zeitschrift f. rat. Med. 3. kötet, Archiv gen. de médec. 1848. — Piorry: Soc. anat. 1857. — J. Renaut: Soc. anat. 1873. — Robert: Soc. anat. — Smith: London med. journal. 9. k. 1880. — Wipham: Med. times and gaz. 1878. — Courvoisier: Correspondenzblatt f. schweizer Ärzte. 1877. — Ganzinotti: Brosch. Nancy. 1886. — Habershon-Guy's hosp. rep. 1858. — Kebbel: Lancet. 1875. — Rainbert: Soc. anat. 1837.

[3] Denonvilliers: Soc. anat. 1837. — Barry: Med. news. 1885. — X.: Arch. gén. de méd. 1838. — Zenker és Ziemssen: Ziemssen's Handbuch. 145. lap. 1878.

[4] Garel: Revue hebdom. de laryng. 1896.

[5] Hay: Trans. med. chir. soc. Edinburgh. 1824. — Keir: Medic. Com. 1784.

[6] S. Moritz: Fränkel's Archiv. 1895.

[7] Leech: Lancet. 1895.

[8] Boudet: Archiv. gen. de méd. 1846.

[9] Poncet és Berard: Bull. Acad. de méd. 1896.

[1] Teissier: Annal. des mal. de l'or. etc. 1885. — Pieniazek: Die Verengerungen der Luftröhre. 473. lap. 1901.

E sipolyt a főváros számos sebésze kaparta, étette hosszú évek folyamán, a nélkül, hogy az meggyógyult volna. Mindennapi vizsgálati eszközeink felhasználása alapján csontfekélyre gondoltunk. Ennek következtében a műtéthez akkép fogtunk, hogy eleinte bódítás alkalmazása nélkül kivántunk a sipolylyal végezni. De a csontkanállal egy igen kemény tárgyra jutottunk, a mi fogrészletnek tünt fel. Ekkor a beteget chloroformmal elbódítottuk, a fogmedri nyúlványnak ott lévő elülső csontlemezét levéstük. E helyen egy vízszintesen fekvő szemfogat leltünk, a melyet kiemeltünk. Rendes sebkötözéssel a sebhely kisarjadzik és elzáródik.

Az orvoslás végleges eredménye mind a két esetben jó, csakhogy a míg jelenleg minden csontmegbetegedésben vagy legalább ilyen nehéz elbirálást igénylő esetekben mindig igénybe veszszük a Röntgen-sugarat, a mely bennünket mindenről felvilágosít, addig régebben megelégedtünk csupán a régi vizsgálati eszközeinkkel. Az eredmény az volt, hogy felületes vizsgálat és műtéti eljárás mellett valaki 11—20 évig hordhat egy különben könnyen gyógyítható állcsonti eredésű sipolyt, a melynek az oka egyik esetben egy számfeletti hibás növésü fog, a másik esetben csupán hibás növésü fog. Tehát egy újabb bizonyíték, hogy mit ér a Röntgen-sugár a sebészet terén.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskereken.

Gyermekölés büntette.

B . . . község 1902. évi április hó 17-dikén kelt azon távirati jelentésére, hogy „a község belterületén egy 5—6 hónaposnak látszó fiúgyermek hullája elásva találtatott, nyomozat bevezettetett tettes felfedezésére, alapos gyanú, bűnjel van", a n . . b . . . i kir. ügyészség a bonczolás s helyszini szemle teljesítése végett a m . . i kir. járásbiróságot kereste meg. Ennek alapján a m . . i kir. járásbiróság a talált hulla felbonczolását elrendelte.

A vezetésem alatt Sch. I. dr. m . . i körorvos által teljesített bonczolásról a következő jegyzőkönyv lett felvéve.

A) Külvizsgálat.

1. A fiúcsecsemő 50 cm. hosszú, gyengébben táplált. Bőre ránczos, petyhüdt, legtöbb helyütt piheszerü szőrzettel fedett, igen sok helyütt barnásvörös, cllágyult, szétmálló, hámtól fosztott, másutt ismét sárral szennyezett, különösen a ránczokban sajtmázzal fedett.

2. A fej körülete 30 centimeter, a fej finom, egy cm. hosszú sötétszőke hajjal fedett, a fejbőr hátsó része gyermektenyérnyinél nagyobb kiterjedésben kékesszederjesen elszínesedett, duzzadt (caput succedaneum).

3. A szemek kidülledtek, a szarúhártya zavaros, rajta az alatta levő szivárványhártya csak homályosan tünik át.

4. Az orr- és fülkagyló porczosak, a nyitott szájban a nyelv szabadon fekszik, a szájüregben idegen test nincsen.

5. A nyak rövid, vastag, rajta semminemü elváltozás nem látható.

6. A mellkas domború, a has erősen puffadt a legnagyobb része zölden elszínesedett.

7. A köldökzsinór tapadási helye a has középvonalában közelebb a szegycsonthoz. A köldökzsinór 10 cm. hosszú, összeszáradt, vékony, mintegy két gyujtószál együttes vastagságának megfelelő vastagságú, feláztatva vége egyenetlen, nagyfokban czafatos, sehol lekötést vagy lekötési nyomot nem mutat.

8. A körmök úgy a kezek mint a lábak ujjain hártyaszerüen vékonyak, az ujjak végeit túl nem haladják.

9. Az egész hullán sehol külsérelem vagy ilyen után támadt nyom nem látható.

B) Belvizsgálat.

10. A fejbőr mindenütt véresen beivódott; a fejbőr hátsó, a külvizsgálat 2-dik pontja alatt leirt részén van egy gyermektenyérnyi vérömleny (caput succedaneum).

11. A koponyacsontok kártyapapir-vékonyságúak, hajlékonyak, sehol törést vagy repedést nem mutatnak. A nagy kutacs 3 cm. hosszú és 2 cm. széles, hártyával elzárt, a koponyacsontok is egymással hártyával vannak összekötve.

12. A kemény agykér petyhüdt, lötyögő, zsákszerü.

13. A lágy agyburkok vérrel beivódottak, szakadékonyak.

14. Az agy, kisagy és nyúltagy barnásvörös, egynemü, pépes, híg, szétfolyó tömeget képez.

15. Az agy kivétele után kitünt, hogy a koponyaalapon sehol törés vagy repedés nincs.

16. A pajzsmirigy igen kicsiny, barnavörös.

17. A gége és légcső nyákhártyája vérrel beivódott, sem a gégefő porczai, sem a szakcsont sehol törést nem mutatnak, ép úgy a gége fökörül a nyak lágyrészeiben sehol vérömleny vagy szakitás nem látható.

18. Mindkét tüdő a mellkast egészen kitölti, egynemü, halványbarnavörös. A mellhártyán sehol sem légbuborék, sem vérömleny nincs.

19. A tüdök a szívvel együtt szabályszerüen kivétettek s vízzel telt edénybe helyezve annyira úsztak, hogy a szivet is magukkal rántották. A tüdők azonban nemcsak egész tömegökben, hanem apró darabokra vagdalva is úsztak a vizen.

20. A szívburokban kevés vörhenyes savó. A szív kicsiny, összehúzódott, kissé szakadékony.

21. A máj nagy, sötétbarnavörös, petyhüdt, vérrel egyenletesen beivódott, az epehólyagban kevés zöldes, híg epe.

23. A lép kicsiny, szakadékony.

24. A gyomor összehúzódott, nyákhártyája vérrel beivódott, vörhenyes, ürében kevés nyák.

25. A belek üresek, csakis a vékonybél alsó szakaszában és a vastag belekben van zöldes-pépes magzatszurok.

26. A vesék lebenyzettek, barnásvörösek, vérrel beivódottak, petyhüdtek, szakadékonyak, burkuk könnyen levonható.

27. A húgyhólyag összehúzódott, üres.

28. A borék mindegyik felében egy-egy babnyi here.

C) Kórisme.

Újszülöttség, élveszülöttség, életképesség, érettség, gondozás hiánya, a köldökzsinór alá nem kötöttsége, elvérzés, rothadás.

Vélemény.

A megvizsgált csecsemő annak hosszúsága, általános kifejlettségének foka, nevezetesen hajzatának, körmeinek állapota, orrának és fülkagylóinak porczosodása, börének állapota szerint érett volt vagy legalább is oly közel állott az érettség fokához, hogy attól 1—2 hétnél hosszabb idő el nem választotta. A csecsemő rendes alkotottsága, összes szerveinek jó fejlettsége szerint életképes volt.

Miután a magzat még sajtmázzal volt fedve, a köldökzsinór alákötve nem volt, a gyomorban étel nem találtatott, úgy a csecsemő még gondozásban nem részesült, azaz még újszülött volt.

A tüdők állapota szerint a csecsemő okvetlen lélegzett, mert a tüdők a legapróbb részleteikben is légtartalmúak voltak, minthogy vizen úsztak. Ezen légtartalom nem rothadás eredménye volt, mert a tüdő, mely rendszerint legkésőbben rothad, egyáltalában, daczára annak, hogy a hulla egyébként már nagyfokú rothadásnak indult, rothadás tüneteit nem mutatta, azaz zsigeri mellhártyája alatt eltolható légbuborékok nem voltak; így a tüdők légtartalma csak arra mutat, hogy a csecsemő okvetlen lélegzett, tehát élt.

Hogy a halál minő úton állott be, arról a bonczolás egész biztos adatot szolgáltatni nem birt, főleg azért nem, mert az egész hullán sehol külsérelmi nyom feltalálható nem volt s ilyennel összefüggő vagy ilyentől eredő belső elváltozás sem volt a hullában található, ép úgy szervi megbetegedés sem volt jelen.

A tüdők állapotából azonban nemcsak azt lehetett biztosan megállapítani, hogy a csecsemő méhen kivül élt, hanem a tüdők még arról is felvilágosítást adtak, hogy a csecsemő valamely idegen, légzésre nem alkalmas közegbe (víz, sár stb.) nem jutott s így ezen az úton meg nem fuladt, de meg arról is felvilágosítást adtak, hogy a magzat meg nem fojtatott, minthogy a zsigeri mellhártyán és a zsigeri szívburkon vérömlenyek (ecchymosis) nem voltak.

Miután a bonczolat a halál létrejöttére positiv adatot nem

nyujtott, úgy ezen életképes, érett csecsemő halálát a gondozás hiányának kellett okoznia.

A köldökzsinórnak alá nem kötött volta folytán a csecsemő elvérezhetett, a mi a csecsemőnél igen gyorsan, 8—10 percz alatt bekövetkezik, de sokkal valószinübb, hogy a csecsemő közvetlenül a szülés után való kellő be nem burkolása folytán, a külső hüvös légkörnek tartós behatása következtében, teste melegének elvonása folytán, halt el.

A magzat, mely az anyaméhben 37° C. hőmérsékü cseppfolyó környezetben van, a szülés által rögtön és hirtelen 15—20 C. fokú levegőre jut.

Hogy ezen külső hőfoknak hirtelen csökkenése mekkora reactiót okoz a csecsemőben, azt eléggé megvilágitja azon körülmény, hogy többek között a levegő hüvösségének hirtelen behatása váltja ki a szülés alkalmával az első légzést. Képzelhető tehát, hogy az újszülött csecsemő testének hőmérséke a környezeti levegő hüvösségének tartós behatása folytán oly fokban lehül, hogy a csecsemő úgyszólván megfagyáshoz hasonló állapotba jut és ennek folytán meghal.

Szóval ezek szerint a csecsemőn a boncolás alkalmával talált gondozáshiány volt a halál oka.

A szülőnő a szülés után közvetlenül a szülőfájdalmak által elöidézett kimerültség, a szülés folyamatával járó nagyobbfokú vérzés folytán beálló elgyengültség és egyéb a szülésben rejlő vagy annak folyományát képező somatikus vagy psychikus elváltozásoknál fogva legtöbbször a szülés után közvetlenül többékevésbé tehetetlen önmagával vagy legalább is a létfenntartási ösztön, hacsak igen rövid időre is, a saját személye körül összpontosul s ennélfogva ezen válságos perczekben a nöben legmagasztosabb hivatásának érzete háttérbe szorul s igy az épen akkor megszült magzat akkor marad magára gondozatlanul, midőn minden gondozatlanul átélt percz a magzat halálát okozhatja.

Épen ezen körülmény teszi szükségessé, hogy a szülőnő körül a magzat szempontjából is valaki segédkezzék s ha már kell, hogy valaki körülötte legyen, úgy az szakavatott legyen s ezért van előirva, hogy szakavatott bába veendő igénybe a szülés alkalmával.

Adott esetben épen ezen segédkező szakavatott kéz hiányzott a szülés alkalmával s ez okozta a csecsemő elpusztulását.

Egyébként a szülési fejdag (caput succedaneum) kicsisége, a köldökzsinór szakított, le nem kötött volta, főleg pedig az egyidejüleg megvizsgált szülőnő medenczéjének tágassága arra mutat, hogy a szülés gyorsan, rohamosan folyt le segédkezés nélkül.

A csecsemő hullája nagyon rothadt volt s igy a halál már, tekintve a még mindig hüvös időjárást. a boncolást megelőzőleg 2—3 héttel állhatott be; a hullának földdel való szennyezettsége arra mutat, hogy a földben elásva is lehetett.

A nyomozat során kiderült, hogy a magzat anyja a 36 éves nyomorék, hajadon koldusnő, P. D., b . . . i lakosnő, a ki kihallgatásakor előadta, hogy rajta gazdája erőszakot követett el az előző év folyamán Ő tulajdonképen nem is tudta, hogy terhes.

Az esetet magát úgy adta elő, hogy a jelen vizsgálatot megelőzően körülbelül 3 héttel az esti órákban szüksége végzése közben „a gyermek belőle kiesett“. A gyermek ekkor kétszer halkan sirt, nyávogott mint egy macska. A házban az eset történte idején senki otthon nem volt már két nap óta. Bevitte a gyermeket a szobába, saját alvóhelyére tette a kemencze mögé s ott nézegette, akkor ez kezével, lábával még mozgott. Egész éjjel nézegette, később a gyermek már nem mozgott, sőt reggelre halva és hideg volt. Másnap szomszédnője tanácsára, „mert nem volt megkeresztelve s ennélfogva úgy sem temetik el,“ elásta, de nem a kertben, nehogy kapálás közben reá akadjanak, hanem az udvarban. Senki sem volt jelen az elásásnál.

Előadta továbbá, hogy 3 év előtt is szült, ezen gyermeke 3 hétig élt és halála után rendesen el lett temetve.

Ez alkalommal gyanúsitott is meg lett vizsgálva orvosilag oly czélból, hogy megállapittassék, hogy a szülés természetes módon állott-e be.

Az általam eszközölt vizsgálatról a következő jegyzőkönyv vétetett fel.

A megvizsgált nő kisebb termetü, mintegy 35—40 év körüli, görnyedt testtartású, arczbőre erősen ránczos, arcza bamba kifejezésü, csunya, öregedett. Böre barnás. Légzés, érverés és hőmérsék szabályos.

Hajzata barna, sürü, rendetlen, piszkos, ki nem fésült. A fogazat az ajkak közül kiáll.

A nyak részarányos, a mellkas domború, az emlők nagyok, petyhüdtek, nyomásra kora tejet ürítők, a bimbó jól kiemelkedő, a bimbóudvar barnásan festenyezett. A has petyhüdt, rajta régi és friss terhességi hegek.

A fandomb barnás szőrrel fedett, a nagy szeméremajkak duzzadtak, a kis ajakakat elfedik. A tág szeméremrésből véres, nyákos kifolyás, a hüvely tág, nyákhártyája haránt ránczos.

A méhszáj fellazult, rajta több részint friss, részint régi berepedés, a méhszáj nyitott, mutatóujj számára könnyen átjárható. A méh megnagyobbodott, bimanualis vizsgálatnál a symphysis felett a hasfalon át ökölnyi tömött képletként kitapintható. A méhből véres, nyákos kifolyás.

A megvizsgált jobb karja béna, könyökizületekben és kéztőizületben be van hajlítva, merev, a kézfej fejletlen, kicsi, nem mozgatható, úgyszintén az ujjak kicsinyek, nem mozgathatók.

A bal alsó végtag térdben behajlított, zsugorodott, merev s ezen állapotánál fogva a megvizsgált erősen sántítva, biczegve jár.

A megvizsgált beszédében is mutat eltérést, nevezetesen a bamba arczkifejezésében már mutatkozó együgyüség a beszédében még szembeötlőbb, mert a feltett kérdéseket alig érti meg s csak többszörös ismétlés után ad valami, legtöbbször meg nem felelő, gyakran nem is szavakból, hanem motyogásból álló, ennélfogva teljesen érthetetlen választ.

Ismeretköre, látóköre rendkivül szük, hiszen saját nevét, korát alig tudja, szüleiről, testvéreiről felvilágositást adni nem bir. A jelen vizsgálat tárgyát képező esemény körülményeit rendkivül hiányosan, ellentmondóan adja elő s ekkor is könnyen zavarba hozható.

Hüdöttségét onnan származtatja, hogy gyermekkorában egy szélvihar őt felkapta s oly magasra vitte, hogy már nem is látszott s a földre esve összetörte magát. A megvizsgált különben mint félkegyelmü nyomorék asszony, koldulásból tengeti életét.

Kórisme.

A méhnek szülés után való visszafejlődése, az emlők tejürítése, bénultság a jobb karon és a bal lábszáron. Elmegyengeség.

Vélemény.

A megvizsgált nő az emlőknek tejjel való teltsége, a hasfalon lévő friss terhességi hegek, a nyitott és megnagyobbodott méh kifolyása szerint okvetlen terhes volt, sőt szült. A szülés a méh visszafejlődési foka és a méh kifolyási minősége szerint a vizsgálatot megelőzőleg 2—3 héttel ment véghez.

A megvizsgált nő a szülés utáni állapottól eltekintve, teljesen egészséges s igy a nő vizsgálata arra támpontot nem nyujtott, hogy a szülés nem természetes úton következett volna be.

Mindezek után a kir. ügyész gyermekölés büntettének gyanúja miatt P. S. ellen, a Bp. 101. §. 1. és 3. pontja[2] alapján megszüntette a nyomozatot, mert „megállapittatott, hogy gyanúsított együgyü, félkegyelmü asszony és hogy a gyermek a szülés után élt s azon külerőszak nyomai nem találtattak, halálát a gondozás hiánya (mintegy a test megfagyása) okozta“.

„Nincs bizonyiték arra, hogy gyanúsított gyermekét erőszakos módon hajtotta el, vagy hogy azt a szülés után megölte.“

„Legfeljebb arról lehetne szó, hogy a halál gondatlansága folytán jött létre.“

„Figyelembe véve azonban, hogy a szakértő orvosok véleménye szerint is a szülőnő közvetlenül a szülés után önmagával tehetetlen, a tapasztalás szerint gyermekére nem is gondol s különösen tekintetbe véve, hogy gyanúsított különben is gyengeelméjü, korlátolt felfogásu nő, a gondosság elmulasztása miatt őt felelősségre vonni nem lehet.“

[1] Btk. 284. §a: Azon anya, a ki házasságon kivül született gyermekét a szülés alatt vagy közvetlenül a szülés után szándékosan megöli: öt évig terjedhető börtönnel büntetendő.

[2] B. P. 101. §-a: A nyomozás megszüntetendő, ha:

1. Bűncselekmény nem forog fenn.

3. A további eljárástól bizonyitékok hiánya vagy azok megszerzésének rendkivüli nehézsége miatt eredmény nem várható.

Tárcza.

Berlini levél.

Értesítés a német rákbizottság deczember 13-diki üléséről. Néhány szó a rákellenes mozgalom s a bizottság működéséről.

A fertőző betegségek ellen való sikeres védekezés és a tuberculosis legyőzésére irányuló tevékenység maga után vonta a rákelleni fegyverkezést is, kivált, mióta a mai napság a kultura minden útvonalán ébren őrködő statistika meglepte a tudományos világot azzal a szomorú ténynyel, hogy a rosszindulatú daganatok, főként a rák, nem is sejtett dimensiókban pusztitanak. Pl. a Poroszország egész területén ápolt 500,000 beteg közt 10,000 rákbeteg van. A biztositó intézetek közül pl. a „Friedrich-Wilhelm“ biztositó társulat 18 évi anyagában 72,000 haláleset közt több ezret tesz ki a rákban elhaltak száma.

Ehhez járul az, hogy a statistika a betegség terjedését látszik bizonyitani. Igy Poroszországban 1888-tól 1897-ig, azaz 10 év alatt, 50%-kal emelkedett a rákhalálozás (Kirchner). Ugyanilyenek a viszonyok Németország többi államaiban, de sőt más kulturállamok területén is, igy Franczia- s Angolországban, sőt Amerikában pl. New-York államban az utolsó 50 év alatt az előbbinek ötszörösére emelkedett a rákhalálozás (Prof. Rosswell Park, Buffalo). Hazánkban a fővárosra nézve Palotai dr. szintén jelentékeny szaporodást mutatott ki. A rákhalálozás bizonyos korra nézve (40—60) már csaknem elérte a tuberculosishalálozás 1/4-ét s Leyden szerint azon az úton van, hogy általános népbetegséggé váljék. Ez ugyan még bizonyitásra vár s kérdés, vajjon nem a diagnostika tökéletesedése, a betegeknek az operativ gyógyitás iránt fokozódó bizalma, a melynél fogva sűrűbben fordulnak orvoshoz, kelti e ezt a látszatot, avagy a pontosabb összeirás rovására esik a számok növekedése. Másrészt a növekedés nem is mindenütt állandó, igy Hirschberg szerint pl. Berlinre nézve ingadozást tüntet fel; azonban el is tekintve ettől, elég ok a betegség gyakori volta és sulyossága, hogy megokolja az ellene irányuló küzdelmet.

Az actio ma általánossá kezd lenni s azok az államok, a melyek eddig nem vettek benne részt, egymás után csatlakoznak hozzá. Nálunk 1902-ben alakult meg a rák-bizottság Dollinger professor elnöklete alatt s működése általánosan ismeretes. A legszélesebb arányban most Németországban folyik a munka, ezé jelenleg a vezető szerep e téren s ezért, úgy hiszem, nem lesz érdektelen, ha a német bizottság működéséről, a melybe most alkalmam van közvetlenül betekinteni, néhány szót szólok. Külföldi tanulmányutamnak nem ez a czélja, azonban, mivel magam is foglalkoztam a rák kérdésével, továbbá, mint a hazai bizottság egyik szerény tagja, nem mulaszthattam el, hogy érdeklődésemet erre is ki ne terjeszszem. E téren az elnök, Leyden, az elnökhelyettes, Kirchner, továbbá a vezértitkár, Meyer professor urak részéről a legnagyobb előzékenységgel találkoztam s a bizottság ülésére meghivásban részesültem.

A bizottság működése mind szélesebb kört ölel fel. A kérdés tudományos részével több laboratoriumban foglalkoznak, igy Ehrlich intézetében (Institut für experimentelle Therapie, Frankfurt a. M.), továbbá Leyden klinikáján, a hol különösen Blumenthal foglalkozik a kérdéssel. Itt volt alkalmam látni Jensen Koppenhágában végzett kisérleteinek mintájára az egerek rákjával eszközölt átoltási kisérletek eredményeit is. Babnyi usque kis diómekkoraságú tumorok, a melyek egyike-másika ki is fekélyesedik. Górcső alatt az embernél található structurákkal mindenben egyező a szövettani kép, metastasisra azonban kevésbé hajlamos, bár egy esetben találtak metastasist a tüdőben. Localis recidivára ellenben nagy a hajlandósága, azaz a kiirtás helyén újra támad. Nevezetes, hogy endemikus fellépését is észlelték, úgy, mint Freiburgban a fehér patkányok közt. Újabban Leyden klinikájával kapcsolatban két földszintes barakkot is épitettek a Charité területén rákos betegek befogadására, 10—10 ágygyal a férfiak s a nők számára, a melyek már működésben is vannak.

Ahhoz kicsiny, hogy a temérdek rákban szenvedő beteget ellássa, s igy főczélja a tudományos vizsgálódáshoz való anyaggyüjtés, továbbá a tanitás. Leyden „Vorlesungen über Krebsforschung“ czimen heti egy órás előadást is tart. A kis osztályon jobbára inoperabilis beteget láttam. Volt ott nyelv-, oesophagus-, gyomor-, máj-, méhrák, utóbbi a női osztályon túlnyomó számban. Ezekhez még egy inoperabilis állkapocscsarkomát is vettek fel, mert épen hely volt. A betegeket életük végéig ott tartják, hogy lehetőleg bonczolás alá is kerüljenek. A két épület közt van egy harmadik, a laboratorium, a mely bár kissé szűk, de több helyiségből áll, s jól fel van szerelve, kivált chemiai kisérletek czéljára, s teljesen villamos üzemre fektetve. Vezetője most egy kitünő előképzettséggel biró egyén, Bergel dr., ki évekig dolgozott chemiai laboratoriumban különösen a fehérjék analysise terén, s jelenleg a ráktoxinok kérdésével foglalkozik. Két szolga van rendelkezésére beosztva. Az egész szerény keret, de csirája egy nagyobb szabású, rákbetegek számára emelendő központi intézetnek, a mely általános óhaj mind hangosabban nyer kifejezést, s ha nem az állam segitségével, úgy közadakozásból mihamar létesülni is fog, mint Moszkvában, a hol ez úton nemrég épült egy rákbetegek számára való hely, úgynevezett Asylhospiz. Németországban különben létezik Kirchrodában egy sinylőház hasonló czélra.

A közadakozásra való felszólitás terve már ismételten felhangzott a rákbizottság ülésein, de még nem indult meg, mivel valószinűleg az államtól várják az intézet létesitését.

A kormány egyébiránt élénken érdeklődik a kérdés iránt, képviselője részt vesz az üléseken, sőt Hutten-Czapsky gróf már a porosz urakházában is szóvá tette. Az állam pénzbeli segélylyel is támogatja a bizottság működését. Miként azt a vezértitkár úr szives levélbeli értesitése útján tudom, a kultusministerium 10,000 márkát bocsát rendelkezésre. Ehhez a szövetséges államok közül is hozzájárultak némelyek, továbbá a Landesversicherungsanstalt ismételt adományokkal (500—500 márkával), végül a porosz belügyministerium 3000 márkával. Volt tag is, a ki pénzt adott. Mindezt összevéve, a német bizottság, ha nem is bőségesen, de rendelkezik anyagi eszközökkel is. Ez által lehetővé vált, hogy Loewenthal dr.-t, a berlini aquarium rovignoi zoologiai állomására 1000 márka segélylyel kiküldjék a protozoáknak az emberi szervezetben való szerepének tanulmányozására. Ezen a helyen ugyanis Schaudin dr. híres protozoakutató már jóval előbb eszközölt tanulmányokat.

A botanikusok, zoologusok és bakteriologusok is mozgósitva vannak. Ebben Francziaország számos biologiai állomásával előbbre van, de Németországban is sok helyt folyik a munka, különösen a halászati egyesületek kebelében, a kik a vizi állatok betegségeivel foglalkoznak.

Pfeiffer (Weimar) a sporozoákhoz tartozó sejtélősdi 200 praeparatumát tartalmazó szekrényt bocsátott a bizottság rendelkezésére, a melynek segélyével a tanulni vágyók különösen a sporozoatumorokat tanulmányozhatják. Ez összefügg azzal, hogy a rákot sokan parasitás eredetűnek vallják, sőt némelyek (Behla) a contactinfectión kivül már carcinomás házakat, sőt utczákat is ismertettek.

Egyébiránt propositio történt egy a kisérleti onkologia czéljaira létesitendő központi laboratorium iránt is, hogy az olyan megfigyeléseket, a melyek azokon a helyeken tétettek, a hol a rák állitólag endemice is előfordul, állatkisérletekkel is ellenőrizhessék. Emlitendő, hogy a rák kérdésével az afrikai német gyarmatokon is foglalkoznak (Plehn dr.). A bizottság most már folyóiratot is ad ki, a mely „Zeitschrift für Krebsforschung“ czim alatt jelenik meg, a szakirodalom összegyüjtésére pedig könyvtárt szervezett, a mely azonban még kicsiny.

Az összes kutatások eredményét tartalmazó jelentést megküldték az érdeklődő fejedelmeknek, az orosz czárnak, az angol, román és spanyol királynak.

A társadalom tényezői közül a biztositó-társulatok rendelkezésre bocsátották anyagukat, ép úgy a betegpénztárak is.

Ha mindehhez hozzáveszszük, hogy az orvosi világ legkitünőbb képviselői, köztük a legelső pathologusok, bakteriologusok, belgyógyászok, sebészek, gynaekologusok, továbbá botanikusok, állatorvosok stb. álltak be a sorompóba, remélhető, hogy ebben a szinte leküzdhetetlennek látszó kérdésben, a mi nő a rák kérdése, a nehéz feladattal szemben méltó erőkifejtéssel s munkával fogunk találkozni, a mely talán gyümölcsöző is lesz.

Miután igy röviden vázoltam a német rákbizottság főbb törekvéseit, áttérek a deczember 13-diki ülésén szerzett személyes impressióim ismertetésére.

Mintegy 40-en vettek benne részt. Leyden elnökölt. Az elnöki jelentés számos társulati ügyrészleten kivül kiemeli, hogy Hansemann és Meyer professorok olyan vidékeken eszközölt kutatásai, a hol sok a rákbeteg, véget értek, s az erről szóló tanulmány nemsokára meg fog jelenni. Tudtul adja továbbá Loewenthalnak fentemlitett kiküldetését, hozzátéve, hogy a bizottság a jövőben pénzbeli segélyt nyujt kisérleti állatok beszerzésére, hogy a tanulmányozók ne legyenek kénytelenek ezt a kiadást a saját erszényükből fedezni. Egy Norvégiából érkezett levélről is tesz említést, a mely hirét hozza annak, hogy ott is megindult a mozgalom, s egy és más irányban felvilágositást kérnek a német bizottságtól.

Az ülés főtárgya Lassar prof. következő czimü előadása volt; Zum Stand der Krebs-Therapie (mit Demonstrationen von Patienten und Vorführung von Projectionen).

Ha valaki a rák sikeres gyógyitásáról beszél, könnyen megmosolyogják s enthusiastának, vagy mi több, esetleg szédelgőnek tartják. Nem is csoda, ha e téren annyira gyökeret vert a kételkedés az emberekben, mivel eddig minden újabb ilyneműfelfedezés után csak egy újabb csalódással lettünk gazdagabbak. Emlékezzünk a nem rég multban az Adamkiewicz-féle cancroin injectiók fiaskójára s számos hasonlóra.

Érezte ezt Lassar is, sőt hangsúlyozta is, miszerint a dolgok hallatára egyik-másik operateur csak a vállát vonogatja majd, kijelentette továbbá, hogy épen ezért is hozta e helyre a themát, a hol szorosan vett szaktudással áll szemben. Iparkodott állitásait lehető számos esettel illustrálni s a tudományhoz méltó önmérséklettel registrálta a tényeket. Nem valamely új felfedezéssel állott elő, hanem azt, a mit eddig a legtöbben csak hallomásból ismertek, a példák hosszú sorozatával gazdagitva megerősitette, sőt talán megújitotta a remény egy halvány fényforrását is s némi fényt árasztott a jövő kilátásaira, s felébresztette a bizalmat, a mely szerint talán sikerül majd, ha nem a tudomány következetes lépcsőfokozatán át, úgy talán az empiria útján előbbrevinni a rák gyógyitásának kérdését. A meglehetős hosszú előadásnak csak főbb momentumaira szoritkozhatom és csak a fontosabb eseteket emelhetem ki.

15 éve foglalkozik, ugymond, a roszindulatú daganatok gyógyitásával. Inoperabilis eseteknél azelőtt az arsen-kúrával tett próbát, Röntgen felfedezése óta az X-sugarakkal, újabban a radiummal kisérletezett. A Röntgen-sugarakkal kezelt esetek alkotják a legnagyobb contingenst s számra nézve mintegy 500 esetet foglalnak magukban. Eseteinek egy kis töredékét az itteni orvosegyesület 1904. május 4-diki ülésén már bemutatta.

Előadásának kiváló érdekességet kölcsönzött az a körülmény, hogy a gyógyitás előtti állapotot életnagyságú s hü viaszmintázatokban

a beteg mellé állitva, összehasonlíthattuk az elért eredménynyel. Segédjei ezeket a betegekkel együtt a hallgatóság 4-es csoportjai előtt sorra cirkuláltatták, miáltal az eseteket mindenki közelről láthatta s jól megvizsgálhatta. A viaszmásolatok hűségét az előadás végén vetített igen szép fényképek is tanúsították.

Kubinyi Pál dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közli: **Ráskai Dezső** dr. műtőorvos.

Jaboulay[17] kiindulva azon tapasztalatból, hogy a lemeztelenített és kifelé luxált struma atrophizál, hasonló eljárást a prostatánál is megkisérlett. Praerectali metszéssel a prostatát minden oldalról a környező szövettől leválasztva és nyiltan kezelve (állandó vagy rendszeres catheterismus mellett) tamponálja (12 napon át). Lassanként a prostata zsugorodása állott be és a vizelés szabályosabb typusa jött létre.

Delagenière[18] 70 éves betegének prostatáját előre és lefelé luxálta, perinealis metszés útján, a miáltal az összes zavarok megszüntek. A luxatio az aponeurosis felhasításával ujjal könnyen sikerült. Kisebb fokú hypertrophia esetén ez a műtét szép sikerrel kecsegtet.

A prostatának, mint mechanikus akadálynak eltávolítása, mint már említettük, még az arteriosclerosis elmélet teljes érvényben voltakor, a mikor tehát theoretikusan igen kevés sikerrel biztatott, kiséreltetett meg. Az eredmény majdnem mindig az volt, hogy a műtőknek kedvét vette a további kisérletezéstől. Kezdetben e műtétek csak a hólyagba vagy húgycsőbe nyúló lebenyek kiszakitására, eltávolítására szorítkoztak.

Dittel[19] 1890-ben kimutatta, hogy a vizeletkiürítés tulajdonképeni akadályát az oldalsó lebenyek által gyakorolt összenyomása a húgycső prostatikus részének alkotja. Ezen feltevést gyakorlatilag érvényesitve, az oldalsó lebenyeknek ékalakú kimetszését ajánlja sacralis úton. *Schede*,[20] *Kocher*,[21] *Socin*[22] e műtétet néhányszor végezték is. Csakhogy a tapasztalat azt bizonyitá, hogy az oldalsó lebenyek által gyakorolt compressio sem fogható fel minden esetben az akadály okául és így még ha a műtét maga sikerült is, a czél mégsem éretett el, mert visszamaradt a hólyagba benyúló lebeny és így visszamaradt az akadály is. E szerint már a priori is csak az a beavatkozás nyujthat megnyugtató eredményt, a mely függetlenül a mirigy configuratiojától, az egész mirigyet, úgy a húgycső, mint a hólyagbeli akadályokat eltávolitja.

A prostata teljes eltávolításának útját két körülmény állta, úgymint a prostatának rejtett, tehát nehezen hozzáférhető volta és a szomszéd szervekkel, nevezetesen a húgycsővel való szoros összeköttöttsége, egészen eltekintve azon gazdag visszeres hálózattól, a mely körülvette és a melynek megsértése nehezen csillapitható vérzéseket idézett elő és tág kapuját alkotta a septikus fertőzéseknek.

A hozzáférés a perineum felől, sacralis úton és suprapubicus módon kiséreltetett meg.

Daczára annak, hogy a hozzáférés ezen három módja, az igényeknek úgy anatomiai szabatosság, mint a műtőtechnikai kivitel tekintetében teljesen megfelelt, a mint ezt utóbb kifejteni lesz alkalmunk, mégis a műtét mindaddig nem volt képes polgárjogot nyerni, a mig *a prostatának tokon belüli (intracapsulaer) kihámozásának lehetősége fel nem fedeztetett.*

Ezen felfedezésnek nyomaira legelőször amerikai közleményekben akadunk. Valószinű azonban, hogy körülbelül egyidőben többen egymástól függetlenül kezdték végezni.

Goodfellow[23] már 1891-ben enucleált prostatát, azonban *Alexander*[24] new-yorki sebész, ki a *Belfield*-nek tulajdonitott módszer szerint műtette betegeit, fejlesztette ki a nyákhártyaleválasztás technikáját, a mely a kihámozásnak előfeltétele. *Belfield*[25] felső hólyagmetszéssel a prostatát nyákhártyájától megfosztja, majd a leválasztást gáttáji metszés útján nyert seben keresztül folytatja és befejezi, az igy nyákhártyától (toktól) fosztott mirigyet combinált fogásokkal a gáttáji seben át eltávolitja.

Nicoll[26] a kihámozást a gáttáji seben át végzi, a felső hólyagmetszést csakis arra használja, hogy a mirigyet ujjal lefelé nyomja. *Fuller*[27] suprapubikus úton végzi a kihámozást. *Freyer*,[28] ki a felső hólyagmetszés útján való kihámozásnak lett utóbb leglelkesebb szószólója és a ki most már kizárólagosan e műtétet végzi, mig 1900-ban urethral-sacralis bemetszéssel behatolva, az ujjal lefelé nyomott prostatát a tok felhasítása után tompán hámozta ki.

A prostata intracapsularis enucleatioja ma két typus szerint történik, úgymint a gáttáji úton és felső a hólyagmetszés útján: *prostatectomia perinealis és prostatectomia transvesicalis.*

A perinealis prostatectomiának alapját a *Dittel-Zuckerkandl*[29]-féle szabaddá tevése a prostatának képezte. E methodusra Zuckerkandelt Lawson Taitnek a septum rectovaginalis felhasításánál alkalmazott műtéti eljárása vezette. Ezen műtét analogiájára kisérelte meg a prostatának, az ondóhólyagcsáknak és a húgyhólyagnak szabaddá tételét.

E műtét technikájának boncztani alapjait *Gosset* és *Proust*[30]-nak tanulmányai teremtették meg.

A beteg lehetőleg olyan helyzetbe lesz fektetve, hogy a gát teljesen horizontalisan álljon a műtő előtt (position périneale inversée). Kerülendők a kis bemetszések, elvül szolgáljon, hogy az egyes szervek minél kiterjedtebben szabaddá tétessenek, ecarteurökkel megvédessenek, a melyek egyúttal a műtő számára a műtéti teret hozzáférhetővé teszik.

Bőrmetszés, vagy praerectalis incisio, mely az egyik ülgumótól a másikhoz vezet, e metszést a bőr alatt levő kötőszöveten át folytatjuk. A középvonalban egy hosszanti ráncz által jelezve előttünk fekszik a mm. bulbo-cavernosi által takarva és a mm. transversi által határolva a húgycső hagymás része. E felett van a végbél külső körizmának mellső tapadása. Fiatal embereknél a bulbus kicsi és igy az insertio a a bulbus hátsó felületére kerül. Öregeknél a bulbus megnövekedett és a sphincter mögött és alatt kiöblösödik. Az alsó sebszélt erősen lefelé húzva, egy a középvonalban elülről hátrafelé megfeszülő izomköteg lesz látható, mely két csipesz között megfeszitve átmetszetik. A csipeszszel a mellső részt felfelé húzva, a bulbus közvetlenül fekszik előttünk. Ennek, valamint a takaró izomrétegnek megkimélése mellett a transversus izmok az ülgumóig izoláltatnak, miáltal vérzés nélkül jutunk a mélybe.

A műtét első része ezzel befejezve, az anustól felszabadított bulbus felfelé lesz húzva; a középvonalban most már a m. rectourethralis, ettől oldalt a levatorok izomkötegei láthatók; az által, hogy ezek a középső medenczepólya alá mennek, az „arcades semi-lunaires perineales" képeztetnek. Mielőtt a rectum lefelé és hátrafelé leválasztatik, előbb a m. recto-urethralis metszendő át. Az anus ezáltal teljesen mobilizálva lévén, a kizárandó terület egészen előttünk fekszik. Két mutató ujj között e területet tátongová teszszük, mi által a rectum felülete, mely itt vékony, nedvesen fénylő, lesz láthatóvá, előfelé pedig ugyancsak a nedvesen fénylő capsula prostatica felülete tárul elénk. E két felület között a kitárás typikus módon történik. De hogy ez a typus betartható legyen, az ollót a musc. recto-urethralis átmetszésénél a p. membranacea urethraevel teljesen párhuzamosan kell tartanunk. Ha szög alatt, vagy vízszintesen tartjuk, úgy az izmot túl hátul metszszük át és hamis területbe jutunk, a rectum muscularisa és az ezt takaró fascia közé. Ezáltal a kitárás nem a kivánt könnyedséggel megy végbe, a végbél fala nem sima és fénylő, hanem a muscularis rostjai lesznek láthatók és végül nagyobb vérzés áll be. Most újra jobban előre menve a savós űrbe hatolunk és a capsula prostatica felnyitásával előttünk van a prostata állománya.

A tok a legtöbb esetben könnyen leválasztható, egyes esetekben, ott, a hol talán prostatitis ment előre, a tok alapjával erősen összenőtt, úgy hogy a leválasztást véresen kell eszközölni.

A legközelebbi feladat a húgycső megnyitása, a melyet a prostata könnyebb leválasztása czéljából, a mit az ujj ellenőrzése mellett végzünk, tartanak szükségesnek.

A prostata kihámozásának megkönnyitésére különböző methodusok alkalmazhatók. Ezek közül legegyszerűbb a húgycsőbe vezetett fémsondával a prostatát a bőrfelülethez közeliteni. Igen nagy prostaták a symphysis felett a hasra gyakorolt nyomás által is kitolathatnak. E czélra különben néhány műszer is készült, a milyen a *Legueu*-féle desenclaveur és a *Young*-féle tractor, valamint más műszerek, a melyekről utóbb szólunk. A *Legueu*-féle desenclaveur catheterszerű műszer, a mely csukottan a hólyagba lesz vezetve, itt legyezőszerűen kinyitható, és markolatjánál meghúzva, a prostatát, a mennyire lehetséges, előrehozzuk.

A húgycsőről való leválasztásnál arra kell ügyelni, hogy nemcsak a húgycső nyákhártyája maradjon teljes épségében meg, hanem a prostatikus húgycső teljes vastagságában, mert ezáltal a hólyag záróizomkészüléke inkább marad meg épségében. A prostata oldalsó lebenyei lehetőleg tompán választandók le, a diaphragma urogenitalehez való tapadások ollóval metszendők át. A prostata vesicalis részletei a hólyagnyákhártyáról tompán legnagyobb kimélettel vagy késsel való praeparálás útján választandók le.

Ha a kihámozás ilyen simán nem sikerül, úgy felaprítás útján lesznek előrehúzott prostatarészletek eltávolitva, mig az egész megnagyobbitott prostata künn van.

Delbet[29] perhorreskálja az ujjal való szétválasztást, mert az könnyen fistulaképzéshez és incontinentiához vezet; a húgycső megnyitásának előnyeit instrumentariuma pótolja, a mely lényegében egy conducteur sondából áll, mely convex oldalán derékszögre állitható nyelvecskével bir, a melyet a hólyagban kinyitva a prostatának neki támaszt és igy előre tolhat. Továbbá *Wiss*-féle speculum módjára alakított perinealis speculum, több kanállal, két elevátor, lapjára hajlitott hosszú nyelvű olló. *Lumniczer* fogóhoz hasonló éles szögű, lapjára hajlitott csipesz és rendesen fistula varráshoz használt tűtartó.

Bary[30] azt hiszi, hogy sem a magas medenczefekvés, sem a desenclaveur, sem a húgycső előzetes felmetszése az esetek túlnyomó többségében nem szükséges.

Cantermann[31] műtéti eljárása annyiban mutat a leirtaktól eltérést, hogy a műtétet *Proust*-féle haránt metszéssel, térdkönyök helyzetben, erősen a törzshöz húzott lábak mellett végzi.

Ruggi[32] műtéti eljárása nagyjában egyező a *Dittel*- és *Proust*-félével. R. construált ezenkivül egy hajlitott, fogószerű műszert, ablakos szárakkal, melyet a hólyagba bevezetve, vele a prostatát megfogja és lehúzza.

Bakó[33] 5 esetben operált, de nem végzett teljes, hanem csak partiális prostatectomiát. Szerinte a műtétnél vigyázni kell a végbél valamint a bulbus megsértésének elkerülésére, ez utóbbi nem csak a késsel, hanem a horoggal is könnyen megsérthető. Ajánlatos az üres hólyag melletti műtét. Telt hólyag a hyperaemiát fokozza. Az izolálás, ha előrement lobok folytán összenövések vannak, nehezen sikerül, a végbél könnyen beszakad. A műtét folytán beálló incontinentia nem a hólyagnyak átmetszésére vezethető vissza, hanem valószinűleg annak vongálására.

Senn[34] szerint a legfontosabb a világosban való dolgozás, azért ő egy Λ alakú metszést ajánl, a melynek oldalsó szárai a tub. ossis

ischiig terjednek. A p. membranacea felnyitása után feltárás ujjal, a prostata a hólyagból előretolva, a tok harántúl átmetszetik, a lebenyek ujjal tompán kihámoztatnak; azon esetben, ha a tokhoz való erősebb összetapadás van jelen, vagy a prostata igen nagy, ezt Cooper-ollóval feldarabolja.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Roger: Introduction a l'étude de la médecine. Deuxième édition. Paris, Masson et comp. 9 franc.

Az alábbiakban egy nagyon hasznos, nagyon jól összeállított és e mellett elevenen tartott munkára, illetve ennek tetemesen bővített és javított második kiadására kívánjuk olvasóink figyelmét felhivni.

A munkában szerző, a kinek neve nagyszámú kisérletes vizsgálata és több nagyobb munkája révén eléggé ismert, azon előadásait foglalta össze, a melyeket a párisi orvosi facultáson mint megbizott előadó tartott azon czélból, hogy az orvostanhallgatókkal mintegy általános vonásokban megismertesse a kórtan elemeit, és így kellő alapot adjon további tanulmányaikhoz. A tárgyalás a kórokoknak ismertetésével veszi kezdetét; ezek között legnagyobb súly a mikroorganismusokra van fektetve, a melyekkel kapcsolatban kimerítően tárgyaltatik a fertőző betegségek általános pathogenesise. Az idegrendszer részéről jelentkező reactióknak és a táplálkozás zavarainak (ide értve az autointoxicatiókat is) ismertetése után a foctus pathologiája kerül sorra, kapcsolatban az öröklés kérdésével. A lob és következményei, majd a daganatok, a sorvadások és elfajulások, nemkülönben a láz tárgyalása után a betegségek lefolyását adja a munka. A betegek megvizsgálása és ennek módjai töltik be az utolsó fejezetek kettejét, a mit a diagnostika elemeinek, valamint a prognosis alapelveinek ismertetése követ. A gyógytan legáltalánosabb elemeinek rövid felemlítésével végződik a mintegy 700 lapra terjedő munka, melyet egészen sajátságos, 80 lapot elfoglaló tárgymutató egészit ki. E betűrendes tárgymutató tudniillik nem csupán a megfelelő lapszámra utal, hanem az illető szónak etymologiáját, jelentőségét, rövid meghatározását is adja, s ezzel a munka tanulmányozását nagyon megkönnyíti.

A mint a munka tartalmának ezen rövid vázolásából kitünik, tulajdonképen az általános kór- és gyógytan tankönyvével van dolgunk, még pedig jó tankönyvével, melyet bátran adhatunk az orvostanhallgató kezébe. De nem csupán az orvostanhallgatóknak ajánlhatjuk e könyvet, hanem a már kész orvosoknak is, sőt leginkább azoknak, a kik már régebben végezték tanulmányaikat, mert ezen munka figyelmes elolvasásával a modern kórtudomány mai állásával megismerkedhetnek, és ezzel ismét megkapják azt az alapot, melyet az orvostudomány rohamos fejlődése miatt már-már elveszitettek s a mely alap teheti őket egyedül képessé arra, hogy az újabb haladásokat megértsék.

Egyet azonban kifogásolnunk kell a munkában. Ez az, hogy az általános gyógytannal nagyon röviden és hiányosan bánik el, pedig épen az általános gyógytannak az általános kórtannal kapcsolatos behatóbb tárgyalása az, a mi nagy haszonnal járhatna a betegek észszerű kezelésének terjesztése szempontjából. Az általános gyógytannak sokkal behatóbb, a többi részszel arányos tárgyalására a következendő kiadásokban mindenesetre sályt kell majd helyezni.

A nagyon jó kiállitású, német könyvek árához képest aránytalanul olcsó munka jóságát és használhatóságát különben az is bizonyítja, hogy első nagy kiadása rövid idő alatt elfogyott, és hogy érdemesnek tartották angol nyelvre lefordítani.

Uj könyvek. *Ribbert*: Die Grundlagen der Krankheiten. Bonn, F. Cohen. — *Selter:* Die Verwerthung der Fäcesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe. Stuttgart, F. Enke. — *Lynch:* Mikroskopische Untersuchungen der Faeces. Leipzig, G. Thieme. — *Chevrier*: Luxations traumatiques de la rotule. Paris, G. Steinheil. — *Sencert*: Chirurgie de l'oesophage thoracique et abdominal. Paris, Maloine. — *Tridon:* Élévation congenitale de la hanche. Paris, G. Steinheil. — *D'Halluin:* Résurrection du coeur; la vie du coeur isolé; le massage du coeur. Paris, Vigot frères. — *J. Hutchinson:* The surgical treatment of facial neuralgia. London, Bale, Sons and Danielsson. — *F. W. Burton-Fanning*: The open-air treatment of pulmonary tuberculosis. London, Cassell and Co — *A. E. Maylard:* Abdominal pain: its causes and clinical significance. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Közegészségtan.

Legyek mint a gümőkór terjesztői. Már 1887-ben *Spillman* és *Haushalter* legyek ürülékében gümőbacillusokat találtak, később pedig *Hofmann* gümőkóros köpeten élt legyekben tudta kimutatni a gümőbacillusokat. Legújabban *F. T. Lord* végzett idetartozó kisérleteket. Gümőkóros betegekből származó köpetet tartalmazó üvegbe 30 legyet tett; ezek közül 3 nap alatt 26 elpusztult és a többi 4 is nagyon elgyengült. Hogy azonban nem a gümőbacillusok hatottak rájuk károsan már ily rövid idő alatt, az abból tünik ki, hogy nem gümőkóros betegtől származó köpettel táplálkozott legyek is hasonló rövid idő alatt elpusztultak; minthogy pedig vízzel, czukorral és hússal etetett legyek hasonló viszonyok között tartva életben maradtak, az következtethető, hogy a köpetnek valamely alkatrésze hatott rájuk károsan. A gümőbacillusokat tartalmazó köpettel élt legyek metszetein csak a bélben voltak gümőbacillusok találhatók. Az üvegbe helyezett fedőlemezeken lerakott légyürülék vizsgálata arra az eredményre vezetett, hogy az ürülék már 18 óra mulva tartalmazott gümőbacillusokat, még pedig látóterenként átlag 150 gümőbacillus volt, noha magából a köpetből készült praeparatumokban látóterenként átlag csak 10 volt. A gümőbacillusok tehát a légy belciben elszaporodtak. Minden egyes légyürülék 3000—5000 gümőbacillust tartalmazott; minthogy pedig 2000 légyürülék volt megolvasható, a 30 légy 3 nap alatt 6—10 millió bacillust ürített. Ezek a bacillusok még 15 nap után is tengerimalaczokra való átoltás útján virulenseknek bizonyultak. A legyek tehát, különösen ürülékűknek tápszerekre rakása útján, szerepet játszhatnak a gümőkór terjesztésében, annyival is inkább, mert belükben a gümőbacillusok tetemesen elszaporodnak és mert — a mint azt Lord is tapasztalta — előszeretettel táplálkoznak köpettel. A tüdőgümőkóros betegek köpetével való helyes elbánás tehát a gümőkórnak a legyek útján való terjesztése szempontjából is fontos. (Boston medical and surgical journal, 1904. deczember 15.)

Általános kór- és gyógytan.

A fémfermentekről közöl érdekes czikket *Robin*, párisi kórházi főorvos. A fémfermentek, más szóval colloidalis állapotban levő fémek, ugyanolyan katalytikus hatást fejtenek ki, mint az enzymek, vagyis képesek bizonyos reactiókat megindítani, a nélkül, hogy maguk végyileg részt vennének a reactioban; ennek megfelelően tehát nagyon kis mennyiségeikkel nagyon nagy hatásokat érhetni el.

Bredig volt az első, a ki ilyen fémfermetumokat előállított, még pedig úgy, hogy destillált vizben levő fémeken mint elektrodokon át (platin, arany, palladium, ezüst stb.) villamáramot vezetett át; ilyenkor a használt fém valóságos vizes oldata keletkezett, a mely oldat fermenthatásúnak bizonyult. A különböző fémek ilyen oldatai különböző szinüek, így az aranyoldat ibolyaszinű. Az oldatok köbcentimeterenként legfeljebb $^1/_{10}$ milligramm fémet tartalmaznak, sőt némely fémből még ilyen töménységű oldatot sem lehet előállítani.

A fémfermentek különben vegyi úton is előállithatók úgy, hogy valamely fémsót colloid anyag jelenlétében valamely alkalival praecipitálunk. A Robin kisérleteihez főképen használt mangan-oldat ilyen módon állittatott elő. A vegyi úton előállított fémfermentek általában erősebb szineződésüek, noha sokkal kevesebb fémet tartalmaznak.

Az oldatokból állás közben elég hamar fémrészecskék kezdenek kiválni, úgy hogy az oldatok néhány hét alatt hatástalanokká válnak. Még megjegyezzük, hogy Robin a villamos úton előállított oldatokat „solutions colloidales de métaux“, a vegyileg előállítottakat pedig „oxydases métalliques artificielles“ elnevezéssel illeti.

A fémfermentumoknak már nagyon kis mennyisége elegendő az oxygenes víz decomponálására, a guajak-tinctura megfestésére, hydrochinonnak chinonná átalakitására stb.; aktiválják az alkohol átalakulását eczetsavvá, czukrot invertálnak stb. A tulajdonképeni enzymekkel való rokonságukat az is bizonyítja, hogy ugyanazon anyagok, melyek az enzymek hatását elősegitik vagy hátráltatják, a fémfermentek hatását is teljesen azonosan befolyásolják.

Állatba 5—20 köbcentimeter fémoldatot subcutan befecskendezve, semmi különös hatás nem észlelhető. Ugyanigy van ez emberben is. A szervezet a befecskendést jól tűri, legfeljebb a vegyi úton előállított fémfermentumok használatakor mutatkozik eléggé kifejezett helyi izgató hatás a szabad alkali-tartalom által feltételezve; ezt különben az előállítás módjának megjavításával ki lehet majd küszöbölni.

A szervezetre gyakorolt hatás csak a vér és vizelet vizsgálata alapján derül ki. A vérben a vörösvérsejtek száma megszaporodik, a fehérvérsejteké csökken, főleg a polynuclearis leukocytáké, mig a makrophagok szaporodnak. A vizelet pedig a fokozódott oxydatio és a fokozódott anyagcsere létesitette változásokat tünteti fel.

Robin főleg pneumonia crouposa eseteiben tett eddig kisérleteket fémfermentekkel. 5 köbcentimeter palladium- vagy mangan-oldat bejuttatása esetén már a 4. naptól kezdve csökkent a láz és az 5—7. napon megszünt; a subjectiv javulás főleg az úgynevezett hypertoxikus alakoknál volt feltünő. Fémferment használata esetén az a reactio, a mely kedvezően lefolyó pneumonia eseteiben is észlelhető, s a melyből a szervezetben végbemenő oxydatiós folyamatok tetemes fokozódására lehet következtetni (csúcsos pohárban a vizelethez légenysavat adva, hugyanynitratból álló kristályos üledék képződése), már 4 óra mulva jelentkezik és csak 15—20 óra mulva szünik meg teljesen, hogy fémferment újbóli használata után ismét kifejezetten megjelenjék.

A fémfermentumokkal való további kisérletezéstől még sok érdekes eredményt várhatni és nincs kizárva a lehetősége annak, hogy a fémfermentekben a fertőző betegségek gyógyitása szempontjából nagyon hatékony segédeszközt fogunk nyerni. (Bulletin général de thérapeutique, 1905, 149. kötet, 2. füzet.)

A typhus-immunitás keletkezéséről irott czikkében *Jürgens* egy esetet ismertet, melyben súlyos typhus átállása után 56 nappal újbóli súlyos typhusos megbetegedés következett be, daczára annak, hogy az illetőnél agglutininek és bactericid anyagok olyan mennyiségben voltak jelen, a milyen mennyiségben typhus után normálisan jelen szoktak lenni. Ez az eset tehát ellene szól annak a nézetnek, a mely szerint a typhus-immunitás agglutininek és bactericid anyagok képződése folytán áll elő, és arra utal, hogy az immunitás keletkezésében az agglutininek és bactericid anyagok képződésén kivül még más, individualis okok is szerepet játszanak. A czikkből még megemlítjük azon érdekes kijelentést, hogy az újabb vizsgálatok szerint (lásd *Frosch* czikkét a „Festschrift für R. Koch“-ban) a betegségtünetek nélkül lefolyó typhus-*infectiók* száma a typhus-*megbetegedések* számát 4—6-szorosan felülmulja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám.)

Sebészet.

Pangásos vérbőséggel való kezelésről tartott *Tillmanns* tanár a lipcsei gyermekklinikán előadást. Hogy ezen újabban Bier által alkalmazott gyógykezelési módszert nagyobb figyelemre eddig nem méltatták, annak oka, hogy alkalmazásának módja nagy gondosságot igényel, s hogy téves alkalmazás következtében vagy nem értek el vele eredményt, vagy épen nem megfelelőt. Szerinte a vérbőség alkalmazásának a gyógyászatban nagy jövője van.

A Bier-féle pangásos vérbőség előidézésének technikája a következő: azon hely felett, melyet hyperaemizálni akarunk, néhány tour átszőtt gummi-pólyát vezetünk vékony vattaréteg fölé, úgy hogy csak a venák nyomassanak össze. A pólya végét biztosító-tűvel erősitjük meg. Természetesen különböző fokú pangásos vérbőséget tudunk előidézni, a szerint, a mint a pólyát lazábban vagy szorosabban alkalmazzuk. De minden fokánál a pangásos vérbőségnek a vér egy része a csonton, nevezetesen a velőüregen folyik át, miből következik, hogy a csontot is egészen a csontvelőig hyperaemizálni tudjuk. A pangásos vérbőség előidézésénél lényeges, hogy fájdalmat vagy szövetközti vérzést ne okozzon; igy elkerülhetjük mindazon complicatiókat, melyek alkalmazásával járhatnak.

Activ hyperaemiát már Junod létesitett 1834-ben egy általa szerkesztett szivó-készülékkel, ez azonban feledésbe ment, s most Bier felelevenitette. A Bier-féle szivó-készülék üveghengerből áll, mely a centralis részen oly gummigyűrűvel van ellátva, mely a ráillesztésnél tetszés szerint megszoritható, s ezzel pangásos vérbőséget idéz elő. Activ vérbőség előidézésére az üveghenger és azon testrész között levő levegőt, melyre alkalmazta, kiszivattyúzza egy szivókészülék segélyével.

Természetes, hogy úgy az activ, mint a passiv hyperaemia gyógyitás czéljából való alkalmazása legnagyobb részben a végtagokra szoritkozik. A pangásos hyperaemia a nyirok elválasztását és áramlását tetemesen fokozza. Általános hatása a pangásos vérbőségnek fájdalomcsillapitó, bakteriumölő és bakteriumgyengitő, a gummipólya levétele után a felszivódást elősegitő, oldó, különösen a csontok regeneratioját fokozó (csonttöréseknél callusképző, nekrosisnál csontládaképző), fedőhám-, köröm- és hajnövesztő.

Bier szerint az orvosi gyakorlatban a következő betegségekben alkalmazható sikerrel a venosus hyperaemia: Az izületek tuberculosisában, mikor is legalkalmasabb naponként egy óra hosszat alkalmazni a gummipólyát a beteg izület feletti részen. Fájdalmaknak és paraesthesiáknak jelentkezni nem szabad, s azért ilyenkor a pólya azonnal eltávolitandó. Ha a beteg izületben vagy a körül genyedés állna be, a tályogot megnyitja, s a pangásos kezelést pár napra beszünteti.

Nem alkalmasak e pangásos kezelésre azon izületi gümőkórcsetek, melyekben már az amputatio javalt.

Heveny és félheveny izületi gyuladások közül izületi gonorrhoea eseteiben alkalmazható a pangásos vérbőség fájdalomcsillapitásra, mikor is a pólyát naponként 1—2 óra hosszat tartjuk a beteg végtagon. A pólya eltávolitása után a beteg végtaggal óvatosan activ és passiv mozgást végeztetünk.

A kankós betegek izületeinek egyszerű hydropsa, vagy nagyfokú genyedéssel járó izületgyuladás pangásos kezelésre nem alkalmas.

Heveny rheumás izületi gyuladásnál fájdalomcsillapitó. Minden nem gonorrhoeás heveny izületi gyuladásnál óvatosan megkisérelhető a venosus pangás, az utókezelésben pedig, ha fájdalom és mozgási zavarok még vannak, mindig czélszerűen alkalmazható. Igen alkalmasak még e kezelésre az idült izületi merevségek.

Minden olyan esetben, hol nagyfokú felszivódást akarunk elérni, activ hyperaemia létesitése javalt. Lágyrészek heveny gyuladásánál (erysipelas, phlegmone) a venosus pangás inkább árt, mint használ. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 4. szám)

Kiss Vilmos dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tejelválasztás megszüntetésére már 15 év előtt ajánlotta volt Ryan-Tennison az antipyrint. Nemrégiben *Cheinisse* közölt egy esetet, melyben a szop atás beszüntetése után 26 hónapon át fennállott és már veszedelmes mérveket öltött denutritiohoz vezetett tejelválasztás antipyrin használata után (naponként 3-szor $^1/_2$—$^1/_2$ gramm) gyorsan megszünt. Egy hasonló esetet legújabban *Boshouwers* is közölt. (La sem. médicale, 1905. 1. szám.)

Alszárfekélyek, valamint általában fekélyek és sebek kezelésére régebben kiterjedten használták a peru-balzsamot. A már feledésbe ment eljárást néhány év előtt felelevenitette van Stockum, később Burger, legújabban pedig *Petretto*, valamint *Hoffer* közlik kedvező tapasztalataikat, melyeket torpid alszárfekélyek kezelésében argentum nitricumot tartalmazó peru-balzsammal elértek: Rp. Argenti nitrici 0·30; Balsami peruviani 6·0; Unguenti simplicis 90·0. (Ref. La semaine médicale, 1905. 1. sz.)

Tüdőgümőkórosak éjjeli izzadása *Ulrici* szerint nagyon gyakran megszünik veronal használata után. Este veendő be 0·3 gramm. A szer hónapokon át adható, a nélkül, hogy a betegek megszoknák; kellemetlen mellék- vagy utóhatások nem jelentkeznek. (Therapeutische Monatshefte, 1904. 12. füzet.)

Scarlatina-nephritis ellen prophylacticum gyanánt már Widowitz ajánlotta volt az urotropint. Ujabban Grawitz tanár osztályán *Patschkowski* használta az urotropint feltünő jó eredménynyel. Az adag gyermekek számára 0·25 gramm, felnőttek számára pedig 0·5 gramm 3-szor naponként, még pedig 10—21 napon keresztül egyfolytában, vagy pedig 4 napos szakaszokban 4 napos szünetekkel, összesen 3 szakaszban. (Therapeutische Monatshefte, 1904. 12. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1905. 1. füzet. *Fenyvessy Béla:* A phenol kénsavas synthesisének feltételeiről és a glykuronsavas synthesishez való viszonyáról. *Guszmann József:* Kisérletes vizsgálatok bőrrészek implantatiójával. *Ráthonyi Reusz Frigyes:* Adatok a galambkisagyvelő boncztanának és élettanának ismeretéhez. *Tezner Ernő:* A nyál összetételének változása élettani körülmények között. *Bence Gyula:* Klinikai tanulmányok a vér viscositásáról. *Bodon Károly:* Adatok a transsudatumok és exsudatumok molekulás concentratiós viszonyainak ismeretéhez.

Klinikai füzetek, 1905. 2. füzet. *Siklóssy Gyula:* A szürke hályog az általános orvosi gyakorlatban. *Deutsch Ernő:* Az átöröklődésről.

Gyógyászat, 1905. 9. szám. *Temesváry Rezső:* Az abortusról. *Fejér Gyula:* Az eumydrinről mint pupillatágitó szerről. *Borbély Samu:* Az átfúró hassebekről.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 8. szám. *Pólya Jenő Sándor:* Mesenterialis chylus-cysta. *Vértes Oszkár:* Az endometritis az általános gyakorlatban. *Rosenberger Alajos:* Haematoma vulvae mint szülési akadály. *Tauffer Jenő:* Kimutatás a temesvári „Fehér Kereszt" gyermekvédő egyesület szülészeti és nőgyógyászati osztályának 1904. évi forgalmáról.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 9. szám. *Schwarcz:* Myelaemia diabetessel és miliaris gümőkórral. *Fellner:* A terhességben operálás kérdése. *Kuzmann:* Érzéketlenités új módja. *Martell:* A gümőkór kora szakának kezelése calomellel.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 8. szám. *Sachsalber:* A pinguecula és a pterygium aetiologiája. *Raimann:* Indukált téboly. *Herz:* A leukaemia kezelése Röntgen-fénynyel. *Feiler:* Plessimeter finom hangdifferentiák felismerésére.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 9. szám. *Röhmann:* Az isoform és viselkedése az állati szervezetben. *Prausnitz:* A szénaláz mérge és specifikus ellenmérge. *Mann:* A Neumann-féle orcin-reactio használhatósága czukor kimutatására a vizeletben. *Mahne:* Bismuthmérgezés. *Joachimsthal:* Veleszületett csipőizületi ficzamodások vértelen helyreigazításának tartós eredményei. *Sacerdotti:* A vörös vérsejtek festése methylen-azurral.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 8. szám. *Rotter:* A heveny epityphlitis műtevése az első 48 órában. *Sarwey:* A nő facultativ sterilizálásának javalatai és módszerei. *Müller:* Kevert narcosisok. *Croce:* Gyomor- és duodenum-átfúródás néhány esete. *Pólya:* Thrombophlebitis mesaraica mint az appendicitis végzetes szövődménye. *Block:* A gonorrhoea abortiv kezelése Blaschko szerint. *Sommer:* Fénytünemények az emberi bőrnek izzólámpákkal dörzsölése után. *Schlee:* Vérzéscsillapitás parenchymatosus szervekben forrólégzuhanynyal.

Zeitschrift für Heilkunde, 1905. 1. füzet. *Reitmann:* 1. Adatok a pankreas kórtanához. 2. Elsődleges szivbillentyűdaganat esete. *Reichel:* Scarlatinás veselob.

Archiv für klinische Chirurgie, 75. kötet, 1. füzet. *Bockenheimer:* A scapula teljes kiirtása, csontregeneratio és későbbi functio. *Payr:* A pylorus és a bél egyidejű stenosisa. *Amberger:* Genyes adnex-megbetegedések műtevése ventralis laparotomiával. *Kionka* és *Kroenig:* Kevert narkosisok a gőzconcentratio pontos adagolásával. *Suter:* A tetanus serumkezelése. *Klapp:* Kisérletes tanulmányok a lumbalanaesthesiáról. *Burmeister:* Szivódrainage pankreascysta esetében. *Fantius:* Adat a húgy- és epekövek tanához.

La semaine médicale, 1905. 8. szám. *Raymond* és *Guillain:* Appendicitis kapcsán fejlődő felszálló neuritis.

The lancet, 1905. I. 7. szám. *G. H. Savage:* Functionális elmezavarok. *E. Hobhouse:* A sclerosis polyinsularis korai tünetei. *J. L. Bunch:* A herpes tonsurans kezelése Sabourand módszere szerint. *Reginald Harrison:* Prostatikus álúttal szövődött húgycsőstricturák. *A. Fullerton:* Colles-féle fractura. *T. C. Litler Jones:* Pancreatitis haemorrhagica acuta műtét után gyógyult esete. *R. W. Brimacombe:* A seborrhoea és psoriasis histopathologiája. *A. R. Spencer:* Scarlatina utáni endo- és pericarditis kezelése antistreptococcus-serummal. *F. Romer:* Traumás lumbago. *J. Licingstone London:* A hymen vizsgálatának módja törvényszéki esetekben. *W. Grram Stone:* Aphasia hereditaria esete. *Harold Burrows:* Hassérülések a gyermekkorban.

British medical journal, 1905. február 11. *H. T. Butlin:* Műtevésmód a nyelv rosszindulatú betegségeiben. *G. Mann:* A thalamus. *F. R. Rost:* A lepra kór- és gyógytana. *A. Bowlby* és *F. W. Andrewes:* Sclavo-féle serummal kezelt anthrax. *W. D. Spanton:* Ergophobia. *Ch. W. Buckley:* A phenolphtalein hatása. *R. H. Paramore:* Csökevényes méh. *H. Snow:* Epithelioma a lágy szájpadon. *Rushton Parker:* Pyloroplastica és gastroenterostomia idült gyomorfekély esetében.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. márczius 3.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 6. hetében (1905. február 5-től február 11.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 401 gyermek, elhalt 330 egyén, a születések tehát 110-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 24·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·5, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 8, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 7, convulsiones 6, paralysis progress. 7, tabes dorsalis 2, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 8, morbi org. cordi. 12, morbi myocardii 9, vit. valvularum 3, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 11, pneumonia 29, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 65, emphysema pulm. 8, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 15, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 7, alia neoplasmata 2, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 3, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 3, scarlatina 2, pertussis 1, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 4, febris puerperalis 2, lues congenita 3, erysipelas 0, pyaema, sepsis 2, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 7, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 3. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3681 beteg, szaporodás 930, csökkenés 844, maradt e hét végén 3701 beteg. *b*) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 152 (130), vörheny 64 (55), álh. gége- és roncsoló toroklob 34 (39), hökhurut 17 (11), gyermekágyi láz 3 (1), hasi hagymáz 4 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 26 (19), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (1), trachoma 3 (6), leptene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Az országos közegészségi tanács** rendkivüli tagjává a belügyministerium vezetésével megbizott miniszterelnök *Czirfusz Dezső* dr. királyi tanácsost, stoószi és san-remoi fürdőorvost, *Kovács Sebestyén Endre* dr. királyi tanácsost, Hontmegye tiszti főorvosát, *Süssmann Henrik* dr.-t, Szebenmegye tiszti főorvosát, *Hegedüs János* dr. szabadságolt állományú honvédfőtörzsorvost, székesfővárosi gyakorló orvost és *Jármay Gyula* dr.-t budapesti gyógyszerészt hat év tartamára újra kinevezte.

< **A „Szent Erzsébet" apáczarend női kórházának** *Vladár Márton László* dr. kórházi főorvos tollából most megjelent kimutatása szerint az említett kórházban 1904-ben összesen 594 beteg ápoltatott, kik közül 357 távozott gyógyulva, 59 pedig javulva.

∧ **A tisztiorvosi vizsgálatok** Budapesten az idén április hó 9-dikén fognak megkezdődni.

∧ **A budapesti orvosok szövetségének** február 24-dikén tartott tisztújító közgyülésén a tisztikar következőkép alakult meg: Elnök egyhangúlag *Babarczi Schwartzer Ottó* lett. Alelnökökké: *Adler Zsigmond, Elischer Gyula*, főtitkárrá: *Eisler Hugó*, titkárrá: *Walkó Rezső*, jegyzővé: *Donogány Zakariás*, pénztárossá: *Schuschny Henrik*, gazdává: *Glass Izor* választattak meg. A választmányba a következő kartársak jutottak: *Ángyán Béla, Barsi Jenő, Beretzky Endre, Bán Sándor, Bókay Árpád, Csillag Jakab, Ertl Géza, Erdélyi Jakab, Flesch Nándor, Fischer Aladár, Hainiss Géza, Grósz Sándor, Horváth Sándor, Herczel Manó, Imrédy Béla, Körmöczi Zoltán, Lichtmann Samu, Magyarevits Mladen, Mezei Zoltán, Perémy Dezső, Pákozdy Károly, Patay Samu, Reitzer Mór, Rózsavölgyi Mór, Rotbart József, Szőke István, Turán Bódog* és *Wein Manó*. Pénztárvizsgálók: *Mándoki, Jurkiny* és *Szalai*.

∨ **A német természetvizsgálók és orvosok 77. összejövetele** szeptember 23-dikától 30-dikáig lesz Meranban.

∠ **A 8. franczia belgyógyászati congressust** szeptember 27-diktől 29 dikéig Lüttichben tartják. Előadásra a következő tárgyak vannak kitüzve: 1. Az idült csúz klinikai alakjai. 2. Chlorszegény diaeta. 3. A pankreas-valadékok kórtani jelentősége. 4. Ankylostomiasis.

× **Külföldi egyetemi hirek.** *Braun* tübingeni magántanár az elméleti sebészet előadásával bizatott meg. *Ponfick* breslaui kórboncztantanár a bonni egyetemre történt meghivását visszautasitotta; utána *Ribbert* göttingeni tanárt hivták meg, a ki a meghivást elfogadta. *Askanazy* königsbergi tanárt a genfi kórboncztani tanszékre hivták meg.

╳ **A nemi betegségek leküzdésére alakult német társaság** márczius 17-dikén és 18-dikán tartja második congressusát Münchenben. Napirendre a következő kérdéseket tüzték ki: 1. Orvosi titoktartás és nemi betegségek. 2. Bordélyok és bordélyos utczák. 3. Nemi betegségek megelőzésére szolgáló szerek hirdetése.

+ **A szt. Lukács-fürdőben** 1905. január 1-jétől február 24-dikéig összesen 165 egyén lakott.

✳ **Megjelent.** *Csatáry Lajos* dr.: A vasúti egészségügy kézikönyve. Budapest, 1905. Ullmann József.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Pyramidon" czímű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink becses figyelmét ezennel felhivjuk.

Mivel még mindig emelkedik a gümőkóros megbetegedések száma, ajánlatos a figyelmet oly szerre felhivni, mely az orvosnak lehetővé teszi a baj kezdeti stadiumában — apicitisnél — sikeresen beavatkozni; ez a szer az **Aqua ferro-calcea „Terlik"** melynek alkatrészei: ferrum phosphoricum, calciumphosphat, glycerin (hogy eltartható legyen), és egy aromás tinctura (mint izjavító). A mész és vas összetétele oly gyógyszer, melynek hatását gümőkóros esetekben már régóta elismerik. Könnyen emészthető, jó izű, a fogakat nem támadja meg, az étvágyat pedig fokozza.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — 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. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

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

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelése, V., Fürdő-utcza 8. Gyógyitás tárgyát képezik: **Női arczszőrök.** — Szeplők. — Comedo. Acne. Rosacea. — Anyajegyek. (Tűzfoltok.) — Szemölcsök. — Arczráncok. — Az arcz- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegek (a bőr heges bemélyedései). — **Tisztátalan teint** (bőrhámlasztás). — **Hajhullás.** — **Hajfestés** (keleti hajfestékkel). Hajbetegségek stb.

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. Orvosi felügyelet. Prospektus. Telefon 54—20. Igazgató orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. 166. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. (VII. előadás 1905. évi február hó 28-dikán.) 168. l. — Közkórházi orvostársulat. (1904. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.) 168. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1904. évi márczius hó 21-dikén.) 169. l. — III. országos elmeorvosi értekezlet. (II. ülés 1904. október hó 23-dikán délután.) 170. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1904. május 15-dikén tartott XXXVI. közgyülés.) 171. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

Elnök: **Korányi Sándor.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. Szomorú kötelességet teljesít, midőn bejelenti, hogy *Hasenfeld Manó* magántanár f. hó 21-dikén hirtelen elhunyt. Indítványozza, hogy az Orvosegyesület részvétének jegyzőkönyvileg adjon kifejezést. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kövesi Géza, Porosz Mór és Mohr Mihály tagtársakat.

1. **Tuberculum iridis esete.** 2. **Gumma iridis esete.**

Mohr Mihály. Az iristuberculosis ritka megbetegedés. A „Szemészet“ mult évi 2. számában a magyarországi szemészeti rendelésekről és osztályokról, összesen 36 helyről 147,340 betegről szól az 1903. évi jelentés, és ebben iristuberculosis nem közöltetett. A budapesti kir. orvosegyletben a 90-es évek elején néhai Feuer Náthán, majd 1899-ben előadó, 1900-ban Csapodi professor mutatott be ilyen esetet. Előadó praxisában ez a 3-dik eset. Az eset ritkasága, másrészt megjelenési módja indokolttá teszi az eset demonstrálását.

I. S., 4 éves, ref., napszámos fia 1905. február 20-dikán vétetett fel a Bródy Adél-gyermekkórház szembeteg-osztályára. Három hete vették észre szülői, hogy a bal szeme vörösödik. Felvételkor: a bal szemrés valami csekélységgel szűkebb mint a jobb. Szemhéji és szemtekei kötőhártya mérsékelten belövelt, szarúhártya körül kisfokú ciliáris injectio, mely kivül alul fél millimeternyire a szarúhártya parenchymájába is folytatódik. Elülső csarnok mély; kivül alul az elülső csarnokban az irisből kiinduló borsnagyságú, sárgásszürke, a cornea hátsó felülete által laposra nyomott terimenagyobbodás, a melynek széli részein finom ereződés kapaszkodik fel a terimenagyobbodás elülső felületére. Ezen terimenagyobbodásról szürke fonál húzódik le- és befelé az iris elülső felületéhez, a melyen alul egy tűszúrásnyi és egy fél mákszemnyi sárga göb foglal helyet. Az irisnek azon része, a melyen a daganat helyet foglal és a vele ki- és felfelé, valamint be- és lefelé határos rész scopolaminra nem tágul, színében kissé elváltozott, rajta itt-ott újonnan képződött finom edények vannak. Pupilla területe fekete, fénytörő közegek tiszták, szemfenék ép. A gyermek lát.

Ezen kórkép diagnosisának megállapításánál álképletekre vagy a lobos eredetű képződményekre kell gondolnunk. Az irisben előforduló daganatok közül leggyakoriabbak a cysták, melanomák, sarcomák, tuberculumok és gummák. A cysta ellen szól a terimenagyobbodás alakja és színe, mert ez rendesen palaszürke és azon körülmény, hogy trauma nem mutatható ki. Tudvalevőleg cysták perforáló szarúhártyasebek után állanak elő. Melanoma ellen szól a daganat színe, mert a melanoma fekete. A sarcoma is rendesen festenyzett, azonban előfordulhatnak leukosarcomák és tényleg ezeknek elkülönítése okoz legtöbb nehézséget. Még sarcoma mellett szól a daganat erezettsége is, azonban ellene szól a gyermek kora, mert a sarcoma, valamint a gumma is a 20-dik életéven túl lép fel. Gumma ellen szól a színe, továbbá általános lueses tünetek hiánya, a mint azt Beck és Schein megállapították. De tuberculosisnak primaer gócza sem mutatható ki (Grósz Gyula). De végre is tuberculum iridisnek kell az esetet tartani.

Hogy a különbség tuberculum és gumma iridis között feltünőbb legyen, előadó itt *egy gumma iridis* esetet is bemutat.

S. M., 22 éves, szerelő, 1905 febr. 24-dikén jelentkezett az általános munkásbetegsegélyző-pénztár ambulatoriumában. Jobb szeme 8 nap óta fáj. Jobb szemrés kevésbbé nyilik. Nyitáskor bő könnyezés. Szemhéji és szemtekei kötőhártya mérsékelten belövelt. A szarúhártya körül széles ciliáris injectio. Szarúhártya átlátszó, felülete sima. Elülső csarnok mély, az irisen belül alul féllencsényi, sötét sárgavörös, kissé elmosódott határú terimenagyobbodás, melyre edények vonulnak. Hasonló, csak sokkal kisebb, laposabb, sötét sárgásvörös foltocska a szivárványhártyán, melynek szine szintén sötét rozsdabarna és melynek rajzolata elmosódott. Pupilla egyenetlenül tág a hátsó synechiák miatt. Pupilla területében csekély izzadmány, mely miatt a látás borús.

A szem állapota azonnal a gumma iridis gyanúját keltette fel, melyet az anamnesis teljesen megerősitett. Ugyanis a beteg 1904. deczember 1-jén jelentkezett Schein kartársnál, a kinek akkori diagnosisa volt: lues papulosa, leukoderma nuchae, lymphadenitis universalis; míg a tegnapi status volt: kis papulás syphilid, periostitis luetica tibiae l. d.

Vajjon mi a teendő a tuberculum esetében? Előbb, míg a tuberculum solitaernak látszott, iridectomiával eltávolítását tervezte, de mióta észrevette, hogy két göb egyebütt is van, ettől elállott. Talán a tuberculint meg lehetne próbálni, melyet újabban Hippel Göttingában ajánl. Mindenesetre mielőtt a látó szemnek enucleatiójához fognának, meg fogják kisérelni kellő óvatossággal ezen eljárást.

Az eseteket a Czapsky-Zeiss-féle binoculáris corneális mikroskoppal is demonstrálja.

Vermes Lajos: 5 évvel ezelőtt hasonló esetet volt alkalma megfigyelhetni, a hol egy 3 éves gyermeknél a csarnok egy harmadát kitöltő tuberculum iridis volt jelen, a mely a cornea hátlapjához egészen odafeküdt.

A beteget operálta is és pedig olyképen, hogy a lándzsametszést a corneo-sclerális határon végezte a tuberculum oldalán és azután ollóval tágította a sebet, a tuberculum és a cornea közt előrehatolván. Igy a tuberculumot sikerült a szemből a seben keresztül kiemelni és a lepraeparálás a seben kivül történt. Még pár hetig megfigyelhette az esetet és a sebgyógyulás zavartalan voltát, de a gyermek rövidesen vörhenyt kapott és elhalt. A tuberculumban specifikus bacillus volt kimutatható.

Röntgen-fénynyel kezelt leukaemia myeloidea.

Kövesi Géza: A legutóbbi évben megjelent számos közlemény a leukaemia és rokonmegbetegedések kezeléséről Röntgen-fény segitségével inditották őket arra, hogy az I. sz. belgyógyászati klinikán ily irányú vizsgálatokat végezzenek, melyeknek eredményéről bátorkodik a tisztelt Orvosegyesületnek beszámolni.

A bemutatandó beteg kőrelőzményi adataiból megemlitendő, hogy mult év április havában a gyomorgödörben körülbelül diónagyságú daganatot vett észre, mely fokozatosan oly mértékben növekedett, hogy az őszi hónapokban a hasnak bal felét kitöltötte. Ezen idő alatt erősen lesoványodott és elgyengült. 1904. deczember 15-dikén vétetett fel a kórodára.

Felvételkor a has bal felét teljesen kitöltő, a medenczébe benyúló lépdaganat állapitható meg, mely a középvonalat is több cm.-rel meghaladja; méretei: szélességi átmérője 35 cm., magassága 17 cm. Meg-nagyobbodott mirigyek nincsenek.

A vérvizsgálat eredménye a következő volt: a vörös vérsejtek száma 1.300,000, fehéreké 503,000. Arány 1 : 2·5. Haemoglobintartalom 25 %.

Vér szövettani képe:		1 mm³-ban
Polynucleáris neutrophil leukocyta	46·8 %	235,404
Myelocyta	29·6 „	148,888
Lymphocyta	0·4 „	2,012
Hízó-sejt	4·0 „	20,120
Eosinophil-sejt	5·2 „	26,156
Mononucleáris leukocyta	14·0 „	70,420

Igen szembeszökő a fehér vérsejtek nagyfokú szaporulata, mely a leukaemia fennállását kétségtelenné teszi. Jelentékeny a vörös vérsejtek számának csökkenése is. A vér szövettani képében a polynucleáris leukocyták túlnyomó volta és a jelentékeny számú myelocyták a leukaemia myeloid alakjának bizonyitékai.

A röntgenezés technikájára vonatkozólag megjegyzi, hogy a sugároztatást 30 cm.-nyi magasságból végezték, kezdetben a lépet 5 perczig, továbbá a szegycsontot és a két czombcsontot együtt szintén 5 perczig exponálták, majd fokozták az expositio idejét 15, majd 20 perczre. Az illető bőrfelületet vékony staniollemezzel fedtek be a korai dermatitis elkerülésére, míg a környező bőrterületet és az arczot ólomlemezzel védték. Összesen 1½ hónapi klinikai tartózkodás alatt 30 sugároztatást alkalmaztak, mivel egy ideig igen heves laryngitis haemorrhagica miatt a kezelést félbe kellett szakitani.

A beállott javulás igen feltünő. Első sorban is a lépnek tetemes visszafejlődése volt megállapitható. Méretei: harántirányban 19, magasságban 10 cm. A beteg testsúlya a kezelés folyamán 4 kgm.-mal gyarapodott. A vérlelet megváltozását a következő összeállitás tünteti fel:

Vörös vérsejtek száma 4.020,000, fehér vérsejtek száma 56,000. Arány 1 : 72. Haemoglobintartalom 75 %.

A különböző leukocyta-alakok egymáshoz való viszonya a következő volt:

		1 mm³-ban
Polynucleáris neutrophil leukocyta	62 %	34,720
Myelocyta	23 „	12,880
Lymphocyta	6 „	3,360
Hízósejt	2 „	1,120
Eosinophil-sejt	4 „	2,240
Mononucleáris leukocyta	3 „	1,620

Legfeltünőbb a fehér vérsejtek számának nagymérvű csökkenése. Ezzel szemben igen fontos jelenség a vörös vérsejteknek tetemes szaporulata és ezzel arányban a haemoglobintartalom jelentékeny emelkedése. A vér szövettani képében a változás már nem oly szembeszökő. A vérkép myelocytikus jellege, habár kisebb fokban, de mindenesetre kifejezett. Sajátos körülmény a lymphocyták némi megszaporodása.

Mindenesetre, ha nem is szólhatunk a leukaemia gyógyulásáról, a leukaemiás jelenségek visszafejlődése igen jelentékeny, a mi egy oly bántalomnál, a melynél úgyszólván minden eddigi gyógytörekvés kudarczot vallott, igen számottevő siker. Hogy vajjon a Röntgen-kezelés folytatásával a leukaemiás jelenségeknek még további visszafejlődése elérhető-e, mindenesetre kérdéses. A mi a további lefolyást illeti, az eddigi észleletek tulnyomóan azt látszanak mutatni, hogy a kezelés megszakitása után csakhamar a leukoblastikus szövet hyperfunctioja újból előáll, sőt talán ezen recidivák intensivebbek. A Röntgen-kezelés folyamán az a kérdés is előtérbe jut, hogy vajjon meddig folytatandó s hogy vajjon káros következményt nem fejt-e ki, eltekintve természe-

tesen a dermatitisektől. Az eddigi észleletek között vannak esetek felsorolva, főleg lymphaemiáknál, a melyekben a leukocyták számának jelentékeny csökkenésével lépést tartott a vörös vérsejteknek megfogyása is és a vér szövettani képe az aplasiás anaemiáknál észlelt vérleletnek felelt meg. Úgy vélné, hogy némi támpontokat szolgáltatna ebben az irányban a vörös vérsejtek számának gondos ellenőrizése: az oly esetben, mint a jelenleg bemutatott, a melyben a vörös vérsejtek szaporulata mutatkozott a kezelés folyamán, a röntgenezés káros hatásától nem kell tartanunk. A midőn azonban a fehér vérsejtek megfogyása mellett a vörös vérsejtek csökkenése is mutatkozik, azaz a csontvelő erythroblastikus szövetének hypofunctioja is előtérbe lép, ily esetben a kezelés nem folytatható tovább. A Röntgen-kezelés hatásmódjának magyarázatára leukaemiás elváltozásoknál mindeddig csekély számú adattal rendelkeziink. Grawitz felfogását, hogy a röntgenezés alatt a keringő leukocyták pusztittatnának el, misem támogatja, mivel a leukocyták resistentiájának csökkenése hyper- és hypotoniás sóoldatokkal szemben nem tekinthető bizonyitéknak. Az infectio- avagy enzymelméleteken alapuló magyarázat tarthatlansága pedig nyilvánvaló. Egyedüli megbizható kisérleti adat Heineke vizsgálata, kinek észlelete szerint állatoknál a lymphoid-szövet gyors szétesése mutatkozott a Röntgenfény behatása alatt, mely eredmény azt látszik igazolni, hogy a Röntgen-sugarak elective hatást fejtenek ki a lymphoid szövetekre, mely leukaemiánál fokozottabb mértékben érvényesül, minthogy a leukaemiás hyperplasiás szövetek egyébként is gyors szétesésre hajlamosak.

Huber Alfréd: Minthogy ma már egészen kétségtelen, hogy a Röntgen-sugarak nemcsak a bőrre, hanem a belső szervekre is fejthetnek ki kedvező hatást, de különösen azért, mivel e kedvező hatás esetleg káros hatássá is átváltozhatik, elengedhetlenül szükségesnek tartja, hogy a röntgenezés *gyakorlati kivitelének módját* is jobban praecisirozzuk. Az tény, hogy a Röntgen-sugarak a ††-el megjelölt gyógyszerek közé tartoznak, ezért a velük való bánást csakis szakavatott, jól iskolázott és a kezelésért felelősségre is vonható egyénre szabadna bizni.

Hogy mindezt tehessük, a helyes Röntgen-kezelésre nézve szabályokat kellene felállitani. Ilyen szabály — bár többnyire szerteszét szórva — a Röntgen-irodalomban már sok van és csak az kár, hogy azokat sok radiologus még ma is negligálja, pedig csakis ezen szabályok pontos betartása óvhat meg minden kellemetlen incidenstől és adhatja meg a radiologusnak azt a nyugalmat, a mely ily complikált instrumentarium kezeléséné l elengedhetlenül szükséges. E szabályok közül az idő rövidsége miatt csak egy-kettőt emlit. Az egyik vonatkozik a Röntgen-fény adagolására. *Szabálynak kellene tekinteni, hogy radiotherapiát addig is, a míg tökéletesebb műszerrel nem rendelkezünk, a Holzknecht-féle chromoradiometer nélkül nem szabadna használni*; szóló állandóan csakis e műszerrel dolgozik és mondhatja, hogy csak némi gyakorlattal is igen praecisen lehet vele dolgozni; előnye a műszernek, hogy a beteget a túlságos és veszélyes Röntgen-dosisoktól feltétlenül megóvjuk, a gyógyitó dosist pedig elég pontosan dispenzálhatjuk. Természetes, hogy e műszer első sorban arra készült, hogy a bőrt a súlyosabb bántalmazásoktól megóvja; minthogy azonban ma már egészen határozottan tudjuk, hogy a hatékony Röntgen sugarak hatása a távolság négyzetével fordítva arányos, ezért természetes, hogy belső szervek expositiojára nézve is első sorban a bőrre való hatás nagysága lesz mérvadó.

A kezelés kivitelének egyszerűsítésére és tökéletesítésére nézve több körülményt óhajt még hangsúlyozni, a melyek a belső szervek kezelésénél mindenesetre fontosak és tudtával ma még nincsenek ismertetve. Czélszerűnek tartja ugyanis, hogy ott, a hol a szervek mélyebben fekszenek a bőr alatt, az ismeretes *Albers-Schönberg*-féle „Compressionsblende" mintájára készült apparatussal dolgozzunk, hogy a focus—szerv distantiát esetleg csökkenthessük, de ennél még fontosabb okból ajánlaná az emlitett műszer alkalmazását és ez az, hogy csakis diaphragma használatával tudjuk a fényt igazán *csakis* oda vinni, a hova akarjuk: ez pedig belső szervek kezelésénél igen fontos dolog.

Heineke legújabb vizsgálataiból tudjuk ugyanis, hogy absolute nem irrelevans a Röntgen-sugár a belső szervekre és igy súlyosabb és eddig kellőleg még nem ismert incidensek elkerülése czéljából mindenesetre fontos, hogy a hatékony gyógyszert (Röntgen-sugarat) lehetőleg egy körülirt helyre localizáljuk.

A kezelés folytán fellépő reactio egyöntetűsége érdekében továbbá fontos szabály volna betartandó a focus—bőr distantia tekintetében; igen beható tanulmányt közölt éppen a legutóbb *Holzknecht* a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen" czimű folyóiratban, a melyből szóló csak annyit tart kiemelendőnek a bemutatott eset kapcsán, hogy körülbelül 15 cm.-nél nagyobb terület *egyetlen* lámpaállásból egyöntetűen nem kezelhető és igy ott, a hol, mint a jelen esetben, 30 cm.-nél is hosszabb a kezelendő szerv legnagyobb átmérője, egyenletes reactiót csakis két vagy esetleg több lámpaállásból kaphatunk.

Két körülményt óhajtana a bemutatás kapcsán különösen kiemelni és ez a következő:

1. Törekedjünk arra, hogy ezentúl a radiotherapiára vonatkozó bemutatásoknál és közleményekben az alkalmazott dosis nagysága (lehetőleg a Holzknecht-féle műszer igénybevételével) a lehető legpraecisebben megjelöltessék.

2. Rendkivül kivánatos volna, hogy ma, a midőn a Röntgen-sugarakat már oly kiterjedten alkalmazzák, veszélyes incidensek elkerülése érdekében pontos szabályok dolgoztatnának ki, a melyek a radiotherapia gyakorlati kivitelénél felelősség terhe mellett pontosan volnának betartandók.

A mi a bemutató által érintett ama kérdést illeti, hogy leukaemiánál a kezelés meddig folytatandó, úgy ennek elbirálásánál sohsem szabad elfelejteni, hogy a Röntgen-sugaraknak cumulativ hatásuk van. Szükségesnek tartaná tehát, hogy hasonló esetekben a kezelés a vérvizsgálat állandó kontrollja mellett történjék és a kezelés, ha a vérvizsgálat csak a legcsekélyebb rosszabbodást is jelzi, épen a cumulativ hatásra való tekintettel azonnal abba volna hagyandó.

Körmöczi Emil: Huber felszólalásával kapcsolatban ő is kiemeli, miszerint a Röntgen-sugarak az eddigi észlelések szerint a szervezetre nem közömbösek, miért is azok használásakor óvatosnak kell lennünk.

A Röntgen-sugarak ugyanis nemcsak a pathologikus szöveteket támadják meg, hanem Heineke állatkisérletei szerint a normális adenoid szövetet is. Ebből egyrészt az következik, hogy a Röntgen-besugárzás nemcsak a leukaemiás betegségnek specifikus szere, hanem alkalmazásba vehető más rokon természetű bajoknál, tehát myelomáknál, chloromáknál, lymphosarcománál stb. Másrészt az is következik, hogy a Röntgen-besugárzás a pathologiás szövet burjánzásának elrombolása mellett a vérképző szervek ép szövetét is megrontja, mi a szervezetre nem lehet közömbös. Igaz ugyan, hogy kisérletileg ez csak fa leukoblastikus szövetre nézve bizonyittatott be, de nyilván áll ez a vérképző szervezet erythroblastikus szövetére is, habár annak bomlása úgy látszik később áll elő. Erre utal például a röntgenezés folytán elhullott állatok lépének, csontvelejének stb. bő pigmenttartalma; erre utal, hogy a röntgenezés az anaemia különböző fajainál megkisértve igen rosszul hatott. A recidivák, melyeket Kövesi is megemlitett, melyek az elroncsolt pathologiás szövet újra burjánzásából erednek, szintén nem egyedül csak a kóros szövetben fordulnak elő, mert ugyancsak állatkisérletek beigazolták, hogy a Röntgen-sugarakkal elroncsolt ép adeniás szövetek is a besugárzás megszüntetése után rohamosan regenerálódnak. Nemcsak a gyors szövetbomlás, de a szétroncsolt szövetnek gyors újra feléledése is közös tulajdonsága tehát úgy a normális, mint a pathologiás szövetnek. Épen ezen recidivák pedig azok, melyek szükségessé teszik a kitartó és huzamos ideig való röntgenezést, és talán épen ezen hosszú időn át és sokszor minden kritika nélkül folytatott röntgenezések az okai annak a marasmusnak és azoknak az aplastikus anaemiáknak, melyek röntgenezés után fejlődtek és melyekben már annyi beteg tönkrement. Mindezek miatt a röntgenezésnél óvatosaknak kell lennünk, hogy a betegnek kárt ne okozzunk.

Kövesi Géza: Kétségtelen, hogy elővigyázati rendszabályok szem előtt tartása szükséges. Klinikájukon ez volt az első eset és tájékozódni akartak; rossz tapasztalataik még nem voltak. Minthogy a vérlelet pontos vizsgálatával ellenőrizték a Röntgen-hatást, chromoradiometer nélkül is volt mértékük arra nézve, meddig menjenek. A Compressionsblende ilyen jelentékeny léptumornál csak kis helyre hatott volna. Staniol-lemezzel védték a lépet, a környező szöveteket pedig ólommal. 30 röntgenezés nem nagy szám, ennél nagyobb számú besugároztatással elért eredményekről számol be az irodalom.

A ductus ejaculatorius és colliculus seminalis boncztana és élettani szerepe.

Porosz Mór: Előadó már ismertette az általa atonia prostataenek nevezett kórképet. Ezt jellegzi a prostata puha, laza, lapos volta. Az ily prostatát a végbélből megvizsgálva, ujjal végigtapintva, az ezt követő vizeletben spermasejteket és mikroskop nélkül is látható kocsonyaszerű törmeléket, sagoszemcséhez hasonló ondóhólyagtartalmat lehet látni. Ez objektiv tünetekhez társulnak az egyéb tünetek. Ilyen az alvási pollutio, később defaecatiós spermatorrhoea, mely azután mictio alkalmával is jelentkezik. Ezzel együtt jár az erectio tökéletlensége, a gyors ejaculatio, a fokozott kéjvágy és a csökkent kéjérzés. Az ejaculatum nem szakaszos részletekben löveltetik, hanem egyszerre kivizelésszerű érzéssel távozik. Egy része vissza is marad a húgycsőben. A vizelés szintén kilövelések nélkül csepegve fejeződik be, a mellett a vizelési inger gyakrabban jelentkezik, mert a hólyag vizelettartóképessége, működési capacitása csökkent. E tünetek P. szerint függetlenek a gerinczagy genitális centrumától. Csak ritka kivétellel okozójuk a centrum bántalma. A velejáró neurastheniát másodlagosnak tartja. Minthogy e tünetek lokális lob, blennorrhoea után is fellépnek, ezért ő e tünetcsoportot prostata-betegségnek tartja. Hogy az atoniás prostata tonusát fokozza, általa construált prostata-elektrodokkal faradikus árammal saját methodusa szerint kezeli a betegeket. Az elért gyógyulás megerősitette őt theoretikus felvételében, ezért most anatomiai bizonyitékokat keresett. Az atonia tüneteinek egy részét az ondóhólyagzáróizom (sphincter spermaticus) gyengüléséből magyarázza. Előadása keretében különféle készitményekkel és szövettani metszetekkel mutatta ki, hogy az általa felvett sphincter spermaticus valóban létezik. A ductus ejaculatorius a prostatán átfúródva a húgycsővel párhuzamosan fut, míg a colliculus seminalist el nem éri. Itt 90°-nyira ívalakban felfelé görbül. E görbült helyen 1—1½ mm.-nyi vastagodást mutat a ductus, a mely sima izomkötegekből szedődik rendbe és a húgycső sima izomsejtkötegeivel, a melyek a prostata sima izomsejtjei, szerves összefüggésben van. A ductus-pár igy két izomgyűrűt mutat, melyeket egy közös nagyobb, sima izomkötegekből álló gyűrű foglal össze. E gyűrűk 3—4 mm.-nyi szélesek. Az utriculus masculinus üregeazonban, a mint a ductus-pár a colliculus felszinéhez közeledik, szétválasztja az egymás mellett fekvő ductus-párt. Ezen utriculust is befoglalja, körülveszi e nagyobb közös gyűrű, úgy hogy a ductus ennek a falához simul, vele összenő és igy sokszor még egy görbületet végezve, nyomtatott S formára szájadzik a húgycsőbe. Tintával injiciált

és cedrusolajban átlátszóvá tett húgycsőrészletekben ez igen szépen látható is. A colliculus seminalis physiologiai szerepe szerinte nem az, hogy megduzzadva a hólyag felé elzárja a húgycsövet, mert abban vérüreget ritkán látott. Legtöbbször ilyenek nem is voltak abban. A metszetekben prostata mirigyszövetet látott, melyben még prostata amyloid testek is voltak nagy számmal. E vizsgálatait több mint 100 prostatán végezte.

Lobmeyer Géza: A musculus circularis spermatocystae elnevezés helyett, mely esetleg pathologikus fogalmak elképzelésére adhat alkalmat, inkább megfelelne s az új baseli nomenclatura intentioival is megegyeznék a musculus sphincter vesiculae seminalis elnevezés.

Porosz Mór: Maga is gondolkozott a dolgon. Nem egyedül a vesicula seminalis záróizma, mert a vas deferens ductusának is záróizma közösen, úgy hogy sphincter vesiculae seminalis et vasis deferentis hosszú név felelne meg neki.

*

Hibaigazítás. Lapunk 9. számában *Terray Pál* hozzászólásában több értelemzavaró hiba volt, melyeket a következőkben igazitunk helyre: A 148. oldalon az 1. hasáb 30. sorában „*vérben*“ helyet „*vizeletben*“ olvasandó; a 41. sorban „*levessel*“ helyett „*leresnek*“ teendő; az 54. sorban „*de maga Strasser is elhagyja már*“ következőképen helyesbítendő: „*Strasser is megengedi, hogy czukorbetegek néha rosszul tűrik a 2—3 liternyi tejet*“; az 56. sorban „*lehet, hogy a zsírok és az aceton közt van valami összefüggés*“ helyett „*tény, hogy a zsírsavak és aceton közt van összefüggés*“ olvasandó; végül a 71. sorban a „*Mohr és Löwy is osztják ezen nézetet*“ mondat helyébe a következő teendő: *Mohr és Löb Noorden klinikáján semmi eredményt sem láttak tőle, t. i. a glykuronsavtól*“.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(VII. előadás 1905. évi február hó 28-dikán.)

A női genitaliák fertőző betegségeiről.

Bäcker József: Előadó hangsúlyozza, hogy a női genitaliák lobos és hurutos betegségeinek többségére nézve a fertőzés bebizonyitott dolog, s ezért a régi, anatomiás alapra támaszkodó beosztás helyett czélszerűbb az aetiologiát venni az osztályozás alapjául.

A fertőzés fő typusai: a gonorrhoea és a puerperalis infectio Előbbi a nyálkahártya, utóbbi a nyirokutak mentén terjed. Mindkettő az egész genitális tractust támadja meg. Ugyanilyan megbetegedés a tuberculosis is.

Vannak azután lokalizált infectiók: a kolpitisek, endometritisek, ú. n. catarrhális alakjai. Nincs azonban kizárva annak a lehetősége sem, hogy kivételes esetekben ezek is ascendáló jelleget öltenek, s okozzák azon adnextumorokat, melyekben saprophyták, bact., coli, diphtheria bacillus stb. találhatók.

Prognosis szempontjából, nem tekintve a sepsis puerperalis súlyos eseteit és a tuberculosist, a női genitaliák lobos betegségei jóindulatúak, ha a beteg megfelelő módon él, kiméli magát.

Acut esetekben legjobb gyógyszere minden lobos betegségnek az absolut nyugalom. Nőgyógyászati kezelés csak a folyamat teljes megnyugvása után kezdhető. Különösen hangsúlyozza előadó, hogy az endometrium mindaddig ne kezeltessék, mig adnextumorok kimutathatók. Ilyen teljesen ascendált fertőző betegségek ellen egyetlen fegyverünk a nagyon nyugodt életmód, fürdőkúrák és forró irrigatiók. Szegény nép-osztálynál szóba jön a műtéti beavatkozás és pedig kétoldali megbetegedésnél a vaginális totális exstirpatio Doyen módszere szerint, mert ez biztosit legjobban a climax praecox zavarai ellen. Befejezésül fejtegeti a társadalom hivatását a lobos betegségek meggátlása terén.

Közkórházi orvostársulat.

(1904. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.)

Elnök: **Axmann Béla**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Hirschler Ágoston és Körmöczi Emil tagtársakat.

Az alsó végtagok teljes zsugorával járó polyarthritis ossificans műtett esete.

Balás Dezső: O. L., 20 éves házileány folyó évi január hó 25-dikén tétetett át műtét czéljából Székács főorvos osztályáról a Janny tnr. által vezetett III. sebészeti osztályra. Beteg előadja, hogy 1902. február hó 2-dikán magas lázak kiséretében hirtelen összes izületei megdagadtak, minek következtében 6 hónapig feküdt kórházban. Bajának lezajlása után mindkét alsó végtagja összezsugorodott, úgy hogy járásra képtelen volt. Gyógyulás czéljából több kénes és iszapos meleg fürdőt és sebészeti osztályt is keresett fel, de állapota nem javult, sőt súlyosbodott, s ezért 1904. november 5-dikén Székács főorvos osztályára vétette fel magát.

Az erősen lesoványodott és igen vérszegény beteget megvizsgálva, a szivcsúcs felett fúvó systolikus zörejt, de teljes szivcompensatiót talált. A jobb kéztőizület körülbelül 145° alatti flexiós contracturában némi activ mozgékonyságot megenged. A bal csipőizület szabad, a jobb csipőizület körülbelül 135° szög alatt ankylotizált, a czombcsont kitéréseit a medencze követi. Mindkét térdizület oly fokú contracturája van jelen, hogy az alszárak háti felülete a czombok háti felületére fekszik. A bal térdizület csontos ankylosist mutat, a jobboldali némi passiv izületi mozgékonyságot megenged; e mellett az egész jobb végtag erősen addukált és befelé rotált állásban fixált. Végül a jobb bokaizület szabad, de a baloldali körülbelül 165° alatt plantáris flexioban contracturált.

Tehát az alsó végtagok összes izületei közül csak a bal csipő- és a jobb bokaizület volt épnek mondható.

Az anamnesisben elmondottakból s a betegség következményeiből tehát kétségtelenül meg volt állapitható, hogy a betegnél polyarthritis rheumatica zajlott le, mely a jobb csipő- és a bal térdizület ankylosisához vezetett. A különben csinosnak mondható intelligens leány igazán szánalomra méltó képet nyujtott, teljesen összezsugorodott állapotban volt ágyához szegezve s csak két kezére támaszkodva s a földön hasán csúszva volt képes testét maga után vonszolni s ágyát elhagyni. A betegen a műtétet Janny tanár megbizásából két szakaszban hajtotta végre. Miután meggyőződött arról, hogy a bal térdizületben a femur és tibia között a patella csontos hidat képez, a műtétet február 9-dikén chloroform-narcosisban úgy hajtotta végre, hogy Volkmann-metszésből kiindulva az izületet feltárta, a patellát először a femurról, s azután a tibia epiphysiséről külön-külön levéste, majd átmetszette a czomb összes alszárhajlító rövidült inait, a mire a bal alsó végtag teljes kinyújtása akadályba már nem ütközött. Mindazonáltal a végtagot csak körülbelül 170° alatt rögzitette, miután előre számitott a jobb végtag műtét utáni rövidülésére, s ezt a bal végtag behajlításával, illetőleg nem teljes nyújtásban létesitett ankylosissal kellett egyensúlyoznia.

Ugyane műtét alkalmával brisement forcé-val a bal bokaizületet 90°-ra s a jobb térdizületet körülbelül 150°-ra sikerült redressálnia.

A gyógyulás per primam ment végbe, úgy hogy a beteg bal lábán és jobboldali mankóra támaszkodva képes volt fennjárni. Járásban azonban nagyon gátolta a csipőizületben ankylotizált, a térdizületben contracturált, e mellett flectált és befelé rotált jobb lába, úgy hogy járás közben bal lábát mindig jobb térde elé kellett tennie. A műtét második szakaszát julius hó 14-dikén hajtotta végre újból chloroform-narcosisban, a midőn a jobb czombon osteotomia subtrochantericát végzett s a most már mozgékony czomb egyenes állásában sikerült brisement-forcé-val a végtagot a térdizületben is teljesen kinyújtani. A végtagot helyesen beállitva újból gyps-kötést alkalmazott.

A gyógyulás ismét per primam ment végbe. A járási gyakorlatokat azonban a betegnek kiújuló izületi fájdalmai egy ideig meggátolták, ezeket azonban aspirin-adagolással és fürösztéssel sikerült coupirozni.

A beteg jelenlegi állapota következő: a bal csipő-, a jobb térd- és bal bokaizület ankylotikus. A jobb alsó végtag az osteotomia subtrochanterica következtében 3 cm.-nyi rövidülést mutat, mit magas sarkú czipővel corrigáltunk.

A beteg teljes egyenes állásban minden segitség és támasz nélkül igen jól, bár kissé biczegve fennjár. Remélhető, hogy járása az idők folyamán a gyakorlat következtében még tetemesen fog javulni.

A czomb habituális subluxatioja.

Balás Dezső: Épen ritka előfordulása miatt különösen a gyakorló orvos szempontjából érdemel bemutatást az eset.

D. P., 20 éves munkás folyó évi deczember 10-dikén tétetett át Hirschler tanár osztályáról a Janny tanár által vezetett III. sebészeti osztályra. Beteg előadja, hogy ezelőtt öt hónappal magas dombról ugrott le, minek következtében bal boka- és csipőizülete megfájdult, s e miatt körülbelül két hétig ágyban volt kénytelen feküdni. Két hét után, bár kissé sántitva, újból munkába állt s ekkor ugyancsak bal czombjának belső felületére ennek abdukált és kifelé rotált állásában liszttel teli zsák esett. Ekkor bal lábára fellépni nem tudott, ágyba feküdt s csípőizületét borogatta. Sérülése után egy hónappal ágyát elhagyta, s a jelen kórkép fejlődött ki nála.

A jól táplált és fejlett csontrendszerű egyén egyenes állásában vagy hanyattfekvés közben a bal csipőizületben Röntgen-felvétellel sem mutatható ki eltérés. A czombcsont állása és a medencze szöglete normális, a mozgás az izületben teljesen szabad, a végtag nem rövidült. Járás közben azonban a beteg feltünően sántit, illetőleg biczeg, a trochanter major felett a gluteális izmok játéka jól látható s a trochanter tája erősen kidomborodik. Ugyancsak járás közben a trochanter tájára téve kezünket jól érezzük, hogy a czomb hajlitása közben a fejecs erős kitérést végez, s a czomb nyújtásánál is, de még inkább a testsúly hatása alatt minden dörzsörej nélkül visszaugrik helyére. A kórképet olyképen véli magyarázhatónak, hogy a traumatikus behatás következtében a csipőizületi tokszalag s ennek a czombfejecset rögzitő készülékei meglazultak s most a czomb hajlitása közben az ileopsoas és a gluteális izmok antagonistikus működése következtében a czombfejecs kivongáltatik az ízvápa szélére s a lábra lépésnél a testsúly hatása folytán a fejecs visszaugrik a helyére, midőn az előzőleg hosszabb végtag látszólagos hirtelen megrövidülése s az ezzel járó testi rázkódás a biczegés látszatát idézi elő. A mi a therapiát illeti, a betegnél meg fogják kisérleni, hogy gyps-kötés alkalmazásával, s igy a csipőizület huzamos immobilizálásával a tokszalag zsugorodását hozzák létre, s ily módon megakadályozzák a subluxatio létrejöttét. Eltekintve attól, hogy fertőzés szempontjából a véres művi beavatkozás igen veszedelmes, előreláthatólag a véres beavatkozástól sem várhatni jobb eredményt.

A vízszintes ívjárat arrosiojával kapcsolatos nagyfokú szédülés műtevéssel gyógyult esete.

Krepuska Géza: 28 éves férfibetegnél idült jobboldali fülbántalmához a felvétel előtt 2—3 nappal szédülés társul. Láztalan állapot

mellett szédülés és hányás kiséretében nystagmus horizontális, mely a szív systolejával synchronikus, és muló strabismus convergens, valamint diplopia észleltetett. Dobüregben idült sarjadzó lob. Műtétnél a csecsnyújtvány üregének hiánya, e mellett cholesteatomával kitöltött és tágult aditus ad antrum találtatott. A dobüreg sarjakkal kitöltött volt, melyek között a caries által hátsó szárától, részben a függélyes szárától is fosztott üllőmaradék és a kalapács nyele találtatott. Az aditus ad antrum mediális alsó falán a vízszintes ívjárat ampullájának megfelelő csontdudor, valamint a vízszintes ívjárat egy része a sarjak és cholesteatoma által átmarva voltak, úgy hogy a nyomás alatt lévő perilympha elfolyása látható volt.

A műtét után a Menière-féle tünetek többé nem mutatkoztak, a beteg igen gyorsan összeszedte magát. A bemutató a jelen esetet, a melyben határozottan a jobboldali külső ívjárat ampullájának arrosioját a labyrinth többi részletének bántalmazása nélkül lehet felvenni, nagyon tanulságosnak tartja a Högyes-féle elmélet egyes tételeinek a beigazolására. A Högyes-féle elmélet szerint a jobboldali ampulla-ideg végkészüléke reflex összeköttetésben állana a jobb szem belső egyenes és a bal szem külső egyenes izmával. Tényleg a jelen esetben észlelt nystagmus horizontalis pulsatorius ezen két izom egyidejű működésének és elernyedésének eredményéből magyarázható és így az ampulla externa idegvégkészülékének izgalmi állapota és ezen két izom coordinált mozgása között összefüggés van.

(Folyt. következik.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1904. évi márczius hó 21-dikén.)

Elnök: **Basch Imre.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

1. **Csillag Jakab: A syringomáról** esetek és készítmények bemutatásával. Az előadás egész terjedelmében megjelent magyarul a „Magyar Orvosi Archivum"-ban és németül az „Archiv f. Dermat. und Syphil."-ben.

Török: A syringoma szöveti elemeinek eredetéről támadt vita több pontra vonatkozik. Ezeknek egyike, tudniillik az, hogy a daganatok szöveti elemei epitheliális eredésűek, tulajdonképen régen el van döntve, hogy többet ne említsek, *Philippson* series-metszeteken kimutatta a cysták összefüggését a felület hámjával. A második kérdés, hogy tudniillik a daganat elemei az izzadság-mirigyekkel minő viszonyban állanak, rövid idő óta szintén elvan döntve. Már *Darier,* utóbb pedig *Neumann* és *Blaschko,* legújabban pedig *Winkler* kimutatták a direct összefüggést a daganat elemei és az izzadságvezetékek között. De ez az összefüggés a daganat elemei és a felület epithelje, valamint az izzadság-mirigyek vezetékei között csak a legritkább esetekben mutatható ki. A legtöbb esetben semmiféle összefüggés nem konstatálható. Ezen negativ leletek vezették szólót, a mikor a daganatocskák embryonális eredete mellett nyilatkozott oly értelemben, hogy azok oly hámsejtekből erednek, a melyek tulajdonképen izzadság-mirigyek képzésére voltak destinálva. Ez a problema is kétfelé osztható és osztandó. Az első általában az embryonális eredetre magára vonatkozik. Azt hiszi, hogy ez idő szerint mint legvalószínűbb magyarázatra valamely embryonális eredetű zavarra kell rekurrálnunk. Mi támogatja ezt a felvételt? 1. Az, hogy syringoma majdnem kivétel nélkül fiatal korban került észlelésre. 2. Feltehető, hogy a daganat fejlődése még sokkal korábban vette kezdetét, mint a mikor észlelésre került. Ezt tanúsítja, hogy sem subjectiv symptomákat, sem feltünő más differentiát nem okozva, véletlenül veszik észre, csak akkor, ha már bizonyos nagyságot elért s többed magával van jelen. Jelen lehet tehát a nélkül, hogy az illetők figyelembe vennék. A daganat igen lassan is nő, mitosis csak kivételesen található benne. Az következik ebből, hogy a daganat fejlődése sokkal korábban indult meg, semmint észlelésre került. 3. A sok histologiai vizsgálat daczára a felhámmal és az izzadság-mirigyekkel való összefüggés kimutatása csak elvétve sikerült; a felhámmal való összefüggésé csak két esetben és pedig csak a szemhéjakon. Ha már most tekintetbe veszszük a daganat lassú növekedését, a mitosisok csekély számát, azt kell következtetnünk, hogy a kiburjánzás és lefűződés már régen megtörtént, még pedig annyival inkább, mivel többnyire a kiburjánzás és a lefűződés nyomai sem fedezhetők már fel.

A viszonyok itt leginkább bizonyos naevusokéihoz hasonlítanak, a melyekre az indokok az életnek igen korai embryonális szakában adódnak s a melyek mégis a születés után és sokszor elég későn fejlődnek ki. A lefűződésnek az élet korai szakában való rendes bekövetkezése az oka annak, hogy az összefüggést a felület és az izzadság-vezetékek epitheljével oly ritkán sikerült kimutatni.

Végre azon kérdés, hogy vajjon ezen embryonális eredet felvétele mellett csupán a felület hámja avagy pedig ezenkivül az izzadság-mirigyek képzésére szánt hámburjánozások is adják az anyagot, véleményem szerint ez idő szerint bizonyos valószínűséggel úgy intézhető el, hogy az utóbbiak is játszanak szerepet. E mellett szól: 1. hogy az összefüggés kifejlődött izzadság-vezetékekkel ki lett mutatva; valószinű tehát, hogy azoknak embryonális fokán is létezhetik ez az összefüggés; 2. hogy *Philippson* és *Neumann* kimutattak izzadság-vezetékeket, a melyek gomolyok képződése nélkül végződtek, vagyis fejlődési anomáliákat a syringomában lévő izzadság-mirigyeken.

Bizonyos tehát a daganat epitheliális eredete. Bizonyos a daganat elemeinek leszármazása a felület és az izzadság-vezetékek hámjából. Valószinű az embryonális származás és valószinű az embryonális izzadság-mirigyeknek résztvétele a daganatok képződésében.

Csillag megjegyzi, hogy ő nem tagadta, miszerint a syringoma embryonális eredetű lehet, de azt bizonyosnak tartja, hogy ezen folyamat az embryonális kor után is tart, illetőleg a későbbi években is folytatódik, a mint azt egyik esetében meg is említette. Vannak ugyan, a kik azt tartják, hogy a syringoma nincs összefüggésben a verejték-mirigyekkel, azonban vizsgálataik csekély száma ezt nem erősítik meg és így ő is a verejték-mirigyekkel tényleg összefüggésben lévőnek tartja a syringomát.

2. **Feleki Hugó: Congenitális cylindrikus strictura esete.** Annak előrebocsátása után, hogy a congenitális stricturák bemutató nézete szerint a lehető legnagyobb raritások és hogy az ilyenekkép közölt esetek megbizhatóságához sok szó fér, bemutató arra emlékeztet, hogy 1901-ben a szakosztályban a congenitális stricturának egy oly esetét mutatta be, melyben a szűkület világrahozott voltához szó nem férhetett, a mit legjobban a penisen észlelhető jelentékeny egyéb fejlődési anomália tett plausibilissé. A most bemutatott esetnél a szűkületnek congenitális volta csak feltételezhető, de positivitással meg nem állapítható.

O. J., 36 éves férfi zsenge gyermekkora óta erőlködéssel képes csak vizelni és ekkor is vizelete kötőtűvastagságú sugárban ürül csak ki. Vizelete számtalan izben elakadt már, a mikor csak bougie bevezetése után volt képes azt újból megindítani. Eme szűkülettel kapcsolatosan, ha kezelését elhanyagolta, homályos, néha büzös, egyes esetekben vérrel kevert vizelet ürült ki. Hat év előtt congenitális phimosisát megoperálták, ugyanekkor meatotomiát is végeztek rajta; vizelési zavarain e műtétek nem változtattak. Bemutató a beteget két év előtt látta először. Ekkor az orif. ext.-nál kezdődő és egyhuzamban egészen a fossa navicularis mögé húzódó szűkületet talált, mely 8-as Char.-bougieval nehezen volt átjárható. Most 11-es Char.-fémsonda vezethető be, ha a tágítások elég sűrű időközökben eszközöltetnek. A szűkület helyén a nyálkahártya merev, száraz és igen csekély dilatabilitást tanúsít. E cylindrikus szűkület világrahozott volta mellett szólnak a következő körülmények: a betegnek sem gonorrhoeája, sem egyéb lokális lobos bántalma — tudtával — nem volt. Ha fel is tételezzük, hogy esetleg gyermekkori gonorrhoeája vagy az orif. körül ulceratioi lettek volna, ezek még nem magyarázzák meg a szűkületnek vázolt localisatioját. Congenitális eredet mellett szól továbbá az említett másik fejlődési anomália, tudniillik a világrahozott phimosis. Mindezek daczára a bemutató csak nagy valószinűséggel meri állítani, hogy a fennforgó esetben a szűkület congenitális eredetű.

Basch: Miután bemutató azt mondotta, hogy betegénél a húgycső rigid falzattal bir, a rigiditás pedig leginkább előrement lobos folyamatok eredménye; azon kérdést intézi bemutatóhoz, hogy van-e tapasztalata arra nézve, hogy veleszületett húgycsőszűkületnél a húgycső rigid szokott-e lenni? Nem volt-e a betegnek gyermekkorában talán mégis gonorrhoeája, mert hisz bemutató is beszélt valami vérzésről, a mely a betegnél fiatal korában jelen volt.

Feleki: Nemcsak ezen esetében, hanem a multkor bemutatott esetében is tényleg észlelte a húgycső rigiditását. Ezt abból magyarázza, hogy a húgycső megszűkült részei többször gyuladásosak lesznek, a mint azt ezen betegénél is észlelte és meg is jegyezte, s így könnyen jöhet létre ezen rigiditás, mely a congenitális eredet ellen nem szól.

3. **Feleki Hugó: Prostatakő okozta haemospermia gyógyult esete.** Bemutató előrebocsátván, hogy prostatakő alatt nem a pars prostaticába ékelt húgykövet, hanem magában a prostatában képződött követ ért, demonstrál egy 42 éves nős beteget, a ki másfél év előtt jelentkezett nála először. A nemi szervek egyébként normálisak, urogenitális baja azelőtt sohasem volt. A vizelet nagyobb mennyiségű phosphátokon kivül egyéb abnormitást nem mutat, ez is a jelenlévő nagyfokú neurastheniával függ össze. Vért a *vizelet* sohasem tartalmazott, közvetlenül coitus után sem. Egyedüli panasza, hogy fél év óta csaknem minden coitus alkalmával ondóját vérrel kevertnek észleli; eme abnormitást annál inkább vehette észre, mivel a coitust rendszerint condommal végzi. A friss ejaculatum véren kivül egyéb kóros alkatrészeket nem tartalmaz, nevezetesen genysejtek nem találhatók, ondótestek elég nagy számban, normális vitalitással. Here, ondózsinór ép, a prostata és ondóhólyagok rectális vizsgálatnál a normálistól elterést nem mutatnak. Tükörvizsgálatnál első alkalommal csak a pars prostaticában kisebbfokú hyperaemia, egyebütt mindenütt normális tükörkép. Bemutató gyanuja a coitus condomatus, valamint a coitus interruptus által a prostatában vagy talán az ondóhólyagokban előidézett nagyobbfokú congestio felé irányult, ezért is a therapia végbélhűsítő alkalmazásában, prostata-massage-ban és a p. prostatica ecsetelésében állott, azonban eredménytelen maradt. Egy alkalommal a p. prostatica jobb felében gombostűfejnyi, szürke alapú, piros udvartól környezett, fekélyhez hasonló elváltozás volt látható: ez néhány ecsetelésre eltünt és e helyen jelentékenyen tátongó prostata kivezető nyilást lehetett ezóta mindenkor észlelni. Azt supponálván, hogy a jelzett hely mélyebb infiltratumnak felel meg, bemutató sűrűn fémsondákat alkalmazott. Erre egy ideig javulás jelentkezett, a mennyiben az ejaculatum legtöbbször csaknem egészen tiszta volt. Noha e kezelés még a leghatásosabbnak bizonyult, mégis időnként nagy mennyiségű vérrel kevertnek mutatkozott az ejaculatum. Öt hó előtt újabb endoskopiai vizsgálat alkalmával a fenn jelzett prostata kivezető nyilásból nagyobb gombostűfejnyi, szürke testet látott kikandikálni: ezóta prostatakőre gyanakodott. A therapia ezentúl erélyes prostata-massage-ban állott és egy ilyen eljárás alkalmával sikerült is nemsokára a követ a prostatából kisajtolni. A massage után közvetlenül bocsátott vizelet kissé véres volt és abban egy 3—4 mm. hosszú,

élekkel biró, tetraëder alakú kövecske volt található. A sperma még 2—3 izben a szokottnál is nagyobb mennyiségű friss vérrel volt keverve, de azóta állandóan tiszta. A kő szerves alkatórészeken kivül phosphorsavas és szénsavas mészből állott.

Spitzer: Miután bemutató megemlítette, hogy az urethroskoppal való vizsgálatnál a pars prostaticában erosiót talált, nem jöhetett-e onnét a vérzés, illetőleg a vizelet nem volt-e véres?

Feleki: Megjegyzi, hogy a vizelet kristálytiszta volt.

4. **Török Lajos: Embolikus eredetű lupus vulgaris.** A két éves gyermek ezelőtt másfél évvel kanyarón ment keresztül. A kanyaró elszenvedése után rövid idővel a jelenlegi kiütés lépett fel. A bőrelváltozások száma gyorsan növekedett és körülbelül i egy hónap alatt majdnem elérte a jelenlegi számot. Azóta újabb góczok is keletkeztek, de csak csekély számmal. Ugyszintén azóta fejlődött ki a bal alsó végtagon egy gonitis fungosa. A góczok száma 157, többnyire a felső és alsó végtagokon vannak elhelyezve, néhány az arczon. A törzs és hajzatos fejbőr szabad. A góczók lencsényiek—koronányiak, az irhát felső részében vagy egész vastagságában foglalják el, kerekdedek, a végtagok alsóbb részeiben erodáltak és itt részben kezdenek szemölcsszerűen burjánozni (jelentkezéskor e helyeket igen vastag varok borították), részben barnás vagy élénkebb piros, sok helyütt finom pikkelyket is termelő, lágyabb tapintatú infiltratumok.

Az ilyen esetek ritkaságok. Az embolikus eredetet a jelen esetben a nagy számú gócznak aránylag rövid időn belül való kifejlődése és azoknak a végtagokon és az arczon, az emboliák praedilectiós helyein való localisatioja bizonyítja. Ugy látszik, hogy az embolikus eredésű bőrtuberculosis, ha kellőleg utána 'árunk a dolognak, mégis elégszer lesz felvehető. Igy a napokban egy nyolcz hónapos gyermeket látott, kinél a jobb kéz középujján és a jobb lábon tuberculosus eredetű spina ventosa volt jelen s a bal nagyajkon egy az irhát illető, kifekélyesedett, mandolányi beszűrődés, melynek szomszédságában több apróbb, látszólag folliculáris genyedés volt.

A gyermek anyja a szülés után tuberculosisban halt el.

Egy másik esetben egy 4 éves fiúnál két év előtt morbilli volt jelen. Ezt követőleg a nyakon egy „seb" keletkezett, melynek helyén most ezüsttallérnyi lupus-plaque látszik. Ugyanezen gyermeknél ugyanakkor a jobb kéz mutatóujján periostitis keletkezett, mely még most is tart.

Róna: Az általa észlelt igen nagyszámú lupusos betegek vizsgálatából ő is megerősítheti *Török* véleményét, hogy az embolikus eredetű lupus vulgaris tényleg nagyobb számban fordul elő, mint azt hittük volna. Különben majd erről egyszer részletesen is be akar számolni.

5. **Török Lajos: Sclerodermia esete.** A beteg 21 éves varrónő, kissé vérszegény. Belső functioira nézve semmi panasz nincs. Szív rendes. Bélműködés rendes. Idegrendszer ép.

Bőrbaja négy év előtt kezdődött kétoldalt az occipitális tájék laterális részein a proc. mastoideus mögött. A bőr ezen részlete megdagadt, később itt hajhullás lépett fel s a daganat elmult. Jelenleg e tájakon egy-egy félgyermektenyérnyi területen jobb- és baloldalt teljes alopecia és a bőr csekély vékonyodása. Egy évvel ezen elváltozások kifejlődése után, tehát három év előtt mindkét fül előtt az arczon és a jobb felkar felső harmadának küloldalán jelentkezett e baj. Az arczon lassanként a szomszédság felé terjedt. A bal arczfélen jelen volt daganatot két évvel ezelőtt egy sebész kivágta. Jelenleg ott a mandibula felhágó ága mentén sávalakú heg látszik. Ennek szomszédságában a bőr egy látszólag normális része közbeestével egy sánczalakú halvány violás kiemelkedés látszik, a melynek szélei elmosódnak. Ennek helyén a bőr és bőralatti kötőszövet megvastagodott, tömött tapintatú, de nem deszkakemény. A tömöttség a sklerodermiás tömöttségnél valamivel lágyabb, kissé oedemás. A tömött terület kiterjedése egyenetlen, helyenként 4—5, más helyeken 10—12 millimeter széles a bőr legfelületesebb rétege; és a papilláris cutis réteg kissé és finoman ránczolható. A jobb arczfélen a tömött terület köralakban elhelyezett, egymástól vékonyabb (2—3 mm. széles) részletek által összefüggő, göbszerű részekből áll, a melyek a bőr felületén is halványviolás színükkel mint külön elmosódott szélű, körülbelül babnyi vagy ennél is nagyobb kiemelkedések tünnek fel. Ezek a jobb fül előtt egy gyermektenyérnyi területen vannak elhelyezve és egy látszólag normális bőrrészletet zárnak körül. A kör felül és a fül táján meg van szakítva. A jobb felkar felső harmadának küloldalán egy gyermektenyérnyi, deszkakemény, halvány, viaszszerű kinézésű, egyenetlenül határolt, az irhát és a bőralatti kötőszövet egy részét egyaránt és egyenletesen elfoglaló beszűrődés, a melynek felületén több halványpiros, gombostűfejnyi, halvány hyperaemiás és pikkelykéket feltüntető folt látható.

Weisz: Neki két sklerodermiás esete volt, melyek egyikében krauroris vulvae, másikában carcinoma is volt jelen. Kérdezi tehát a nagyobb tapasztalattal biró kartársakat, hogy minő összefüggésben áll ezen betegség más betegségekkel?

Róna: Ilyen kórképet még nem látott. Nem kételkedik a bemutató által tanulmányozott és többször látott beteg betegségének diagnosisában, azonban, ha például a helyét veszszük a betegségnek, akkor első látásra a kórkép ő reá a granuloma benyomását teszi.

Török: Ha a karon a bőrnek ilyen diffus elváltozása jő létre, ha a hajzatos fejbőrön ilyen diffus alopecia lépett fel, akkor a meglévő kórkép mellett sklerodermiára kell hogy tegye a diagnosist. A localisatio épen nem felel meg a granulomának, s az észlelhető plaque határozottan arra utal, hogy a granulomát kizárja és sclerodermiának tartsa ezen betegséget.

6. **Steiner Gyula: Pemphigus vulgaris mucosae oris.** C. J. 39 éves, férfibeteg, első izben február 7-dikén vétetett fel *Róna* tanár osztályára a scrotumon lévő pyodermás laesioi miatt, melyeknek gyógyultával a sebészeti osztályra tétetett át hernia-műtét végett. Folyó hó 1-sején ismét visszatétetett és ekkor elmondja, hogy négy nap előtt sebek keletkeztek szájában. Az áttétel alkalmával az alsó ajkon, a felső ajk belfelületén, a nyelv csúcsán, a kemény szájpadon gombostűfejnyi egész fillérnyi, éles határú, fibrinosus izzadmánynyal fedett, nagy, vérző, szélükön 1—2 mm.-nyi fellazult nyálkahártyával körülvett erosiók és excoriatiók láthatók. Negyednapra áttétele után az uvula mellett jobboldalt az arcus palatoglossuson egy babnyi bulla lépett fel. Torok, gége szabad; a köztakarón semmi elváltozás. Infiltratio apicis pulmonum van jelen. Az egész idő alatt nagyfokú salivatio, foetor ex ore, étvágytalanság áll fenn, állandóan subfebrilis. Jelenleg a keményszájpadi laesiók már gyógyultak és a nyelven és ajkakon is megindult igen lassan a behámosodás. Ezen esetben abból kiindulva, hogy a baj spontan keletkezett, a beteg gyógyszert nem vett és hogy a laesiók lassan gyógyultak, hogy a beteg pár hét alatt szemlátomást fogyott és fogy még most is, hogy közérzete rossz, daczára, hogy most már jobban táplálkozik, a *pemphigus vulgaris mucosae oris* kórisméjét állították fel. Természetes, hogy ezen kórisme nem végleges, mert a lefolyás esetleg megczáfolhatja.

Török: A bemutatással kapcsolatban felemlíti „erythema multiforme" egy esetét, nem azért, mintha ő a diagnosisban kételkednék, hanem csak hogy figyelmeztessen, hogy mennyire hasonlít ezen kórkép a pemphigus kórképéhez. A jelenségek itt is ugyanazok, csak az eredet és ok más.

Steiner: Megjegyzi, hogy a *Török* által bemutatott beteg Róna osztályán 1896-ban ugyanazon diagnosissal szerepel.

Róna: Kiemeli, hogy a szájűr nyákhártyájának pemphigusával főleg egyes gégeorvosok nagy abusust követnek el. Ő nem tartja mindazokat az eseteket pemphigus vulgaris chronicusnak, melyek ilyen néven szerepelnek.

7. **Csillag Jakab: Körülirt adenoma sebaceum harmadik esete.** K. J., 45 éves, nőtlen, államvasúti hivatalnok hasán születése óta van egy dagocska, mely neki semmi kellemetlenséget nem okoz. Hasonló daganatot családja egy tagjánál sem vett észre. A beteg, ki különben ulcus Ducrey miatt tartózkodik *Róna* tanár osztályán, normális intelligentiájú. *Status praesens.* A hason a középvonaltól körülbelül egy és fél cm.-nyire jobbra a bordaív és köldök között középen két, egymástól egy keskeny rés által elválasztott, körülbelül kis körömnyi, kissé kiemelkedő, az éptől piszkos okkersárgás-barna szine által elütő bőrterület látható, melyek gombostűfej—kendermagnyi, sokszögű, közepükön piszkos-feketés nyilással biró, egymás mellett fekvő laesiókból állanak; az egész tumor szőrtől mentesnek látszik.

A két tumorocska klinikai diagnosisa *adenoma sebaceum* volt, melyet egy kimetszett, három sokszögű laesiót magába záró darabka histologiai lelete megerősített és kideritette, hogy minden egyes ily sokszögű laesió 1—1 igen nagy faggyúmirigyből áll, a melynek feltünően sok lebenye van.

Török: Miután hypertrophiás rosaceánál nagy faggyúmirigyeket találunk, adenomának tartja-e ezt bemutató, illetőleg csak azért tartja-e adenomának a bemutatott esetet, mert a faggyúmirigyek mélyebbre terjedtek a normálisnál?

Csillag is gondolkozott már azon, hogy helyes-e az adenoma elnevezés? Ő bemutatott esetét nem azért tartja adenomának, mert csak hypertrophikus mirigyek vannak jelen, hanem mert más jobb elnevezést erre nem talált.

8. **Kánitz Henrik: Actinomycosis esete.** F. J.-né, 33 éves, nő, *Róna* tanár osztályáról, a ki fél év óta az arcza jobb oldalán levő férfi tenyérnyi daganatot vesz észre, a mely rossz fogból indult ki. A genyben mikroskopice typikus actinomyces-gomba volt kimutatható.

III. országos elmeorvosi értekezlet.

II. ülés 1904. október hó 23-dikán d. u.

Elnök: **Raisz Gedeon**; jegyzők: **Ferenczi Sándor, Telegdi Zsigmond.**

Elnök az ülést megnyitja. Örömének ad kifejezést a felett, hogy a *Niedermann Gyula* vezetése alatt álló magánelmegyógyintézet megtekintésével alkalmuk nyilt az értekezlet tagjainak arra, hogy ezen kiváló intézménynyel megismerkedjenek.

Az elmebetegségek beosztása az intézetek statistikájának szempontjából. Előadta **Oláh Gusztáv.**

Az évi jelentésekben az összes megbetegedési eseteknek meghatározott számú kórformába való beszorítása és ezen kóralakoknak olyatén permutálása, hogy minden egyes táblázat végrovata a betegléstszámot adja, elhagyandó. A kórformák felsorolása a legközismertebb és a legszűkebb diagnosis alatt történjék, lehetőleg a typusok figyelembe vételével.

Küszöböltessenek ki azon magyar kifejezések, melyeknek a közéletben is van valami rokon jelentése, épen mert csak olyasfélét, de nem azt jelentik, a mit mondani akarunk.

Salgó Jakab: Helyesen jegyezte meg előadó, hogy midőn külön csoportokról beszélünk, nem orvosi nyelven beszélünk, mert betegségről beszélhetünk ott, a hol a kóros folyamat okát, lefolyását, kimenetét ismerjük. Ha ezt meg tudnánk mondani, akkor egy nézeten volnánk, de mert ez mai tudásunk szerint ki van zárva, azért lehetetlennek tartja, hogy betegségnek nevezzük azt, a mit ma észlelünk, hanem csak tünetcsoportoknak, melyeknek lefolyási módozatait és lefolyási végeit állíthatjuk egybe.

Nem érthet egyet előadóval az epilepsia szétdarabolását illetőleg sem. Inkább összevonni iparkodjunk a kórfolyamatokat. Ha fellépés, ok és végkimenetel megegyezik, akkor joggal foglaljuk egy elnevezés alá.

Chyzer Kornél: Ugy tudja, nemzetközi tárgyalás folyik arra nézve, hogy a különböző elmebetegcsoportok megállapittassanak, melyek az évi jelentésekben előforduljanak. Mig ez a megállapodás létrejön, ne bolygassuk e kérdést. Öt év óta megjelent jelentéseinkkel legalább összehasonlithatók.

A mi a philologiát illoti, meghagyandónak tartja a nép kifejezéseit, ha azok megfelelnek a tudományosaknak.

Konrád Jenő: Előadó fejtegetéseivel sokban egyetért, de sokban eltér azoktól. Tudományos szempontból indokolt lehet a kóralakok szétforgácsolása, de a statistika szempontjából az a czél, hogy a hasonló törzsből eredő kóralakokat tömöritsük, hogy az áttekinthetőséget megkönnyitsük ezáltal, különben chaos keletkezik.

A mostani schema kétségkivül nem megfelelő, mert hamis diagnosisokra kényszerit bennünket. De meg is lehetne toldani a schemát, pl. szerzett dementia, vagy degeneratiós elmezavar.

Epstein László: Mint egyike azoknak, kik a hivatalos schemának kényszere alatt szenvednek, az I. értekezleten ugyanezen czim alatt előadást tartott Verubek Gusztáv m. főorvossal, bár propositioival vele egyet nem értett. Inkább csatlakozik Oláhhoz, bár nem teljesen, mert sokkal kellemetlenebbnek érzi a jelenlegi helyzetet, mint érezné azon hátrányokat, ha Oláh javaslata keresztülmenne, hogy ne legyen schema.

A közigazgatás szempontjából csak az szükséges, hogy tudjuk, hány elmebeteg van, hány hülye van. A részletek az államot nem érdeklik.

Raisz Gedeon: Tudományos szempontból Oláh kivánságai teljesen indokoltak, azonban roppant nehéz lesz mindenféle diagnosisokat ilyen tisztán administrativ czélokra szolgáló statisztikákba felvenni, mert mindenütt ez elfogadva nincs is.

A nem élesen körülirt formákra nézve lehetséges lesz olyan rubrikát találni, a hová mégis besorozhatók. Kivánatos tehát, hogy a schema maradjon meg addig, mig nemzetközi egyezmény létrejön, a melyhez igazitani fogjuk a mi schemánkat is.

Oláh Gusztáv: Nemzetközi megállapodásokról szó sincs. Salgó felszólalására megjegyzi, hogy sok a vitás kérdés, szóló Kraepelinhez csatlakozik. A népszerű kifejezéseket illetőleg azt tartja, hogy olyanokat ne használjunk, melyek alatt a nép mást ért, mint a szakember.

Nincs évi jelentés, melyben a kimutatások congruálnának. Svájczban 50 forma van, Németország egyes intézeteiben négy szerepel. A schemát fenn lehet még egy ideig tartani, de üdvösnek nem találja.

A neurontan histologiai és pathologiai szempontból. Előadta **Schaffer Károly.**

Utalva a Golgi-féle impraegnáló eljárásnak nagy jelentőségére, referens felsorolja az ezzel elért eredmények sarkalatos pontjait, melyek összességükben a neuron fogalmát adják. Miután a neurontant támogató körülményeket (fejlődéstani és kórtani adatokat) röviden ismertette, megemlékezik a legújabb neuronellenes áramlatokról, igy leirja röviden *Apáthy*, *Bethe* és *Joris* idevágó munkálatainak leglényegesebb eredményeit. Kiemeli, hogy a gerinctelen állatoknál *Apáthy* és követői a neuron fogalmával ellenkező folytonossági szerkezetet mutattak ki, de nyomatékkal utal az ez irányú vizsgálatok tökéletlenségére és különösen hangsúlyozza, hogy a gerinczeseknél a folytonossági szerkezetet meggyőzően mindeddig kimutatni nem sikerült. Miután még közelebbről fejtegette a neurontan és a másodlagos elfajulás egymáshoz való viszonyát, a mely elemzésnek eredménye az, hogy a neuronok anatomiai függetlenségével szemben áll a neuronoknak biologiai kölcsönös függősége, referatumát a következő végső következtetéssel fejezi be: A continuitás tana *(Apáthy)* véglegesen bebizonyitottnak még nem tekinthető, mert az érdekében történt vizsgálatok eredményei olyannyira szótágazók, oly kevéssé összevágók, hogy a tudomány jelen állása szerint elfogadhatóknak nem mondhatók. Ezzel szemben a neurontan, mint számos búvár által egyértelműleg megállapitott tan, kiválik adatainak szabatossága által és ezzel egy oly tudományos felfogást képvisel, a mely joggal érdemli meg az általános elismerést.

Elnök köszönetet mond előadónak.

A traumás neurosisokról. Előadta **Sarbó Arthur.**

Bemutat egy a traumás neurosisok csoportjába tartozó beteget, a kinél az *Oppenheim*-féle tünetcsoportozat van jelen.

Áttér azután előadásának megtartására: a traumás neurosisokról. A kötelező munkásbaleset-biztositási törvény közel jövőben való életbeléptetése teszi actuálissá ezen kérdést. Előadásának első részében a traumás neurosisok tanának történetét nyujtva azon következtetésre jut, hogy az osztályozás és a gyakorlati élet szempontjából szükséges bizonyos egységes alapot teremteni a szóban forgó tüneteket illetőleg. Ajánlja, hogy a traumás neurosisok gyüjtőneve alatt mindazon idegrendszeri zavarok összefoglaltassanak, a melyeknél ez idő szerint feltehető, hogy anatomiai elváltozás nincs jelen. Ismerteti a már eddig felállitható különböző tünetcsoportozatokat. Előadásának második részében németországi példákkal illustrálja azon állitását, hogy a baleseti törvény maga a szóban forgó bántalmak állandósitására befolyással van. Ismerteti a hazai viszonyokat, a milyenek azok ma és azokat összehasonlitva a németországiakkal, ama véleményének ad kifejezést, hogy úgy, mint ott, nálunk is a törvény életbeléptetésével a traumás neurosisokban szenvedők száma fel fog szaporodni. Az utolsó fejezetben foglalkozik azon kérdéssel, hogy mi az útja és módja annak, hogy a törvény okozta elkerülhetetlen károk lehetőleg minimumra redukáltassanak. Mint legfontosabb mozzanatot, a részleges munkaképesség fogalmának törvényben való kimondatását hangsúlyozza. Végül összegezi azon irányelveket, melyeknek a traumás neurosisok várható szaporodása elleni küzdelemben gyakorlatilag érvényt kell szerezni, ú. m.

1. A külerőszaki behatás (akár physikai, akár psychikai trauma) által létrehozott functionális idegrendszeri zavarokat a „traumás neurosisok" gyüjtőneve alá foglaljuk össze; minél szélesebb körök tudatára hozandó, hogy e megjelölés alatt nem értendő egy bizonyos, trauma okozta bántalom, hanem hogy az csak csoportnév és semmi esetre sem jelenti azt, mintha az azokban szenvedők gyógyithatatlanok volnának. Ellenkezőleg oda kell hatni, hogy a köztudatba annak tudata menjen át, hogy ezen bántalmak gyógyulnak és gyógyithatók és legjobb orvosságuk a munka.

2. Munkához való szoktatás szempontjából kivánatos, hogy a munkásbetegpénztárak úgy a maguk, mint a munkások jól felfogott érdekében medico-mechanikai intézetet létesitsenek.

3. Munkás-idegsanatoriumok létesitését a balesetes idegbetegek gyorsabb felgyógyulása szempontjából is szorgalmaznunk kell.

4. A részleges munkaképesség fogalma a köztudatba beviendő; oda kell hatni, hogy az alkotandó törvényben ez kifejezésre jusson.

Ferenczi Sándor tudomásul adja, hogy munkások számára való idegsanatorium létezik, t. i. az általános munkásbetegsegélyző pénztár szentendrei tüdőbetegsanatoriumában van egy üdülő-osztály is, a hol traumás neurosisban és egyéb idegbetegségekben szenvedő betegek kellő ellátásban részesülnek.

Hajós Lajos arra hivja fel a figyelmet, hogy physikai trauma kiválthatja egy latens paralysis progressiva tüneteit, miért is óvakodni kell ezt a traumás neurosisok közé iktatni.

Ranschburg Pál felhivja a figyelmet egy módszerre, a mely alkalmas arra, hogy a szellemi kiesésekben szenvedőn megállapitsuk, van-e munkaképtelenség, milyen fokú, vagy pedig inkább „Begehrungsvorstellung" által aggravált hit él-e benne. Ez a Kraepelin-féle vizsgálat, melynek technikája egyszerű és melylyel nem lehet simulálni. Egy sorozata ez a számoknak, melyeket $^1/_2$—$^3/_4$ órán át össze kell adni. Neurastheniásoknak kifáradása megkülönböztethető a hysteriás képzelt neurosistól. Egy traumás neurosisban szenvedő egyén pár percz mulva kijelentette, hogy nem tud dolgozni, de felszólitásra dolgozott és minél tovább dolgozott, annál inkább állott be lendület és forszirozott munka által emelkedett a munkaképesség, vagyis képzelt munkaképtelenség volt jelen.

Sarbó Artur kijelenti, hogy tényleg elkerülte a figyelmét az általános munkásbetegsegélyző pénztár üdülőháza. Azt gondolta, hogy csak tüdőbetegek számára való.

A tertiaer lues viszonya a tabes dorsalishoz és paralysis progressivához. Előadták **Hudovernig Károly** és **Guszman József.**

Lapunk más helyén (Elme- és idegkórtan 1904. 4. sz.) egész terjedelmében jelent meg.

A neurasthenia két kóralakjáról. Előadta **Ferenczi Sándor.**

Szóló voltaképen nem új kórképeket konstruál, de sőt a mellett érvel, hogy az esetek két csoportját vonják ki ez alól a nagyon is általános és egyáltalán nem pontos elnevezés alól. *Möbius*-hoz csatlakozik, a ki csupán a kimerüléstől okozott testi és szellemi izgékony gyengeséget nevezi neurastheniának. Ez alapon az előadó kifogásolja, hogy neurastheniásnak mondanak olyan betegeket is, a kiknél az ideges tünetek valamely más ú. n. „organikus" testi megbetegedést kisérnek vagy lepleznek.

Az idegorvosoknak nagy alapossággal kell a betegek testi állapotát általában vizsgálat alá venni, és akkor kiderül, hogy az eddig idegeseknek tartott betegek egy nagy része valamely belső betegségben, orr-, gége-, fül-, fogbajban stb. szenved és nem neurastheniás.

A másik csoport, a melynél a neurasthenia elnevezést helytelennek tartja: a „degenerativ neurasthenia" „circularis neurasthenia" névvel jelölt lelki kórállapotok. Ezek nem idegbetegségek, hanem veleszületett tulajdonságon alapuló rudimentaer psychosisok és elmeorvosi elbirálás alá tartoznak. Reményli, hogy a fokozottabb belgyógyászati és psychiatriás analysis a neurasthenia-diagnosis mai divatosságát és annak könnyelmű és kényelmes felvételét meg fogja szüntetni. A klassikus neurastheniás kimerülés kóroka gyanánt igen gyakran talált anaemiát, az ideges tüneteket okozó általános megbetegedések közt pedig arteriosclerosist. A „climakteriás idegességet" is a legtöbb esetben sclerotikus eredetűnek találta. Feltünő nagy a neurastheniás szabók száma, a mit talán az ülő életmód és a táplálléknak e miatti hiányos elégetéséből keletkező autointoxicatio magyaráz.

Az agyvizsgálatok methodikájához. Előadó **Pétzy-Popovits Uros.** Felolvasta *Sipőcz Géza.*

Mint eredeti közlemény lapunk más helyén (Elme- és idegkórtan 1904. 4. sz.) lett közölve.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1904. május 15-dikén tartott XXXVI. közgyülés.)

(Vége.)

Ezek után, tisztelt közgyülés, legyen szabad az egyletünkben folyt munkának részletes adatait rövidre fogva megismertetni.

Egyletünk a mai nappal végződő évben egy rendes közgyülésen kivül öt választmányi ülést tartott, egyet administrativ ügyeink elintézésére, egyet meg — mint emlitettük — annak a megbeszélésére,

mit kellene tennünk, hogy a lankadó egyleti életet élénkebbé tegyük s a tagok megcsappant érdeklődését felkeltsük. Három választmányi ülés a gyásznak volt szentelve. Rövid egymásutánban, alig öt hónap keretén belől, egyletünknek három tagja dőlt ki az élők sorából A veszteség fájdalma még, ott zsibongott lelkünkben s a sors már új csapást mért egyletünkre.

Az első, a ki sorainkból elköltözött, *Hoványi Ferencz* volt, e városnak egykor tiszti főorvosa, egyletünknek évtizedeken át nagyrabecsült, érdemes tagja, utóbb alelnöke.

A mikor egyletünk még a kezdet nehézségeivel küzdött, már ott volt tevékeny és buzgó munkásai közt; a midőn később képességei e város közegészségügyének élére állitották, egyletünk gyülésterme volt a hely, a hol reformeszméit felveté, a hol actioit nálunk korszakos közegészségügyi intézmények létesitése és fejlesztése érdekében megindità.

Itt kezdte meg a propagandát, a melynek eredményét ma nem egy oly intézmény mutatja, a mely érdemeinek örök emléke marad, s mi tudjuk a legjobban, mit köszönhet neki e város lakossága. A midőn ma e város vizellátását dicsérjük és büszkén mutatunk reá a vidéken párját ritkitó fertőző betegek kórházára és a gyermekkórházra s más ilynemű intézményre, a midőn az ország közegészségügyét ismertető jelentésekben városunk lakosságának megapadt halálozási százalékát olvassuk, gondoljunk hálával arra a korán elhalt érdemes tagtársra, a kinek buzgalma és munkája nélkül mindezek csak jóval későbbi idők alkotásai és eredményei lehettek volna.

Alig telt néhány hét és már újabb váratlan veszteség hire döbbentett meg bennünket. Ugyszólván élte derekán, látszólag még erejének teljében, egy másik tagtársunknak, *Heiman József*-nek halála hirét vettük.

Egy lappangva, szinte orozva támadó kór szenvedései ellen ott keresett segitséget, a hova egyetemi tanulóéveinek emlékei kötötték, a még néhány évtized előtt világszerte hires bécsi orvosegyetem neves alakjainál s ott érte utól idő előtt végzete.

A jólelkű, szeretetreméltó tagtársat mindnyájan kedveltük s az egész város közönsége velünk együtt fájlalta a segiteni kész, türelmes orvost, a ki enyhe bánásmódjával a kinos perczeken átsegité azokat, a kik nála kerestek nem komoly, de szokatlan fájdalommal járó s még a különben bátor embert is félénkké változtató bajok ellen segitséget.

Őt vidéki tagtársunk, *Grünwald Mór* követte, a ki jelentékeny tudásával tekintélylyé lett abban a körben, a hol működését kifejté.

Tekintélyhez s ahhoz, hogy egy orvos nevét nimbusz környezze, könnyen nem lehet jutni s elhunyt tagtársunk is több évtizedes munka és a vidéki orvosi gyakorlat testet-lelket kimerítő fáradalmainak árán szerezte meg.

Az említett választmányi üléseken kivül tizenegy rendes szakülést tartottunk s egyletünknek ez volt tulajdonképeni munkássága.

Az előadók száma ugyan nem volt kisebb, mint az elmult évben, de — s ezt sajnálattal kell feljegyeznem — a betegbemutatások és demonstratiók száma lényeges apadást mutatott. Szinte visszariadok attól, hogy a számokat egymás mellé állitsam. Mig az elmult egyleti évben a bemutatott betegek száma 28 volt, ez évben nem volt több tiznél s a demonstratiók száma is csaknem felére apadt.

Az előadók nevét s az előadások tárgyát és czimét a következőkben sorolom fel. E felsorolásból némi vigaszt merithetünk, mert nem egy oly előadást hoz emlékezetünkbe, a mely magas szinvonalával és értékes voltával túlnőtt egyletünk szerény keretén.

Az előadásokhoz, bemutatásokhoz és demonstratiókhoz ez évben is elégszer élénk és tanulságos eszmecsere fűződött, ezzel azt igazolva, hogy ha egyebekben megcsappant is az érdeklődés, az egylet munkásainak az a kis buzgó csapata, a mely az egylet sorsát szivén hordja, az ismeretszerzésnek s az önképzésnek ezt a módját kellően értékelte.

Az előadók névsora s az előadások czime:

1. *Baróthy Ákos*: *a*) Nagyvárad közegészségügye 1903-ban; *b*) Havi jelentések Nagyvárad egészségügyi állapotáról.

2. *Edelmann Menyhért*: *a*) Álepekövek (demonstratio); *b*) Hasűri sarcoma 2½ éves gyermekben (betegbemutatás).

3. *Erdős Adolf* (vendég): *a*) Orvosi és közegészségügyi viszonyok Boszniában; *b*) A villamos világitás vezetékének alkalmazása a villamozáshoz.

4. *Erényi Jenő* vendég (Karlsbad): A magas bélbeöntésekről (referáló-előadás).

5. *Fráter Imre*: Két hasseb észeti eset.

6. *Gerő Sándor*: Lenyelt tollkés a colon transversumban (Röntgen-felvétel).

7. *Grósz Menyhért*: Törvényszéki-orvosi casuistica.

8. *Horváth Béla* (vendég): *a*) Pes equino-varus bokaficzam után, műtét (betegbemutatás); *b*) Rosszul gyógyult czombtörés (Röntgen-felvétel); *c*) A penisre húzott csontgyűrű eltávolitása (demonstratio).

9. *Julier Vilmos*: Gátképlés (betegbemutatás).

10. *Konrád Béla*: *a*) Morbus maculosus Werlhofii esete (betegbemutatás); *b*) Thiersch-féle transplantatio (betegbemutatás).

11. *Konrád Márk*: *a*) Hüvelysérülés szülés közben, műtét (betegbemutatás); *b*) Foetus papyraceus (demonstratio); *c*) Az ikerterhességről (referáló előadás); *d*) A bábaképző-intézet működése 1903-ban; *e*) Ovariális tumor (betegbemutatás); *f*) Hasmetszéssel eltávolított dag (demonstratio); *g*) A szülés utáni vérzésekről (referáló előadás).

12. *Rácz Miksa*: *a*) Spondylitis esete (betegbemutatás); *b*) Vakbél körüli tályog műtéte (betegbemutatás).

13. *Rácz Ödön*: *a*) A nagyváradi állami gyermekmenhely működéséről; *b*) A nagyváradi állami gyermekmenhelyen szerzett tapasztalatok; *c*) Csecsemőtej-termelő intézet.

14. *Révész Vilmos*: *a*) Ritka nagyságú epekő (demonstratio); *b*) Echinococcus a tüdőben.

15. *Schiff Ernő*: *a*) A nagyváradi városi gyermekkórház első évi működése; *b*) Hysteria infantilis három esete.

16. *Waldmann Béla*: Szemhéjképlés (betegbemutatás).

Végül még az egylet tagjainak a számáról is jelentést kell tennem. E szám az egy tiszteletbeli taggal együtt 89. Ebből orvos 66 (helybeli 42), gyógyszerész 10 (helybeli 7) és a természettudományi szakosztály tagja, helyesebben pártoló tag 13. A helybeli tagok száma összesen 59.

*

S ezzel, tisztelt közgyülés, jelentésemnek végére értem.

Teljes őszinteséggel tártam fel a helyzetet, mitsem szépitgetve, munkánkat túl nem becsülve.

Ha elégedetlenségre ok van, a mulasztásban valamennyiünknek része van, a felelősséget együtt kell érte elviselnünk. Egy egyesület élete, tevékenysége tagjainak munkakedvétől és érdeklődésétől, minden egyes tagjának munkakedvétől és érdeklődésétől függ. Az egyesület sorsa a mi kezünkben van, bennünket érhet a vád, ha hanyatlásnak indul, rajtunk áll, hogy virágzóvá tehessük.

Közel négy évtizedes, sikerekben gazdag mult emlékei az utóbbira köteleznek és nem lehet megtagadnunk a traditiókat, a melyek becses örökségképen szálltak reánk. Egy letünt nemzedéknek szelleme még itt lebeg felettünk s éreznünk kell a felelősséget, a mely reánk háramlik. Az átvett örökséget sértetlenül kell majd egy későbbi nemzedéknek átadnunk.

Rajta, tisztelt Tagtársak, lássunk munkához, nincs köztünk senki, a ki kivonhatná magát a kötelesség alól, hogy ez egyesületet virágzóvá tegyük.

Erős hitem, hogy ez sikerülni fog.

3. A távollevő **Nyiri Ödön** pénztáros helyett **titkár** felolvassa a **pénztár állásáról szóló jelentést**, a melyet a közgyülés tudomásul vett.

4. **Révész Vilmos** könyvtáros felolvassa a **könyvtár állapotáról** szóló jelentését.

Ezután az *elnök* a maga és tiszttársai nevében az eddig viselt tisztségről lemond és indítványára a választás tartamára a közgyülés korelnököt és jegyzőt választ.

A választások megejtetvén, a közgyülés újra egyhangúlag megválasztja:

Elnöknek: Konrád Márkot, alelnöknek: Berkovits Miklóst, titkárnak: Edelmann Menyhértet, jegyzőnek: Rácz Ödönt, pénztárosnak: Marschalkó Leót, könyvtárosnak: Révész Vilmost.

Választmányi tagokká lettek szavazattöbbséggel: Baróthy Ákos, Bartha János, Bodor Károly, Döri Ferencz, Fráter Imre, Grósz Menyhért, Kornstein Lajos, Mayer László; póttagokká: Nyiry György és Nemes Áron.

A tisztújitás után **Baróthy Ákos**: „**Hoványi Ferencz emlékezete**“ czimen az egylet egykori alelnöke felett tart emlékbeszédet. Azután *Weisz Márton* emlékezik meg kegyelettel *Heimann József* elhúnyt egyleti tagról. Végül *Schwimmer Márton* tart emlékbeszédet *Grünwald Mór* nemrég elhúnyt vidéki tag felett.

PÁLYÁZATOK.

Sáros vármegyében a sirokai járáshoz tartozó **Nagysáros** nagyközségben a megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A községi orvos állásával egybekötött évi javadalmazás 1200 korona, látogatási dijak az orvos lakásán 50 fillér, a beteg lakásán 1 korona, éjjel ezen dijak kétszerese szedhető.

Halottkémlést, hússzemlét és vágatási biztosi teendőket a megválasztandó orvos dijmentesen tartozik teljesiteni, nemkülönben köteles a község szegényeit is dijmentesen gyógykezelni.

Kivántatik a magyar és tót nyelvben való jártasság.

A választást Nagysároson a községházánál folyó évi április hó 12-dikén délelőtt 10 órára tűzöm ki.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést, életkort és az eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal ellátott és kellően felszerelt kérvényüket **április hó 12-dikéig** a sirokai járás szolgabirói hivatalnál annál is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Eperjes, 1905. évi február hó 25-dikén.

Egerer Ferencz, főszolgabiró.

44/1905. khig sz.

A vezetésem alatt álló **Szent Háromsághoz czimzett közkórházban** lemondás folytán megüresedett két **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világitás, továbbá I. osztályú élelmezés az ügyeletes napokon. (A fizetésnek 1200 koronára és teljes I. oszt. élelmezésre leendő kiegészitésére vonatkozó tárgyalá-

sok folyamatban vannak és a javadalmazás javítása legkésőbben ez év folyamán életbe fog lépni.)

Magángyakorlat nincs megengedve.

A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbítható.

Felhivom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső, Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához czímzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 15-dikéig** nyujtsák be.

Győr, 1905. évi február hó 10-dikén.

Szent Háromság Közkórház
Igazgatósága Győrött:
Petz, igazgató-főorvos
az ország. közeg. tan. tagja.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
már. 8.	fürdőorv.	Vihnye	Lakás s jövedelem	Polgármester
„ 10.	közs. o.	Bajaszentistván	1000 korona	Szilassy főszolgabiró
„ 10.	m.-orvos	Nagy-Kálló	1200 k., 400 pótl., t. ell.	Nyéky főorvos
„ 10.	közs. o.	Tisza-Beő	1000 korona, 200 lakb.	Jancsó főszolgabiró
„ 10.	körorv.	Kékes	1600 k., 800 k. ú. á.	Debreczeny főszolgab.
„ 15.	orvos	Pannonhalma	2400 k., lak., e. illetm., 10 é. 200 k. korpótl.	Vojnits, perjel
„ 25.	közs. o.	Bácsmilitics	1400 korona	Szemző főszolgabiró.
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz.-nél folyó év február havában 1.146,100 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 902,500 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 71,152 k. 12 fill. fizettetett ki. 1905. január 1-jétől február 28-dikáig bezárólag 2.179,900 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.819,300 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. — Biztositott összegek fejében 126,689 k. 13 f. fizettetett ki.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Reichenhall fürdő Idény: május—október.

Látogatottság 13,000 fürdővendég. Sós-fürdő, legkedveltebb német klimatikus alpesi gyógyhely kitünő hygienikus viszonyokkal; minden modern felszereléssel biró fürdők, inhalatiós és pneumatikus kamarák. Berendezkedés Oertel-féle terepkúrákra és gyógytornára; mindennemü ivógyógymódok. Hidegvízgyógyintézetek. **Bevált** a légzőszervek — orr, torok, gége, légcső, hörgök és tüdők — megbetegedésénél; emphysemánál, asthmánál, — a szem, bőr, csont és izületek scrophulosisánál, szív- és női bajoknál, izzadmányok, csúz, rhachitis eseteiben és az üdülés szakában. **Orvosi brosüra és illusztrált prospektust ingyen küldenek Rudolf Mosse** irodái és a **K. Badekommissariat.**

Anämin EISENPEPSIN-SACCHARAT-LIEBE

0·2% vas, mint Ferrisaccharat

Tartós! Jó izü!

Gyomornyomást nem okoz!

Székrekedést nem idéz elő!

(még hosszabb használatnál sem.)

Étvágygerjesztő!

Kitünő bármily gyengeségi állapotok, vérveszteség, idült gyomorbajok stb. ellen.

Liebe-féle
Sagrada-Tabletták
bevonattal
à 0·5, 0·25, 0·15 gramm.
Olcsó,
biztos és enyhe hashajtók.
Dobozokban à 50 fillér.
Mintákat ingyen küld.

LIEBE'S SAGRADA-WEIN Mild abführendes Verdauungsmittel

J. PAUL LIEBE. ⚜ TETSCHEN A/E.

NEUROL

kiváló orvosoktól melegen ajánlott

sápkórosoknál és vérszegényeknél

nélkülözhetetlen, vérképző éleny-phosphor-vas-tápanyag, melyet a hannoveri **„Chem. Laboratorium Apotheke C. G. Weiss, Sextrostrasse 13“** állit elő.

NEUROL az orvos kezében a legczélszerűbb készítmény, ha gyenge egyéneket erősíteni óhajt; a táplálékra a gyomorban fermentative oldóan hat és fokozza az anyagcserét. Betegségek stb. folytán a testből eltünő szükséges anyagokat, mint meszet, vasat, phosphort, alkaliákat és lecithin könnyen assimilálható alakban újból a szervezetbe bekebelezi; alkalmazása nem jár káros vagy kellemetlen mellékhatásokkal és számos orvos, mint azt bizonyitványaik feltüntetik, a legjobb erősitő szer gyanánt alkalmazta influenzánál, ideggyengeségnél, sápkórnál, vérszegénységnél, rhachitisnél, mirigybántalmaknál, scrophulosus hajlamnál gümökórnál és gyermekek fogzásánál.

NEUROL 1904-ben a bécsi, londoni, párisi és berlini kiállításokon a legnagyobb kitüntetésekot nyerte el; minden gyógytárban por- és pastilla-alakban kapható.

Magyarországi főraktár: Dr. Egger Nádor-gyógyszertára, Budapest, VI. ker., Váczi-körút 17. szám.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható.
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegsége ellen.

Készülék házi használatra **„Thermo-Variator“** minden szakmabeli üzletben kapható.

„Thermiol“ (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** jól bevált tüdő- és gégefötuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator“-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol“**-inhalációkat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Felvilágositást nyujt a **Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10,** vagy ennek képviseletében **László Frigyes dr., Budapest, VII., Erzsébet-körút 41.**

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára. Mérsékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok dijmentesen.

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szivesen veszik.

Sokszor kitüntetve. — **Több mint 3500 szakvélemény.**
Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

Negyvenkilenczedik évfolyam. **11. szám.** *Budapest, 1905. márczius 12.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **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 **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kopits Jenő: A skoliographia módszereiről. 174. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. További adatok az angolkóros és statikai lúdtalp inképléssel való gyökeres gyógyításához. 176. lap.

Navratil Dezső: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyítása. Egy újabb oesophagus-varrat. 177. lap.

Tárcza. Kubinyi Pál: Berlini levél. 180. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Ráskai Dezső**: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 181. lap. — *Könyvismertetés. J. Schwalbe*: Vorträge über praktische Therapie. 182. lap. — *Lapszemle. Közegészségtan. Kolle*: Tejhygienei vizsgálatok. 182. lap. — *Sebészet. Rupfle*: Uj módszer a hydrocele kezelésére. Uj varró- és ligatura-anyag. 183. lap. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Burtley* és *Fairbairn*: Creosotal. *Floret*: Citarin. *Schäffer*: A kezek fertőtlenitése. — *Folyóiratok átnézete.* 183. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Károly Tivadar. — Kinevezések. — Bókai János-emlékalapitvány. — Oklevélbemutatás. — Kisebb külföldi hirek. — A hullaégetés Angliában. — A kuruzslók száma New-Yorkban. — W. Winternitz. — Az abstinens orvosok egylete. — Gümőkórellenes népszerű előadások megkönnyitése hazánkban. — Az izraeliták mortalitása és morbiditása. — A németországi egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága az 1904/5. tanév téli felében. — Tüdővész Magyarországon. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — Tátrafüred. — Elhunyt. 183—184. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — III. országos elmeorvosi értekezlet. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Mellékletek. Elme- és idegkórtan. 1. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Ernő Emil* egyet. tanár. — E. Merck vegyészeti gyár „Thyreoid" czimű prospektusa. — Lipótvárosi gyógyszertár „Nervinol Barabás" czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A skoliographia módszereiről.

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

Betegségeket, a szervezet functioinak zavarait, valamint a test külső alakváltozásait csak az képes megállapítani, a ki tökéletesen ismeri az ép szervezetet, annak ép anatomiai és physiologiai viszonyait. Csakis ily ismereteknek s képek nagy sorozatának agyunkba raktározásával felfegyverkezve van módunkban egy bizonyos esetben — a talált elváltozás vizsgálatakor — a normalis viszonyokat, illetve azok képeit képzeletünkben felidézve, az észlelt leletet azokkal összehasonlítani. A kinek ez ismeretei hiányoznak, annak nincs meg a kellő támpontja annak a megitélésére, mi a normális, s mi a kóros. A ki nem ismeri az ép emberi test alakját, a csontok kiálló dudorodásait, az izületek kitapintható körvonalait, azok mozgásának az irányát s határait, az nem tudja, hogy a talált viszonyok mennyiben térnek el a normalistól; a ki nem ismeri az ép tüdők felett hallható zörejeket, az nem constatálhatja azok kóros elváltozásait; az ép szívhangok ismerete nélkül nem diagnostizálhatunk szívbajokat. Ez esetekben tehát az agybeli működés mindig *összehasonlításban* áll, midőn mérlegeljük, hogy a megváltozottnak látszó állapot miben és mennyiben tér el egy állandónak tekintett normalis állapottól.

Nemcsak akkor vagyunk azonban ez agybeli összehasonlításra utalva, midőn azt constatáljuk, hogy a szervezet beteg, hanem akkor is, midőn a betegség nemét állapítjuk meg, mely esetben sokszor az *egyes betegségek s azok tünetcsoportjának az összehasonlításával mondjuk ki a diagnosist*, a mi természetesen az egyes kóralakok ismereteit tételezi fel.

Egy és ugyanazon betegségben is, annak minden szakában szükséges véleményt alkotnunk, sőt gyakran mondanunk is, a beteg állapotáról, annak javulásáról vagy rosszabbodásáról, a mit csak úgy vagyunk képesek megtenni, ha a beteg mai állapotát összehasonlítjuk a tegnapival, a tegnapelőttivel, sőt a még régebbivel. Az esetben azonban, ha sok beteg áll egyidejűleg gyógyításunk alatt, s kötelességünkhöz híven pontosan akarjuk észlelni s mérlegelni azon eredményeket, melyeket gyógyító eljárásunkkal elértünk, nem bizhatunk túlságosan emlékezőtehetségünkben, hanem igyekszünk a beteg állapotát akkor, midőn kezelésbe vesszük, minél pontosabban, minden jellegző tünet feltüntetésével rögziteni, hogy később a betegség folyamán legyen mivel ismételten összehasonlítani vizsgálatunk eredményét.

Eme törekvés szülte azon feljegyzéseket, melyeket *kórtörténetnek* nevezünk. A kórtörténet a betegen észlelhető, betegségére jellegző kórtünetek összefoglalása. Jó kórtörténetet csak jó észlelő irhat, mert a jó kórtörténetirónak arra kell törekednie, hogy a leirás olyan legyen, mely évek mulva olvasva is mintegy szemeink elé varázsolja a beteg akkori állapotát.

A betegészlelés kapcsán bizonyos tünetek változását csakis a leirás útján tudjuk visszatükröztetni, pl. miként változott a beteg bőrszine, vizenyője, étvágya, általános közérzete stb. A leirásnál pontosabban mutatják azonban a változást azon leletek, melyek megmérhetők s számokban kifejezhetők, mint a pulsus száma, a légzés száma, a vizelet mennyisége, a vérsejtek számaránya, a hőmérsék változása stb. Még jobban mérlegelhetők a tünetek változásai, ha képesek vagyunk azokat graphikailag szemlélhetőkké tenni. Bármily jó leirásnál sokkal áttekinthetőbben rögzithetők pl. a mell-

kasbeli szervek elváltozásai, ha a physikalis vizsgálati módszerek által nyert adatokat a mellkas csontvázát ábrázoló vázlatba belerajzoljuk; a sphygmogrammgörbe első pillanatra felvilágosít bennünket a pulsus minőségéről, s a hullámok alakjából a vérnyomás nagyságára vonhatunk finomabb következtetéseket; az egyes napok számokban kifejezett hőmérsék ingadozásából összeállított úgynevezett lázgörbe alakja pedig oly jellegző egyes betegségekre, hogy annak alapján biztos diagnosist mondhatunk.

Látjuk tehát, hogy a belső bajok gyógyítása közben is felmerül az igyekezet, hogy minél szemlélhetőbben ábrázoltassék a beteg állapota a betegség egyes phasisaiban, bár mindenesetre ez a dolog természeténél fogva legtöbbször csak részben sikerülhet. Még inkább kínálkozik az alkalom a test külsején látható alakváltozások s megbetegedések képének a megörökítésére, részben, hogy gyógyító eljárásunk eredményét mérlegeljük az időnkénti leletek összehasonlítása által, részben, hogy beavatkozásaink után is pontosan magunk elé idézhessük az előbbi állapotot, végül pedig, hogy a beteg maga is szemmel láthatóan meggyőződjék a gyógyító eljárás hasznos voltáról.

Ezekben igyekeztem támogatni azon véleményemet, hogy megfelelő mérőeszközök használata az orvostudományban nemcsak jogosult, hanem azokra szükség is van. Különösen szüksége van a mérésre az orthopaednek oly bajok gyógykezelése közben, melyeknél a deformitás javulása, illetve meggyógyulása nem következik be gyorsan, egyszeri beavatkozásra, hanem fáradozásunk eredménye csak fokozatosan s hosszabb idő mulva várható. Ilyen deformitás első sorban a gerinczoszlop oldalgörbülete — *skoliosis* —, melynek gyógykezelésekor érezzük leginkább egy alkalmas mérési mód szükségét.

Hogy skoliotikusok gyógyításánál időnkénti vizsgálatra s a vizsgálatnál nyert eredmény megörökítésére a fent említett okokból szükség van, az tagadhatatlan. Feltétlenül szükséges, hogy mielőtt egy gerinczoszlopelgörbülésben szenvedő beteget gyógyításba veszünk, annak akkori állapotát valami módon rögzítsük, de mindenképen úgy, hogy az minél inkább s minél pontosabban tükrözze vissza ugyanazon egyén alakját. E nélkül nem tudjuk megmondani, hogy betegünk deformitása javult-e vagy rosszabodott, az alkalmazásba vett gyógyító eljárások helyesek-e, képesek-e javulást létrehozni vagy azok alkalmazása mellett is rosszabbodik betegünk állapota.

Az első vizsgálatnál nyert képet emlékezetünkben eléggé megbizhatóan nem tarthatjuk meg, már csak azért sem, mert skoliotikusok rendesen nagyobb számban vannak egyidejüleg gyógykezelésünk alatt, másrészt a változások nagyon lassan fejlődnek, legtöbbször csak hónapok mulva constatálhatók, a betegeket pedig, ha kezelésünk alatt állanak, naponta látjuk, a mi még inkább megnehezíti a hónapok előtt nyert kép emlékezetünkbeni felidézését. A talált kép bármely pontos kórtörténeti leirása is csak általánosságban mozoghat. Megadhatja a leirás az elgörbülés irányát, a lapoczkák és a medencze helyzetének a változását, a test körvonalainak a leirását, de nem adja épen azok nagyságának a *fokát*, sem az egyes elváltozott részek egymáshozi viszonyáról nem nyujthat pontos képet. Szükséges, hogy az első megvizsgáláskor nyert képet úgy rögzítsük, hogy az a beteg alakját a valóhoz híven tüntesse fel s alkalmas legyen arra, hogy összehasonlítás útján megállapíthassuk rajta a javulás fokát, annak gyors vagy lassú előmenetelét, a miből azután fontos következtetéseket vonhatunk az illető bajának a prognosisára.

Tanulmányom tárgyává tettem azon módszereket, melyek ma forgalomban vannak az emberi test deformitásai, nevezetesen a skoliosisos törzs ábrázolására, illetve az elváltozás fokának a mérésére, hogy mérlegelhessem, mennyire felelnek meg azok a kitüzött czélnak. Úgy találtam, hogy az ily czélra alkalmazott módszerek és eszközök száma nagy. *Schulthess* a mérőeljárásokról táblázatot készítve, 4 csoportba osztotta be azokat, mely táblázatot *Hoffa* kibővítve, újabb kiadású tankönyvében 6 csoportra egészített ki:

I. csoportba azon eljárások tartoznak, melyek a testen megejtett *méréssel*, illetve a testen meghatározott bizonyos pontok egymástóli távolságának számokban kifejezett viszonyából állapítják meg a deformitás nagyságát;

II. csoportba tartozó eszközökkel *a test körvonalait* nyerjük;

III. csoportba a deformitás *perspectivás* ábrázolása tartozik;

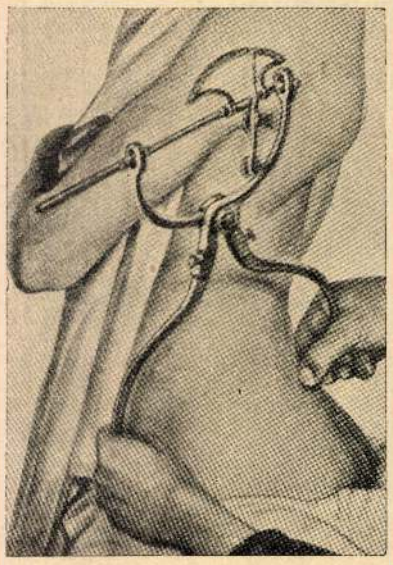
IV. csoport a *Röntgen-photographiát*, az

V. csoport a deformitás *plastikus utánképzését* foglalja magában, míg külön számítja

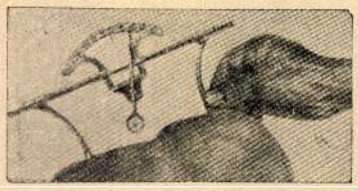
VI. csoportnak a *test magasságának* rendszeres *mérését*.

Legyen szabad e módszerek és eszközök közül röviden ismertetnem az általánosabban ismerteket és használtakat, hogy azokat felülbirálva megismerjük előnyeiket, de hátrányaikat is.

A legegyszerűbb és legrégibb eljárás a test egyes pontjainak, illetve azok egymástóli távolságának a lemérése. A mérés kiinduló pontja lehet magán a testen, midőn pl. a lapoczok csúcsának a távolságát mérjük mindkét oldalon a gerinczoszloptól, a lapoczcsúcsok távolságát a csípőtarajoktól, a mellbimbók távolságát a kulcscsontoktól, a köldöktől s a mellső felső csípőtövisektől. A mérés e módjánál a lemért távolságok közti különbségek adják a két testfél asymmetriájának a nagyságát. A szokásos mérések egyrésze megejthető a centimeterszalag segélyével, a törzs átlóinak a mérésére azonban a *tapintó körző* alkalmazása használatos. *Schildbach* ajánlotta a lapoczcsúcsok távolságának a mérését a proc. xiphoideustól, valamint a diagonalis átmérők meghatározását a bordapúp legmagasabb pontjától az ellenkező oldali mellkasi bordapúphoz s hasonlóképen a másik oldalon. *Schulthess* a csontváz két pontja niveaudifferentiájának a mérésére szerkesztett a tapintó körzőhöz hasonló mérőeszközt (*Nivellirzirkel*; 1. ábra). Az eszköz két szára végpontjának magasság különbségét a szárak csomópontján elhelyezett ingaszerü készülék mutatója, helyzetéből kimozdulva, egy köríven fokokban kifejezve adja. Schulthess eszközét a medencze hajlásának a mérésére használja, a spina ant. superior és post. superior niveaudifferentiájának a meghatározásával. Hasonló szerkezetü eszközt (2. ábra) ajánl *Schulthess* a bordapúp nagyságának a megmérésére is, melynél az előrehajlott beteg hátára elhelyezett eszköz két talpának a magassági különbségét szintén fokokban kifejezve kapja. *Müller G.* (Berlin) e czélra vízmértéket használ, melylyel centimeterekben kifejezve kapja a bordapúp, illetve a besüppedt oldali mellkas magasságbeli különbségét. A készülék úgy van szerkesztve, hogy a vízmérték azon lábát, mely a mélyebb oldalon áll, addig kell csavarni magasra, míg a magasabb oldal felé kifutott léghólyag a középpontot jelző vonal alá jut. Az emelés nagysága adja a két oldal közti különbséget. *Mindezen mérők természetesen csak azt mutatják, hogy a bordapúp felőli oldal mennyivel magasabb a besüppedt oldalnál.*



1. ábra.



2. ábra.

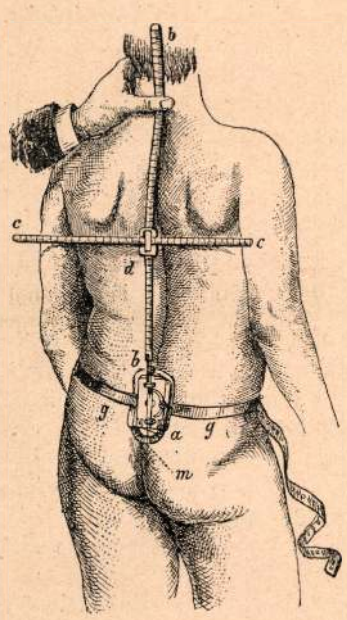
A mérés kiinduló pontja lehet azonban a testen kivül fekvő vonalon is. Legegyszerűbb módon kapunk egy testen kivül fekvő irányvonalat, ha a hát középvonalában egy ólomfüggővel ellátott zsinórt helyezünk el s ehhez mérjük hozzá a gerinczoszlop, valamint a lapoczok s a test oldalkörvonalainak a távolságát.

Ily mérésre ajánlott *Kirchoff** *Belly* intézetéből egy kis eszközt, melyet egyszerüsége dicsér. Az eszköz a nyakba akasz-

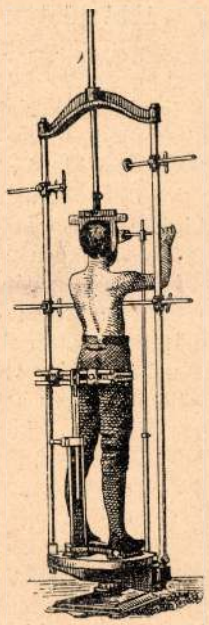
* A nem ábrázolt mérőeszközökről ábra a felhasznált irodalom felsorolásánál jelzett szám alatti műben található.

tott s a vertebra prominenstől lefutó centimeterszalagból áll, mely a végén könnyü súlylyal van ellátva; az eszközt egy rövid centimeter osztályzatra beosztott léczecske egészíti ki, melylyel a gerinczoszlop oldalkitérésének a távolságát a függő szalagtól mérjük. Hogy a gerinczoszlop anterio-posterior elhajlása is megmérhető legyen, a szalagot a vertebra prominensnél egy derékszögbe hajlított vassinnel a gerinczoszloptól távoltartja s az így függé lyesen lógó szalagtól méri a gerinczoszlop távolságát. A kapott értékeket egy kis vázlatba jegyzi — mely egy függélyes vonalat centimeterenként felosztó harántvonalakból áll — s így hozzávetőleg graphice is feltünteti a gerinczoszlop görbületének az alakját.

Complikáltabb a *Mikulicz* által e czélra szerkesztett mérőeszköz (3. ábra), melylyel egy függélyes fémszalagtól méri a gerinczoszlop s a többi fontos pont távolságát, a fémszalagra fel- és lecsúsztatható vízszintes fémszalag segítségével, azáltal pedig, hogy a függélyes szalag a medenczén megerősített és a keresztcsont felett fekvő oly szerkezetben van elhelyezve, mely a szalag elcsavarásának a nagyságát fokokban mutatja, számokban kifejezve ad felvilágosítást a törzs rotatiojának a nagyságáról. *Schultheſs* két évig használta az eszközt, de az eredménytől nincs elragadtatva. A készülék nehézkes, a függélyes rúd nem egykönnyen állítható be pontosan s oly széles, hogy kisfokú görbületnél az egész gerinczoszlopot görbülettel együtt elfedi. A torsio mérése is megbizhatatlan, mert a keresztcsont felett levő szerkezet helyzete nem mindig elég biztos; a keresztrúd s a függélyes tengely



3. ábra.

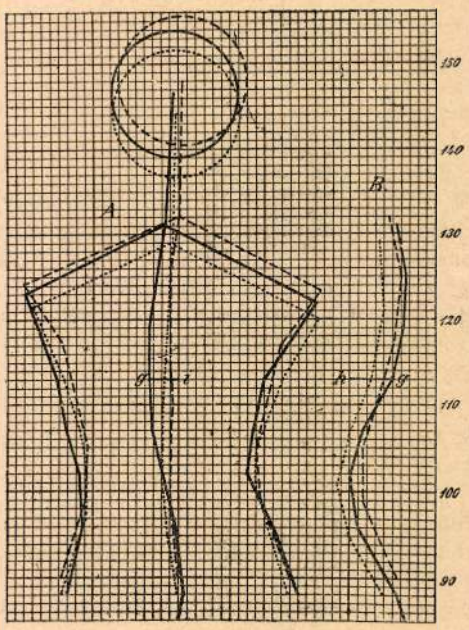


4. ábra.

közti aránytalanság miatt pedig sokszor csavarodás áll be magában a függélyes fémszalagban. A torsionak csak nagyobb foka határozható meg az eszközzel, a gerinczoszlop sagittalis görbületei azonban semmiképen sem.

A törzs bármely pontját a térben meghatározhatjuk a *Zander-féle mérőkészülékkel* (4. ábra). A massiv, egy helyhez kötött eszköz alapját egy köralakú fokokra beosztott vaskorong képezi, melynek kerülete mellett két erős, centimeterekre beosztott vasoszlop emelkedik egymással szemben a korong kerületén, mely oszlopok a korong alatt és magasan a korong felett szilárdan vannak összekötve egymással. Az így képződött keret forgatható a korong kerülete körül s annak bármely pontján rögzíthető. A keret felső részének a középpontjából egy függélyes rúd bocsátható le az alapkorong középpontjában álló, megmérendő beteg fejére, melylyel úgy a beteg magasságát, mint a fej állását meghatározhatjuk; ugyanezen rúd alsó végén van alkalmazva a fej rögzítő készüléke is. A két oldaloszlopról horizontalis irányban a készülék tengelye felé kihúzható vagy a rudak felé visszatolható, centimeterekre beosztott fémrudak nyúlnak, melyek az oszlopok bármely pontján rögzíthetők s arra szolgálnak, hogy velük a törzset a kivánt pontokon érintsük. Az érintett pont helyzetét a térben úgy nyerjük, ha leolvassuk az érintett pontnak az oldaloszloptól levő távolságát a harántirányú érintő rudon és a rúd távolságát az alaptól. Az így nyert értékeket egy négyszögekre osztott papirlapra átvihetjük s a nyert pontokat összekötve oly alakot nyerünk, mely a törzs helyzetét, illetve alakját ábrázolja (5. ábra). A mérés sok időt vesz igénybe, a mi alatt a beteg nem képes kellő nyugodtsággal megállani a fixálás daczára sem, sőt a fejnek a fogvatartása, azt hiszem, a törzs helyzetét erősen befolyásolja. A nyert számadatok graphikusan kifejezve nagyon zeg-zugos alakot adnak s élénk képzelőtehetségre van szükség, hogy abból a beteg eredeti állapotára vonjunk következtetéseket.

Mindezen eljárásoknak, melyek számokban kifejezve adják a beteg alakjának az asymmetriáját, nagy hátrányuk első sorban, hogy a felvétel hosszú időt vesz igénybe, a beteget kifárasztja, s mialatt egyes leméréseket végzek, addig az azt megelőző méret kiinduló pontjai rég elhagyták helyzetüket s így az egyes méreteknek egymásra vonatkoztatása legtöbbször hamis. Másik akadálya a pontos mérésnek, hogy az egyes pontok, melyeket a törzsön kiinduló pontnak felvenni szoktak, pl. lapoczcsúcsok, csípőtövisek stb. nem képeznek valódi pontokat, inkább kisebb síkfelületeket, melyek $^1/_2$—1 cm. eltérést könnyen megengednek s így tág teret nyujtanak a jóindulatú mérésnek; de ha legszigorúbban az igazság szerint ejtjük is meg a felvételt, az ismételt mérésnél ugyanazon pontokat bajosan tudjuk ismét feltalálni. Mindazonáltal a törzsön végzendő egyes mérésekre bármely eljárás mellett is sokszor szükség van, mert egyes detail kérdésekre csak ez ad-



5. ábra.

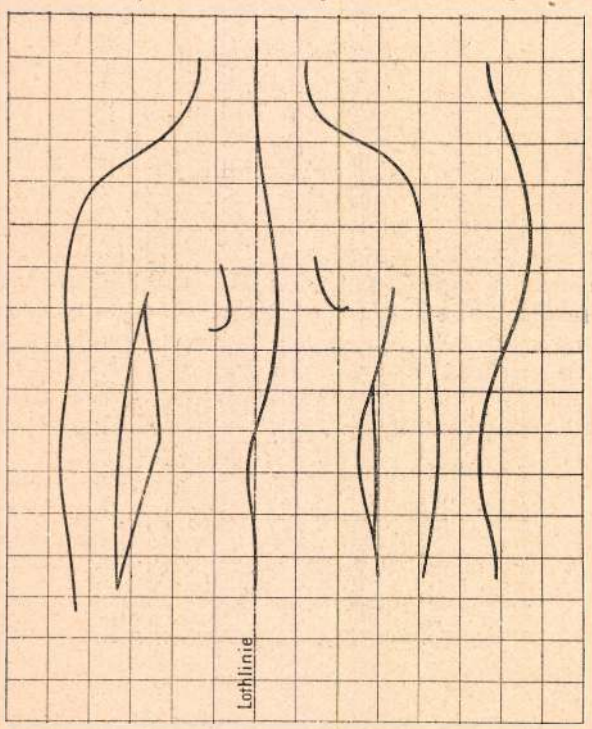
hatja meg a feleletet, de egyedül a mérésekből nyert számhalmaz nem tükrözi vissza eléggé a beteg állapotát.

Legkevésbé elfogadható azonban *Schanz* eljárása — melynek Hoffa beosztásában újabban egy új csoportot nyitott —, ki a fáradságos és időt rabló mérések helyett megelégszik a systematikus magasságméréssel a gyógykezelés eredményének az ellenőrzésére. Abból indul ki Schanz, hogy egy ívalakú görbe vonal két végpontjának a távolsága növekszik, ha a görbét kiegyenlítjük, s fogy, ha a görbület növekszik. Ebből következik tehát azon következtetés, hogy ha a gyermek magasabb lesz, úgy a gerinczoszlop görbülete javul, míg ha kisebbedik a magasság, a skoliosis rosszabbodik. Növekedésben levő egyéneknél ajánlja az összehasonlítást a normalis növekedési táblázattal. Azt hiszem ezen eljárás nemcsak nagyon felületes, de nagyon merész is következtetéseiben. A magasságmérés alkalmazása csupán akkor jogosult, ha valamely hordható készüléknek gerinczoszlop-redressáló hatását akarjuk ellenőrizni. Ilyenkor, ha úgy találjuk, hogy a beteg magasabb, mint közvetlenül a készülék alkalmazása előtt, úgy határozottan állíthatjuk, hogy a gerinczoszlop íve lelapult. Schanz módszerével azonban nagy csalódásoknak lehetünk kitéve, mert az alsó végtagok nagyon is individualis hossznövését is a görbület lelapulásának a javára számítjuk.

A tisztán mérési módszerek ez említett hátrányai miatt már régen törekedtek arra, hogy a beteg törzsének vagy törzse bizonyos részeinek a körvonalait ábrázolják, hogy ekként összehasonlításra alkalmas vázlatos képet nyerjenek. E körrajzot kétféle módon igyekeztek lehetőleg a valósághoz híven rajzolni: *optikai eszközök* segitségével és *mechanikus* úton.

Egyike a legrégebben alkalmazott optikai eljárásoknak az, melyet *Schildbach* követett, ki egy egyszerű camera obscurának a homályos üveglapjára vetett képen az alak contourjait utána húzva, nyert vázlatos képet, melynek azonban maga sem tulajdonított nagy fontosságot. Ép ily kevéssé megbizható, de sokkal nehezebben kivihető s complikáltabb *Grünbaum*[4] „ikonometriának" nevezett eljárása, ki az Epper féle dikatopterrel egy quadratmilimeter papirra vetett képet rajzolja le, a miáltal a nyert képet (6. ábra) a közvetlen mérésre alkalmassá teszi.

Eléggé ismert *Bühring*[13] mérőkészüléke, mely egy állvány két oldaloszlopán különféle magasságra beállíthatóan elhelyezett farámában megerősített üveglapból áll. Az üvegtábla hüvelyknégyzetekre van beosztva és hosszanti középvonalában egy függőónt hord, mely a táblát két félre osztja. E függőónnal párhuzamosan magasabbra vagy alacsonyabbra beállítható diopter van, A készüléket még a tábla előtt levő, a beteg rögzítésére szolgáló, egyszerű bádogkarok egészitik ki. A készülék használata egyszerű. A lerajzolandó beteg a tábla előtt áll, a rajzoló pedig a diopteren át nézve a törzset, annak contourjait és a szükséges részleteket



6. ábra.

vízfestékkel a táblán utána húzza. Schulthess szerint hátránya a készüléknek, hogy egy szempontból nézve a törzs körvonalait, nem kapható pontos geometriai vetület. *Gramcko*[2] ugyancsak üvegtáblát használ s pontos projectio nyerése végett a beteg hátát az üvegtáblához szíjjazza. Könnyen érthető mily kényszerhelyzetben van a törzs a felvétel alatt. *G. Miló* szintén egy keretben elhelyezett üvegtáblát használ. Módszerében felhasználja a vastag üvegtábla tükrözését és átlátszóságát. Ha ugyanis egy függélyes síkban álló üveglapra merőlegesen egy czeruzát tartunk a hegyével, úgy az visszatükröződik az üveglapon, de a mellett az üveg tábla mögött álló tárgyakat is látjuk s a czeruza folytatásának látszó visszatükrözött képet a látott tárgy körvonalain végig húzhatjuk, miáltal azt felrajzolhatjuk az üveglapra. Ha a czeruzát egy csontpálczikával helyettesítjük, mely a keret oldalán, szintén a függélyes síkban elhelyezett pantograph-fal van összeköttetésben, úgy azonnal kicsinyítve felrajzolhatjuk a tábla előtt álló skoliosisos törzs körvonalait.

Sok tekintetben pontosabb körrajzot kapunk *mechanikus úton*. E készülékek azonban legtöbbször nagyon complikáltak, ezért drágák is, sok helyet foglalnak el, s használatuk nagy gyakorlatot igényel. A nyert kép alakja nagyon változó lehet, a szerint, ki miként szokta az eszközt használni, s így mérésre csak mindig ugyanazon kéz által végzett ábrázolások összehasonlítását tartom jogosultnak.

E műszerek részben úgy adják a törzs körrajzait, hogy az eszközzel alkalmazkodva közvetlenül a test alakjához, arról valódi lenyomatot nyerünk, részben az eszköz áttételben rajzolja le a felvétel alkalmával a test körvonalain vezetett érintő mozgásait.

Eme csoportba tartozó eszközök közt használatában a legöregebb az *ólomsodrony*, mely pontosan alkalmazható a test idomaihoz, s arról eltávolítva, a nyert alakot könnyen reprodukálható módon megtartja, használata azonban csak korlátolt. Nem alkalmas a gerinczoszlop oldalhajlásainak az ábrázolására, mert a sodrony felveszi a frontalis hajlás mellett egyúttal a sagittalis görbületek alakját is, és így a sodrony oldalgörbülete sem marad megbizható, ha megszüntetjük a sagittalis görbületét, hogy alkalmazhassuk a rajzpapir síkjához. Alkalmas azonban a sodrony a mellkas horizontalis körrajzainak ábrázolására. A kapott kép azonban csak akkor pontos, ha a felvételkor a sodrony pontosan a horizontalis síkban feküdt. Hasonló czélra alkalmas a cyrtometer is, továbbá a gipszcsík (*Dollinger*).

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról.

További adatok az angolkóros és a statikai lúdtalp ínképléssel való gyökeres gyógyításához.

Hevesi Imre dr. egyetemi magántanártól.

Előző közleményem megirása óta egy év telt el, mely idő alatt alkalmam nyilt e téren további tapasztalatokat gyüjteni. Közleményem kiegészítéséül ide iktatom ezeknek rövid foglalatját.

Első sorban megemlítem azt, hogy különös érdeklődéssel kisértem azon betegeimnek sorsát, kik lúdtalpfájdalmaik miatt az utóbbi években segélyért fordultak hozzám és a kik egy vagy más okból csupán mechanikai kezelésben részesültek. Az elhatározó okok közül a legtöbb esetben az szerepelt, hogy az illetők mütéti beavatkozásba nem egyeztek bele. Némely esetben pedig a mütét útján való gyógyítást magam sem erőszakoltam. Ezek különösen azok a lúdtalp és pes valgus esetek, melyek igen fiatal egyéneknél, többnyire 12 éven aluli leánykáknál fordultak elő. Ilyeneknél, noha némelykor a baj már meglehetősen előrehaladott szakát állapithattam meg, már azért is eltekintettem a mütét javalásától, hogy a hátramaradó mütéti sebhelyektől megkiméltessenek. Igyekeztem azonban minden egyéb rendelkezésre álló módot és eszközt felhasználni a baj javítására.

A vértelen eljárások és segédeszközök közül mindenekelőtt jól készített lúdtalp-czipőket vettem segitségül. Ezek a redressált lábról vett gipszminta után faragott kaptafára készülnek. Szerkezetüknek az a feladata, hogy a redressement által helyreállított lábboltozatot alátámaszszák és a lábnak reálépésekor mérsékelt hanyintott állást biztositsanak. E czélt vagy a belsejükben végighúzódó celluloid-, celluloidmull-, parafa-, aluminium- vagy aczéllemezbetéttel egy füst alatt érheti el az ember, vagy pedig a betét csak a lábboltozat alátámasztására való, míg a supinatio létesítésére a sarok és talp mediális oldalának magasabbra készítése szolgál. Mindenképen ügyelni kell a czipőkészitésnél arra, hogy a laterális oldala erős kéreggel 2—3 cm. magasságban meg legyen keményítve, hogy a lábnak az oldalfelé lejtő talpon való lecsúszása, illetve a czipőnek ilyen értelemben való helytelen kitiprása megakadályoztassék.

E mellett hosszú időn át, legalább félévig naponként kell a redressáló manipulatiókat folytatni oly értelemben, hogy a zsugorodott lágyrészek nyújtassanak, még pedig olyan erővel, a minőt a beteg csak el tud viselni. Hozzájárulnak a lábszár és talp izomzatát erősítő passiv és activ tornagyakorlatok, melyek közt igen hasznos a két oldalra lejtő deszkán való sétálás leginkább czipő nélkül. A lábszár és a rövid talpizmok massage-a és faradizálása ezt a kezelést czélszerüen támogatja.

Számos idősebb betegemnél hasonló kezelést alkalmaztam, persze többé-kevésbé tökéletes kivitelben, a mennyire épen a külső körülmények megengedték. A konzervativ gyógykezelésnek ezen

módszereit azért tartottam helyénvalónak részleteikben vázolni, hogy megmutassam, hogy vértelen módon kezelt betegeimnél ez idő szerint rendelkezésünkre álló semmi segédeszközt sem mulasztottam el felhasználni.

Az így elért eredményeket a műtét után valókkal összehasonlítva, egész tárgyilagossággal állíthatom, hogy ez az összehasonlítás is mütéti módszerem javára üt ki. A leirt kezelés mellett t. i. elérhetjük és könnyebb esetekben el is érjük azt, hogy a lúdtalpfájdalmak megszünnek, a láb helyes állásba jut és a lábboltozat ismét felemelkedik. A baj azonban mégsem mondható a legtöbb esetben gyógyultnak még 1—2 év mulva sem, kivéve talán a legenyhébb, kezdődő eseteket. Mihelyest ugyanis a beteg orthopaed czipőjét félreteszi, vagy mezítláb állani akar, a lábboltozat újra ledől. A külső támaszték mellett ugyanis az izomzatnak kellene annyira megerősödnie, valamint a meglazult és kinyúlt szálagkészülékeknek kellene a csontokat újra oly szorosan összetartaniok, hogy a test súlyának káros hatását ellensúlyozhassák. Talán évekig folytatott legpontosabb kezelés mellett el is érnék erre való képességüket, de hol van az az orvos, a ki erre — már csak anyagi oldalát véve is a dolognak — vállalkozhatik? És főképen melyik pacienben találnók meg a kitartásnak ezt a fokát?

Az orthopaed kezelést azért nem mondom elvetendőnek, sőt igen is hasznosnak és egymagában is kielégítőnek tartom enyhébb esetekben, valamint oly egyéneknél, kiknek anyagi viszonyai annak legalább némiképen elégséges végrehajtását és a költségesebb orthopaed czipők állandó használatát megengedik.

Másképen áll a dolog a súlyos esetekkel és rendes kórházi betegeinkkel. Ezek rendesen mentül hamarább munkaképesekké szeretnének válni. A mütéteimnél szerzett, immár több mint két éves tapasztalataim feljogosítanak arra a véleményre, hogy a legeslegsúlyosabb lúdtalp is legfeljebb három hónap alatt annyira gyógyul, hogy az illető betétes czipővel korlátlanul munkaképessé válik. Betegeim egyike sem viselt — jóllehet ajánlottam nekik — még egy félévig sem azután ilyen czipőt, hanem közönséges lábbelit, czipőt, csizmát vagy épen bocskort; recidivát mégsem láttam eddig egyiknél sem. Véletlenül épen a legutóbbi időben négygyel találkoztam, a legrégebben operáltakkal. Mindegyik teljesen jól van, ámbár elég megerőltető és sok járással egybekötött munkát végeznek.

Az előző közleményemben felhozott esetek óta még tizenegy lúdtalpat kezeltem mütéti módszeremmel. Mind a munkásosztályhoz tartoznak. Van köztük 22 éves szobalány és 45 éves napszámos is. Ezeknél egyelőre elhagytam a m. extensor hallucis longus átültetését a m. tibialis anteriorra egyrészt azért, hogy a műtétet rövidítsem, másrészt pedig azért, hogy az utóbbi izom átültetett ínának feszülését ne fokozzam, mielőtt az új tapadás helyén erősen oda nem forrott. A mütét tehát ezeknél ez volt: Achilles-ín nyújtása, felének áttétele a rövidített m. tib. post. ínra, a m. tib. ant. átültetése a sajkacsontra transosseális módon, a m. peroneus brevis inának áthúzása ugyanide. Minthogy azt vettem észre, hogy ez az állandó gyógyulásra elégséges volt, legalább ezen esetekben később sem kellett a hosszú öregujjfeszitő átültetéséhez folyamodnom. Ha azonban azt látja az ember, hogy a lábboltozat és a supinatio talpraállásnál enged, akkor e pótlás mindjárt megtehető.

Végül megemlítem, hogy az egész műtét a sok varrással együtt utóbb már csak 25 perczet vett igénybe, úgy hogy kétoldali lúdtalpnál alig egy óra alatt mind a két láb operálását el lehet végezni.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.)

Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyítása. Egy újabb oesophagus-varrat.

Navratil Dezső dr. műtőorvostól.

(Folytatás.)

Fentebb röviden ismertettem mindazon okokat, kórokat, a melyek oesophago-trachealis sipolyt idézhetnek elő; most már csak az a kérdés, hogy és miként segítsünk operative az ilyen betegeken.

Carcinománál egyebet mint gastrotomiát nem végezhetünk, ezt is csak azért, hogy a beteg legalább éhen ne haljon. Többékevésbé talán ez áll tuberculosisnál is; bár ez utóbbinál, ha kis sipoly van jelen, ezt esetleg zárni megpróbálhatjuk, de ezt is csak akkor, ha a sipoly nem nagy s a szervezetben előrehaladt tuberculosis nincs; szóval, ha a beteg elég jó karban van, akkor a műtétet nemcsak kiállja, hanem fáradozásunkkal sikert is érhetünk el. De ha már egyszer a tuberculosis az egész szervezetben destruktiókat mutat, akkor zárásra többé már nem gondolhatunk s beérjük gastrotomiával.

A mi a többi okot s kórt illeti, traumáknál, luesnél, typhus, scarlatina, abcesssus okozta perforatio eseteiben be kell avatkoznunk, feltéve, ha a szervezet nincs annyira elgyengülve s a körülmények olyanok, hogy a mütét után a sebszélek gyógyhajlamában is bizhatunk. De itt szintén főtényező szerintem a sipoly nagysága is. Kis sipolyoknál esetleg fillérnyi nagyságig inkább van reményünk műtéttel segíteni, míg ennél már sokkal nagyobb defectusokat pótolni nagyon nehéz s az eredményt illetőleg sokkal kétségesebb.

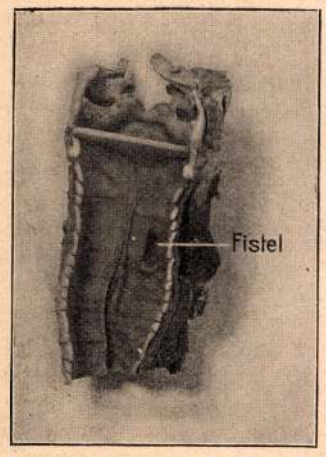
Hogy és miként gondolnám én az egyes említett esetekben a sebészi therapiát, azt közleményem végén fogom kifejteni; előbb saját vizsgálataimat, kisérleteimet akrom bemutatni.

A klinikánkon előfordult luetikus oesophago-trachealis sipolyú beteg esetéből kifolyólag elhatároztam, hogy e kórképet beható tanulmányozás alá veszem, tekintet nélkül annak akár luetikus, akár más voltára s experimentativ kisérleteket teszek kutyákon. Kitüzött czélom volt oesophago-trachealis sipolyokat létesíteni s ha majd azokat létesítettem, zárni is. Első esetem a következő:

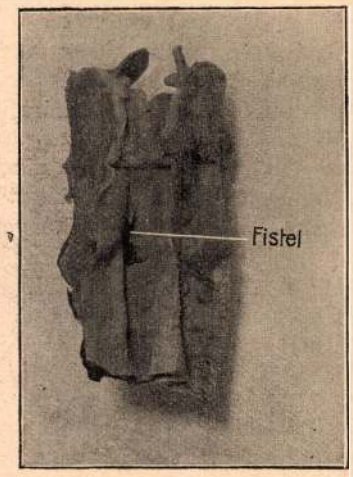
1904. február 10-dikén egy kutyán végeztem műtétet, műtét előtt a kutyát orra elé tartott aetheres vattával sikerült hamar bódulatba hozni s a bódulatban az os hyoideumtól kezdve lefelé a középvonalban négy ujjnyi metszést ejtettem. Bőr, bőr alatti kötőszövet átvágása után előttem feküdt a trachea, melyet kipraeparáltam. A tracheán egy vérző ér futott végig, azt lekötöttem. A környezetéből felpraeparált tracheát balról jobbra kampóztattam a segéddel s e közben az orron át a bárzsingba tápláló sondát vezettem, mely hivatva volt támpontul szolgálni az oesophagus felkeresésére, majd az oesophagusban bennt hagyva, mint állandó tápláló sonda szerepelni. A recurrenst műtét alatt láttam. A trachea II—VII-dik gyűrűjének megfelelőleg az oesophaguson nyilást ejtettem, az oesophagust a sebszélekbe öltött egy-egy fonál segélyével előrehúztam. A bárzsingnak hátulsó, a trachea felé eső részét a tracheához három csomós varrattal odaöltöttem. E csomós varratokat nem vágtam le, hanem teljes hosszukban meghagytam, hogy újabb mütétnél (majd zárásnál) mint irányító fonalak szerepeljenek a sipoly felkeresésénél. A bárzsingsebzésnek megfelelően a tracheának III—VI-dik gyűrűjét hosszában átmetszettem s egy ovalis alakú kis részt vágtam ki a tracheából, mivel ha a tracheát egyszerűen átvágom, sipoly nem keletkezik, mert a gyűrűk rugékonysága az átmetszett széleket egymáshoz szorítja. Az egész műtét alatt nagyon csekély vérzés volt. A bárzsingseb lateralis, illetőleg kifelé eső sebszélét három öltéssel a trachea elülső sebszéléhez provisorice úgy öltöm oda, hogy a fonálból egy kacsot engedek a czélból, hogy majd műtét után egy nap mulva a trachea és bárzsing mellső sebszéleit így könnyen egyesíthessem és így sipolyt létesítsek. Nagyon félve a bronchopneumoniától, először a hátulsó sebszéleket hagytam így összeforrni, a készítendő sipolynak lumenét pedig gondosan jodoformos mullal kitamponáltam. Szóval a hátsó sebszélek egyesíttettek, a mellső sebszélek pedig műtét után egy nap mulva jodoformos csík eltávolítása után a provisorius kacsok meghúzása által egyesíttetni fognak.

A sebet nyitva kezelem. A bárzsingsonda mint állandó gyomorsonda szerepel s ennek végét egy varrattal az állat orrához erősítem, a sonda többi részét a nyaki kötésben rögzítem. A kutyára szájkosarat teszek. Kutya műtét után eléggé vidor, közérzete jó, meleg helyre, kályha mellé teszszük. Nyugodtan fekszik, nem hány, légzés szabad. Czélom a kutyát állandóan sondával táplálni. Február 11-dikén a kutya jól van, 1/3 liter tejet kap egy tojással, kötésváltás. Délután szintén kötésváltás, a seb tiszta, váladék nincs. Február 12-dikén a kutya kissé elesett, a sebszéleket feltárjuk s a sipoly közzé helyezett jodoformos gazet eltávolítjuk, a

provisorius kacsokat csomózzuk s így egy complett oesophago-trachealis sipolyt létesítünk. Mivel a bárzsingsonda nem vezet, új sondával a gyomorba 1/3 liter tejet tojással, végbélbe szintén tejet tojással adunk. Táplálás után a kutya véreset hány, de a tejet nem hányja ki. Délután támolyog. Február 13-dikán hajnalban exitált. Mellékelt praeparatum fényképein jól látható a sipoly.



3. ábra. Sipoly a trachea felől.



4. ábra. Sipoly a bárzsing felől.

Boncz jegyzőkönyv. A nyak elülső oldalain kétszer 5 koronányi területen borotvált hely. Ennek közepén egy hosszirányban futó 4 cm. hosszú, közepén 1 cm.-re tátongó, két vége felé kihegyesedő sebszél van, melynek alapján egy szürkéssárgás czafatokkal fedett, részben azonban már sarjadzó sebterület, közepén egy 2 1/2 cm. hosszú és 2 cm. mély, többnyire élénkpiros sarjakkal fedett sebbel. A szív gyermektenyérnyi területen szabadon fekszik. A jobb tüdő felső és alsó s a bal tüdő felső lebenyeinek a csücske, a mint a mellkas megnyitása után látható, rózsás piros színű; lencsényi egész félfillérnyi kiemelkedő területeken sötétkékes és szürke. Ugyancsak lencse illetőleg félfillérnyi göbcsékkel tarkázott. A jobb tüdő alsó lebenyében, ennek elülső felszinén több tüszúrásnyi egészen lencsényi véres folt van.

Szív kis gyermekökölnyi, sötétpiros alvadt vérrel telt úgy a jobb, mint a bal gyomor s a pitvarok, a szívbillentyűk épek, hártyásak, áttünők. Nagy edények épek. Tüdők alsó lebenyének hátsó része duzzadt, lószőrpárnatapintatú, s a jobb alsó lebeny külső alsó oldalain kiemelkedő vérzésekkel fedett, nyomásra gyengén fluctuáló gócz van. A tüdőlebenyek végigtapintásánál találunk néhol kölesnyi egész kis borsónyi góczokat.

Pleura mindenütt fényes, sima, baloldalt a tüdő felső és alsó lebenyeiben gyenge légpárnatapintatuk mellett szintén érzünk apró egész borsónyi kemény tapintatú göbcséket. A jobb tüdő alsó lebenyében jókora diónyi, alvadt vérrel telt, a felszinen kiemelkedő üreg van. A tüdő metszlápján elszórtan találunk szürkés, szemcsés, kiemelkedő részeket s ezek mellett sötétkékes besüppedő területeket.

A bronchusok nyálkahártyája erősen belövelt, szürkéspirosas, nyákkal fedett. A tüdő metszlapjaiból nyomásra szürkéssárga geny ürül. A bal tüdő hasonló a jobbhoz, csakhogy annak felső lebenyében több elszórt, szürke, kiemelkedő szemcsés góczot találunk. Ugy a bal, mint a jobb tüdő felső lebenyének csúcsa s a felső lebenyek szélei légpárna tapintatúak, belőlük nyomásra nagy mennyiségű habos savó nyomható ki. A bárzsing 3 cm. átmérőjű, nyálkahártyája duzzadt, szürkéspirosas; a gyürűporcz alatt 2 cm.-nyire egy 13 mm. hosszú, 3 mm. széles, tátongó, rongyos szélű anyaghiány van, melynek széleiből egy ligatura könnyen kivehető, a többi négy pedig az oesophagus falát a trachea gyürüivel egyesiti. Az oesophagus és trachea falai között a varratok szépen egyesültek, kivéve egy kis helyen, hol egy varrat széjjelvált. A gége és trachea nyálkahártyája erősen belövelt, vörös nyákkal fedett; a trachea bal oldalán a II. trachealis gyürűtől a VI.-ig a trachea hártyás szélétől 1/2 cm-nyire sebszél látható, mely 1 cm. hosszú és 4 mmnyire tátong.

A sebszél bal oldalán, mint már az oesophagusnál említettük, a sebszélek nem egyesültek, mint jobboldalt, a hol már az összetapadás teljes. Ezen sebszél környéke szürkéspirosasan elszínesedett, a nyálkahártya kevéssé duzzadt, nyomásra igen keveset elhalványuló, váladék nélküli. A halált broncho-pneumonia okozta.

Ezen első esetben tehát műtét után harmadnapra a kutya broncho peumoniában elpusztult, bár mint a fentebbiekből láthatjuk, mindent elkövettünk, hogy broncho-pneumonia létre ne jöjjön; ebből kitünik, hogy hiábavaló minden óvintézkedés e téren akkor, ha az ember a bárzsing és légcső között communicatiót teremt.

Egész másképen áll ez azonban azon esetekben, ha az ember nem egyszerre teremt sipolyt, és minden óvintézkedést megtesz arra, hogy az illető állat ne kapjon broncho-pneumoniát. Ezáltal valamely kór okozta oesophago-trachealis sipoly lassú képződését akarom utánozni, hogy így az individuum hozzászokjék, hogyan és miként kell viselkednie táplálkozáskor, hogy a táplálékot ne aspirálja. Fontos szerep jut ilyenkor a táplálkozásnál pl. a fejtartásnak s egyéb igen sok momentumnak, melyekre az állatot egyszerre betanitani nem lehet. Egész más ok a viszonyok embernél, a kinél nem hirtelen, mintegy meglepetésszerüen áll be az új állapot, mint a mütött állatnál, hanem a kinél, mialatt a sipoly lassan képződik, a légcső reflexek még teljesen megvannak, s így már a legelső pillanattól kezdve nincs kitéve annyira, mint egy ilyen elaltatott állat, a broncho-pneumonia veszélyének. Hiszen narcosisban a reflexek nem müködnek s így mihelyt az ember sipolyt teremt állatnál, a bárzsingnak a vongálása és az aether-narcosis maga az ébredés első pár perczében már hányást okoz, a mikor az állat légcsőreflexei még nem innerválódnak teljesen, úgy hogy az első az lesz, hogy az állat nyákkal kevert gyomornedvet aspirál. Ezek után, mivel czélom nemcsak az volt, hogy sipolyt teremtsek, hanem hogy a sipolylyal biró állatot életben tartva, azután a sipolyt zárjam is, e végből ki kellett gondolnom egy oly eljárást, a melylyel ugyan sipolyt teremtek, de mégis kizárjam azt, hogy a bárzsingnedv a tracheába aspiráltassék. E végből próbálgatódzásaimnak elseje e téren az volt, hogy a kutyánál (a mint azt alább kimerítően közölni is fogom) tracheofissiót végeztem. A trachea alsó sebzugába egy canulet helyeztem s a trachea felső sebszélein át a trachea canule feletti részét egy izben száraz, más izben vaselinnel impraegnált jodoformos gaze-zel szorosan kitamponáltam és e kitamponált részen ejtettem a tracheális sebnek megfelelő helyen a bárzsingon metszést, illetőleg képeztem ekként sipolyt.

Az ilyen eljárással végzett kisérleteim következők: 1904. márczius 3-dikán egy kutyánál oesophago-trachealis sipolyt létesítettem a fentebb leirt óvintézkedések mellett. A kutyát aether-narcosisban műtöttem; a mütét a következő volt: A nyak középvonalában az os hyoideumtól lefelé körülbelül három ujjnyira a bört, bőr alatti kötőszövetet átvágván, kipraeparáltam a tracheát. A IV-dik gyürűtől a X-dikig a nyak középvonalában a trachea gyürüit átvágtam. S így egy kiterjedt tracheofissiót végeztem, a mely tracheasebnek alsó zugába egy canulet helyeztem, mely felett a tracheát egész a hangszálagokig jól kitamponáltam száraz jodoformos gaze-zel.

Ezután a nyaki hosszbőrmetszést balra egy harántmetszéssel kitágítottam és így a recurrens kimélése mellett felkerestem a bárzsingot az orron át a bárzsingba vitt sonda segélyével. A bárzsingon a trachea II, III. gyürüjének megfelelően nyilást ejtettem, melynek hátulsó sebszélét a tracheához három csomós varrattal odaöltöttem. A tracheán e bárzsingsebnek megfelelően a II. és III. gyürün lencsényi anyaghiányt okoztam. A bárzsing elülső sebszélét a trachea elülső részéhez erősítettem s így oesophago-trachealis sipolyt létesítettem. Nyitva kezelés. Mütét után kutya jól van, keveset hány. A canulet állandóan tisztítom, még éjjel is. Márczius 4-dikén kutya jól van, mütét óta nem kapott semmit sem enni. Délután a sebszéleket segéddel óvatosan szétkampóztatom. Az oesophago-trachealis sipoly teljes. Gégében a tampon még a régi. Mivel meggyőződtem, hogy a sipoly complett, elhatároztam, hogy a sipolyt zárni fogom. E végből a sipolyt szétválasztom, úgy a trachea, mint a bárzsing sebszéleit felfrissítem. A tracheát két öltéssel összehúzom. A bárzsingot öt csomós, a nyálkahártyán át nem érő varrattal egyesítem, mely felett futó izomvarratot alkotok.

E mütét után a kutya jól van, nem hány. Gégébe új tampont helyezek. A kutya mindeddig még semmit sem kapott.

Éjjel jól van, a canule folyton tisztítva lesz. Márczius 5-dikén a kutya jól van; délután kötésváltás, bárzsingseb felére széjjelvált. Uj hét csomós varrattal egyesítem a széjjelvált bárzsingsebet, a mely fölé még egy futó izomvarratot alkalmazok. Ezután a kutya két deci tejet tojással s egy kanál cognacot kap bárzsingsondával. Kutya nem hány, a bárzsingseb szépen tart, trachea jól egyesült. Tracheába új tampon, állandó canuletisztítás. Márczius 6-dikán délelőtt a kutya jól van, bárzsingvarrat tart, tracheába új jodoformos tampon. Kutya két deci tejet tojással s egy kanál cognacot kap bárzsingsonda útján. Canule felett és alatt egy-egy nagy croupos álhártya van a tracheában, melyet eltávolítunk. A VII. trachealis gyürün lencsényi nagyságú canule usurálás. Tracheavarratnál kevés porczelhalás. Uj kötés. Kutya jól van, vidor. Délután az egész canule eltávolítása tisztítás czéljából. Canulet ezután visszahelyezzük.

Kutya bárzsingsonda útján kapja rendes táplálékát; táplálás után nem hány. Éjjel kevés véres tejet hányt. Márczius 7-dikén délelőtt a kutya jól van, délután kötésváltás. Tracheaseb, bárzsingseb széjjelvált. Erős kitamponálása a tracheának új jodoformos gaze tamponnal. Bárzsingsondával táplálás, mely után a kutya nem hány. Márczius 8-dikán a rongyos oesophagus-sebszélek előhúzása, sebszélek felfrissítése, oesophagus zárása narcosis nélkül. Az oesophagust ezen esetben a seb körül futó dohányzacskóvarrattal összehúzom, úgy hogy a varratok a nyálkahártyán nem hatolnak keresztül. E dohányzacskóvarrat hivatva van esetleges hányásnál a bárzsingban fejlődő nagy nyomást ellensúlyozni, hogy a bárzsing ki ne szakadjon. E dohányzacskóvarrat felett a bárzsing muscularisát futó varrattal egyesítem. Műtét után a kutya bárzsingsondával tápláltatik. Táplálkozás után a kutya erősen hány, a hányadékot azután felnyalja. Bárzsingvarrat ennek daczára prompte tart. Uj jodoformos mullt teszünk a trachea felső részébe. Márczius 9-dikén a kutyát per anum táplálom, de semmit sem képes magában tartani. Márczius 10. Kötésváltás, bárzsingseb széjjelvált. A bárzsinghiány koronányi, rongyos szélű s így további záró műtétre a kutya nem alkalmas; leszúrjuk és különösen légzőszerveit vizsgáljuk át behatóan. A hol a canule és jodoformos gaze volt, ott erős nyálkahártya-usurálás van. A tüdőkben bronchitisnek vagy bronchopneumoniának nyomát sem találjuk.

Igy sikerült elérnem, hogy a kutyánál oesophago-trachealis sipolyt létesítettem, azt fenntartottam broncho-pneumonia nélkül, de zárnom nem sikerült, mivel a bárzsing újra és újra kiszakadt. A mi a canule és jodoformos mulle okozta nyálkahártya-usurálást illeti, ez még meggyógyult volna, de nem a bárzsingseb, a melynél már az utolsó műtétet is csak kisérletképen végeztem, hátha sikerülne e nagy defectust mégis egyesíteni, bár kevés reményem volt, hogy az egyesülni fog.

Igy mielőtt e kisérleteimben tovább haladtam volna, beláttam, hogy előbb az oesophagus sebészi zárását kell tanulmányoznom és így egyelőre munkámat függőben hagyva, tisztán csak a bárzsingsebrés zárásával foglalkoztam, a mire egy kutyát szántam. A bárzsingseb praecis zárása, ha valahol, úgy az oesophago-trachealis varratoknál fontos, mivel ha a bárzsingvarrat nem tart biztosan, úgy a broncho pneumonia kikerülhetetlen.

E végből a bárzsingvarratok irodalmát vettem elő, s itt nagy segítségemre volt az 1904-ig pontosan összeállított irodalom e téren, a mit Balacescu és Cohn czikkében megtaláltam.[1] E közlemény napjainkig majdnem az összes oesophagotomiákat s oesophagus-varratokat magában foglalja.

Cheever volt az első, ki 1868-ban az oesophagotomia sebét egy sorban varrta. Gervais csak a mucosát, Abbé s a többiek a mucosát, submucosát és muscularist egy sorban varrták. Mások a mucosát, majd a muscularist külön-külön varrták. Balacescu és Cohn 310 esetet közöl, a melyek közül 197 esetben varrták a bárzsingsebet, és ezek közül csak 10 esetben volt prima az egyesülés. A többi esetben a bárzsingseb sarjadzás útján 30—40 nap alatt gyógyult. Az irodalomban ritkák az állandóan fennmaradt sipolyok és ritka a műtét után keletkezett bárzsingszükület. Ez utóbbira Krönlein említ egy esetet, a hol 4 hónappal az első oesophagotomia után az egyszer már oesophagotomizált egyénnél újra oesophagotomiát kellett végeznie egy evés közben fennakadt falat eltávolítása czéljából.

Az alábbiakban közölni fogom egy műtött kutya esete kapcsán vizsgálataim eredményeit, melyeket az oesophagus-seb zárása körül értem el. Az esetet teljességében közlöm, és ott, a hol valami újítást gondoltam ki e téren, azt mindjárt bővebben is tárgyalni fogom.

1904. márczius 13-dikán egy kutyánál bal oldalt pharyngotomia externát végeztem. Behatolás a sternocleidomastoideus mellső széle mentén. Az orron át a bárzsingba vezetett bárzsingsonda segélyével felkerestem a bárzsingot, s azon egy cm. hosszú sebzést ejtettem. A bárzsingsebet öt, a bárzsing nyálkahártyáját át nem öltő csomós varrattal egyesítettem. E felett futó izomvarratot alkalmaztam. A sebbe jodoformos gazet tettem.

Nyitvakezelés. Márczius 14—15-dikén kutya jól van, bárzsingsondával lesz táplálva. Márczius 16-dikán kötésváltás, s ekkor kitünik, hogy a bárzsingseb széjjelvált.

Csodáltam, hogy az ennyire praecis módon végzett bárzsingzárás daczára a bárzsingseb széjjelvált és ennek okát most már részben a varratban, részben pedig abban kerestem, hogy talán a jodoformgaze érintkezése a varrattal idézi elő annak széjjelválását. E nézetemet több olyan körülmény is megerősítette, a melyet alkalmam volt több esetben műtött egyéneken láthatni, hogy nyitvakezelésnél, ha a sebet jodoformos gaze-zel kitömtem, a jodoformgaze-zel érintkező némelyik fonál kiválott. E fenti meggyőződésemet azért általánosságban alkalmazni a sebészetben nem lehet, mert sok esetben jodoformos gaze-zel tamponálva ki a sebet, a varratok jól tartottak. Hanem mindenesetre kell valami összefüggésnek lenni a két körülmény között. A másik, a mit varratainál észrevettem, hogy bizony nagyon gyakori a varratok kiszakadása. Erről több esetben meggyőződtem az által, hogy különösen akkor, ha a kutya hányt, vált széjjel a bárzsingseb és így valószinüleg inkább ez a körülmény, mint a jodoformos gazenak érintkezése a fonállal okozta a varratok kiválását. E végből gondolkoztam, hogy hogyan lehetne a oesophagust úgy varrni, hogy az ember biztosítsa az oesophagust a kiszakadás ellen, a hányásnál létrejönni szokott nagy belső nyomás ellensúlyozására. E végből a dohányzacskóvarratot, a mely sok esetben oly jó eredménynyel használható, véltem itt is alkalmazandónak. Előnyei a bárzsingsebészetben eddig alkalmazott csomós vagy szűcsvarratokkal szemben a következők. Ezen varrat, a melyet a bárzsing nyálkahártyáinak át nem öltésével, a muscularis mucosaeben, a submucosában és a muscularisban vezetek, még egy nagy, jelen esetben 1 cm.-nél nagyobb bárzsingsebet is igen jól összehúz. S a mi a fő, mindenünnen egyenlően vesz el a bárzsing lumenéből egy keveset, s így nem okoz még ily nagy bárzsingdefectusnál sem későbbi bárzsingszükületet, mint az eddig alkalmazott egyvonalban vitt csomós vagy szűcsvarratok. Biztonság kedvéért az így vezetett dohányzacskóvarrat fölé még egy izomvarratot is alkalmazok, miáltal a sebet teljesen hermetikusan zárom. Tudnivaló azonban, hogy a dohányzacskóvarratnál annak erős összehúzása a szöveteket átvágja s így nem sokat ér; ha azonban bizonyos kimélettel, de mégis jól meghúzott fonállal csómozunk, ki van zárva, hogy a fonál bevágjon. Továbbá csomózás közben még egy körülmény figyelembe veendő, s ez az, hogy a bárzsing nyálkahártyája szeret a seb összehúzása közben a kacs közé belecsúszni s ha nem vigyázunk, akkor a dohányzacskóvarrat kacsába belejön a bárzsing nyálkahártyája is, s így ép nyálkahártya feküdvén ép nyálkahártyával szemben, az összeforradás ki van zárva. Esetleges állandóan fennmaradó tühegynyi sipoly alapját veti meg így a műtő. Ezért csomózás közben egy gombos sondával vagy egy csukott bonczoló csipővel a segéd gyengéden nyomjon a seb közepére különösen már az erősebb összehúzás előtt; ez által a nyálkahártya a bárzsingba visszatüretvén, a később képződő bárzsingsipolynak elejét veszszük.

E fentemlített varrattal a most már egy centimeternél nagyobb rongyos szélű sipolyt, sebszéleinek felfrissítése után zártam. Felette az izmokat egyesítettem, a bőrsebet bevarrtam részben, alsó pólusát nyitva hagytam s oda egy jodoformos gaze csikot vezettem, mely a mélybe ért bele, de a bárzsingvarratokat nem érintette.

(Folytatása következik.)

[1] Archiv für klinische Chirurgie. 1894. 72. k. II. f.

Tárcza.

Berlini levél.

Értesítés a német rákbizottság deczember 13-diki üléséről. Néhány szó a rákellenes mozgalom s a bizottság működéséről.

(Vége.)

A diagnosisra vonatkozólag kiemeli, hogy minden egyes esetben történt górcsői vizsgálat.

Előadását a bemutatás szempontjából 4 csoportra lehet osztani: 1. arsennal; 2. Röntgen-sugarakkal; 3. radiummal kezelt esetek; 4. különféle, legnagyobbrészt műtét utáni recidivák, Röntgen-sugarakkal kezelve.

Arsen-kúrát illetőleg sarkománál már régóta tesz kisérleteket. Bemutat ilyen módon gyógyult esetet.

Az esetek legnagyobb része természetesen a dermatologia körébe tartozott. Nevezetes volt egy, a jobb szem felett támadt cancroid, a mely akkora krátert vájt ezen a helyen, a mekkorát körülbelül egy fél narancs töltene ki. Az álképlet pusztításának a jobb szem is áldozatul esett. A bulbusnak csak durványa van meg. Az eset régibb, csak viaszmásolatát mutatja be. Arsennal kezelve egészen feltisztult, behámosodott, a kráter sekélyebbé lett s a beteg még 8 évig élt. Részben belsőleg, részben subcutan injectiók alakjában alkalmazzák és még nem tapasztalták hátrányos hatását. Hogy miként hat, nem tudja, valószinűleg az álképlet elzsirosítása által, a mihez még talán az antiparasitaer hatás is csatlakozik.

A Röntgen-sugarakkal kezelt anyag a leggazdagabb és legváltozatosabb volt. Mindenekelőtt bemutat egy fiatal embert, a kinek rendkivül kiterjedt favusát sikerült igy elmulasztani.

A rosszindulatú álképletek köréből bemutatott számos eset közül kiemelek két alajkrákot, azután cancroidot az orron, a homlokon. Valamennyi meggyógyult és pedig aránylag rövid idő alatt, igy egy 63 éves nő, a ki 7 évig szenvedett cancroidban, 3 hét alatt. Egy alajkrákban szenvedett férfinél eltünt a babnyi tumor, helyét csak vékony heg szövet jelzi, az egyén jól néz ki, mirigyek nem tapinthatók.

A radium Bequerel-féle sugarainak hatása hasonló, sőt megvan az az előnye, hogy idő multán is állandó marad, alig veszit valamit hatásából. Az 1 mgm.-nyi radium-bromidot tokocskákban ragasztótapasz-csik segélyével oda lehet alkalmazni a beteg hely fölé s ilyen mennyiség naponta ½ órán át alkalmazva sem okoz bajt, úgy hogy intelligens betegnek, kellő felvilágosítás után, a kezébe is adta s nem tapasztalt semmi rossz következményt,

Operabilis esetet csakis akkor kezelt igy, ha az illető nem akarta magát operáltatni, bár a bőrcancroidokra nézve megjegyzi, hogy a hatás biztos s nyujt annyit, mint a műtét, sőt többet, mert amaz anyagveszteséggel jár.

A negyedik csoport volt a legérdekesebb. Elmondja, hogy eredményeinek hallatára, részben orvosok, részben betegek utasitására annyi más, szintén rákban szenvedő özönlött hozzá, hogy egész kórházat megtölthetett volna.

Köztük mindenféle szervből kiindult tumor akadt. Ha operabilisak voltak, eo ipso műtétre utasitotta, másrészt óriási, sokszor már elevesedett álképleteknél amúgy sem remélhetett eredményt, miért is elküldte, kivált mivel sok nem is a szakmájába vágó eset volt, azonban még a töredéken is elég bő tapasztalatot szerezhetett. Ezek egy része már operatiók után recidivált beteg, a kiknél már amúgy sem lehetett egyebet tenni. Annál érdekesebbek voltak a bemutatás szempontjából. Ezek közül élénk impressiót tett reám egy beteg, a kit emlőrák-recidivájával egy operateur már elutasitott, mint olyan esetet, a melylyel ez úton már nincs tenni való. Az X-sugarak alkalmazására 18 ülés után megszüntek a fájdalmak, a kifekélyesedett terület, a melyet viaszmásolatban bemutat, behámosodott, a mirigyek lelohadtak, a beteg 6 kilogrammot hizott s több mint egy év óta egészségesnek érzi magát, orvosi szempontból tehát gyógyultnak mondható. Egy másik hasonló beteg 5 kgm.-mal gyarapodott. Természetesen felmerült az a kérdés, vajjon nincs-e valamely mélyebben fekvő helyen metastasis. Ez egyelőre legalább is nem valószinű, ellene szól a betegek külleme s a súlygyarapodás. Egy öregebb nőről is referál, a ki félelemből nem engedte magát operáltatni s már szétcsőben lévő emlőrákja begyógyult. Ilyanilyen ajakrák-esetet mutat be. A tumor helyén vékony heg van. Általában feltünő a hegek szépsége és simasága.

Kiemeli a R.-sugarak fájdalomcsillapító nagy erejét s említi egy nő esetét, a kinek inoperabilis sarkomája volt s szinte tűrhetetlen fájdalmak gyötörték a szabadon fekvő idegtörzsek mentén. A R.-kezelésre teljesen megszüntek a fájdalmak, sőt a fekély be is gyógyult. A beteg ugyan már jelen volt metastasisába belehalt, de legalább sikerült euthanasiát elérnie.

Ezután egy erőteljes férfi bemutatása következett, a kinek jobboldalt a lumbaltájékon hatalmas sarkomája volt. Már 4-szer operálták s mindig recidivált. Utoljára R.-sugarakkal kezelték. A fekély begyógyult, a tumor eltünt s jelenleg csak két tenyérnyi pigmentált heg van a helyén. Az illető jól néz ki, egészségesnek érzi magát és teljes munkaképességgel rendelkezik. Érdekes még egy parotis sarkoma esete, a mely a műtét után recidivált. R.-kezelésre jelenleg csak egy erős heggel bélelt mély behúzódás látható a helyén.

Bemutat azonfelül még egy hasonló módon gyógyult neurofibromát. Egy kiterjedt s kifekélyesedett mycosis fungoidest, a melynek viselője sikertelen gyógyitási kisérletek után Oroszországból utazott ide, zintén sikerült meggyógyitania. A betegség egy példányát, a mely még nem részesült kezelésben, bemutatja. A mellkas és a hát egész bőre el van lepve a különböző nagyságú dudorokkal. Itt is teljes sikert remél.

Végül néhány gyógyulófélben lévő beteget mutat be, a kiknél a kezelés jelenleg folyamatban van. Ezek közt kiemelendő egy, a kinek a homlokán narancs nagyságú osteosarkoma volt. A beteg nagyon le volt soványodva, az álképlet kifekélyesedve. A kezelés előtti állapotot feltüntető viaszmásolathoz mérve, a tumor felényire leapadt, behámosodott, a beteg tápláltatási állapota javult. Ezzel kapcsolatban még két hasonló s néhány más beteget mutat be.

Az előadást egy sorozat, részben szinezett kettős fényképfelvétel vetitése zárta be, a melyek egyike a kezelés előtti állapotot, másika az eredményt ábrázolta. A projiciált képek nagyon tiszták és élesek voltak.

A discussio folyamán megjegyzi, hogy a Röntgen-sugarakkal való kezelésnek sohasem látták hátrányát, legfeljebb kissé lesoványodtak a betegek, azonban óvatosan kell vele bánni s érteni kell hozzá. Ő is csak azóta dicsekedhetik ilyen jó eredményekkel, a mióta segédje, Albrecht dr. teljesen magáévá tette a kezelés módját s nagy tapasztalattal rendelkezve végzi. A kezelés menetében a vezető elv a „non nocere“ legyen. Mihelyest vörösség, duzzanat, fájdalmasság, szóval erősebb reactio mutatkozik, fel kell a kezelést függeszteni mindaddig, a mig ez teljesen el nem mulott. A betegek sokszor türelmetlenek, mentül sűrűbben óhajtanák alkalmaztatni, hogy szabaduljanak bajuktól.

Ennek ellent kell állani, sőt, ha a beteg vidéki, inkább utazzék haza. Néha meglepetésünkre otthon önként is tovább folytatódik a javulás. Erre megtanitotta egy eset, a melyet be is mutat. Ebben az esetben úgy látszik túlmentek a határon s nem akart javulás mutatkozni, Hazaküldték s ime most gyógyultan mutatja be magát. A daganat helyén csak egy kis kiemelkedés és erős hegedés van.

Mindezek után kijelenti, miszerint bemutatásának czélja nem az volt, hogy a rákgyógyitásnak új módját ismertesse, hanem hogy rámutasson a lehetőségére annak, hogy az operativ úton kivül is lehet valamit tenni. Jól tudja azt is, hogy e therapiának jelenleg a legnagyobb akadálya az, hogy a bőr és a bőr alatti szövetrétegek ellenállása folytán nem képesek a sugarak a mélyben hasonló hatást kifejteni, mint a felületen.

Egyik felszólaló azt a kérdést tette fel, hogy vajjon voltak-e kedvezőtlen esetei. Kissé kitérőleg felel, kifejti, hogy eseteit nem generaliter, hanem válogatva vette fel, a mint hogy a gyógyitás terén mindenütt van helye az individualizálásnak; másrészt kijelenti, hogy statistice nem tudná kifejezni a gyógyulás eredményét, de annyit mondhat, hogy káros hatást nem tapasztalt.

Szól azután még röviden az alkalmazás technikájáról. Intézetében két Röntgen apparatus van felszerelve, egyik a Finsen-szobában. Ugynevezett puha csöveket használtak s ezzel az enyhébb hatással jobb eredményt értek el. A radiumot hetenként 3-szor használta. A részleteket illetőleg utalt segédjére, a ki szivesen nyujt felvilágositást. Laboratoriumának vezetője (Meier) ismertette még röviden a górcső alatt észlelhető szövettani változásokat. A sugarak hatása bizonyos mértékben elektiv, vagyis az ép szöveteket kevésbé támadja meg mint a kórosakat. A rákcsapok, fészkek sorvadnak, az ép szövet tért foglal.

Az elnök köszönetét fejezi ki a szép előadásért s ezzel az ülés véget ért.

Másnap felkerestem volt Albrechtet, a ki szives volt a módszer gyakorlati alkalmazását két eseten bemutatni, kiemelve a főmomentumokat.

Az áram erejét illetőleg 2—2½ Ampéret használnak, az inductiós áram pedig 22—25 szikrahossznak megfelelő feszültségű. A puha és kemény cső közt az a különbség, hogy az elsőnél, a mely rendes módon evacuált cső (körülbelül 1 milliomod higanylégköri nyomásig), a cső belsejében halad az áram, mig a kemény cső a rendesnél fokozottabb mértékben van evacuálva, a túlságos légüresség pedig épen oly nagy akadályt képvisel, mint a sűrű levegő s ennél tehát nem a cső belsejében, hanem részben vagy egészben a körül veszi az áram az útját. A használat által egyébiránt minden puha R. csőből kemény lesz idővel s ez nagy kényelmetlenséget okoz, minduntalan ki kell cserélni. (Hogy ennek mi az okozója, még nincs kiderítve.) A puha csövek sugarai kevésbé penetrálók, miért is feketére rajzolják a csontok árnyékát a photographáló lemezre; a kemény csövekéi erősen áthatolók, a csontokon is átmennek, miáltal ezeknek a körvonalai elmosódottabbak, a kép kevésbé kontrastos. Mentül kisebb a sugarak áthatoló ereje, annál többet nyel el belőlük a bőr, ennélfogva ezek erősen izgatják a bőrt. Ezek rejtik azonban magukban a therapeutikus hatást, miért is a gyógyitás czéljaira a puha csöveket használják. A Röntgen-fény e minőségének, azaz a keménység fokozatának mérésére szolgáló radiometereket mellőzik, mert nem megbizhatók. Ennek a megitélésére a gyakorlatban elegendő a fluorescentia szinére ügyelni. A puha csövek szine sárgászöld, a keményeké átlátszó zöld vagy plane ibolya és a szikrák kisülése a csövön kivül történvén, sistergéssel jár. Ügyelni kell azonban az égbolt minőségére. Derült, napfényes időben nehezebb a szinkülönbözet felismerése; ilyenkor el kell függönyözni az ablakot. A testfelület, a melyre hatni akarunk, átlag 15 cm.-nyire legyen a vacuumcsőtől s az expositio ne tartson tovább 10—15 percznél. A szomszédos terület védelmét, azaz az isolatiót vékony ólompapirral eszközlik (már ¼ mm. vastag is jól véd). Az üléseket naponként, esetleg ritkábban, csak minden második vagy harmadik napon eszközlik. Ha reactio támad, kezdetben rózsaszinű halvány pir jelentkezik. Ekkor esetleg még lehet 2—3 ülést alkalmazni, ha azonban élénkvörös, duzzadt és fájdalmassá lesz a bőr, ki kell hagyni a kezelést, mindaddig, a mig

ez teljesen el nem tünt. Ha erősebb reactio daczára is tovább folytatják, hólyagok képződnek s végre nekrosis következhetik be. Nem szabad elfelejteni, hogy az érzékenység tekintetében individualis dispositio is létezik, igy a beteges, rosszul táplált egyének érzékenyebbek, mint a pozsgások, sőt talán idiosynkrasiáról is lehet beszélni. Az ülések sűrűsége s tartamának beosztása, az úgynevezett dosirozás azután a gyakorlat dolga. A kezelést vezető orvosnak a védelmére elegendő, ha úgy helyezkedik el, hogy ne érjék a sugarak. (Az úgynevezett antikathodtükör mögé). Daczára annak, hogy nagyon sokat dolgozott a Röntgen-sugarakkal, nem vett mást észre, mint azt, hogy kezének bőre kissé érdes lett. Egyébiránt vannak e czélra védő berendezések is.

Megemliti még, hogy az álképleteken és a különféle bőrbajokon kivül leukaemiánál is tettek kisérletet. Az óriási léptumor nagy mértékben megkisebbedett a beteg állapota valamennyire javult. További sorsát nem tudja.

Az arsent belsőleg solutio Fowleri alakjában 5-től 15 cseppig emelkedő napi adagokban, szóval a szokásos módon alkalmazzák, az injectiókra az atoxylt, a mely metaarsensavas anilid, 10:50 vizes oldatban, egy Pravaz-fecskendővel egyszerre s hetenként háromszor ismételve használják. Hátrányát nem tapasztalták.

Mindezek után, mintegy kiegészitésképen bátorkodom a fenn elmondottakhoz néhány megjegyzést fűzni, különösen a Röntgen-sugarak therapeutikus alkalmazásának mai állása s előrelátható kilátásai felől.

A mi az arsen alkalmazását illeti, idült bőrbajok, továbbá lymphoma s lymphosarkoma eseteiben ez már régóta használt szer, itt azonban az alkalmazás kiterjedtebb volta s az elért jó eredmények érdemeltek figyelmet.

A Röntgen sugarakat általában 8 év óta használják a gyógyitás czéljaira. Tulajdonképen egy ujságczikk adta meg reá az impulsust 1 évvel Röntgen felfedezése után, azaz 1896-ban, azáltal, hogy hirét hozta egy a sugarakkal kisérletezett egyén hajkihullásának s dermatitisének. Röviddel ezután W. Marcusetől Berlinben hasonló tartalmú közlemény jelent meg. Freund, a kinek épen egy naevus pigmentosus pilosus gyógyitásával kellett bajlódnia, próbát tett vele. Az a megismerés, hogy itt egy hatalmas agenssel rendelkezünk, mindenfelé megindította a kisérletezést a különféle bőrbajoknál. 1897-ben Schiff már két gyógyult lupusról referál, Sjögren epitheliomával tett kisérletet, mások (Freund) a favusnál, (Török és Schein) lichennél, acnenél stb., egyszóval a legkülönbözőbb bőrbajoknál használták. A sarkomán kivül (Exner, Kienböck) carcinománál is mind kiterjedtebben kezdték használni (Mikulicz, Fittig, Lassar). Lassar mindjárt az elsők közt volt. Később Rieder (München) már a sugarak baktericid hatásáról referál, a mit azonban mások (Schmitt) nem találtak, s utóbbiból csak annyi maradt meg tény gyanánt, hogy a sugarak nagyon erős és tartós alkalmazása háträltatja a bakteriumok fejlődését, ennek azonban nem sok a praktikus haszna, mert az ilyen intensiv alkalmazást nem tűrik el a szövetek. A legszélesebb körben természetesen a leginkább hozzáférhető helyen, vagyis a bőrön alkalmazták, s egyes bőrbajoknál ma ezzel lehet talán a legjobb eredményeket elérni (favus, sycosis, psoriasis stb.).

Voltak, a kik nagyobb és mélyebben fekvő daganatoknál is próbát tettek vele, igy J. Deutsch myoma uterinél, a kinek állitólag sikerült a daganatok megkisebbedését elérni. Ez azonban csalódás is lehet, a mennyiben a méhmyomák térfogata önként is változik (menstruatio, klimax).

Egyébiránt annál a tételnél fogva, mely szerint a Röntgen-sugarak csak addig a mélységig fejtenek ki gyógyitó hatást, a meddig a szövetek absorbeálják őket, a mi pedig a bőr felszinétől számitva nem terjed mélyebbre 1 cm.-nél, nem is érthető. E tételt pedig megerősíti Fittignek az a tapasztalata, melynél fogva 37 carcinoma közül csakis 18 bőrráknál látott eredményt, s megjegyzendő, hogy ezek közül csak 12 gyógyult, sőt még ebből is recidivált 3 néhány hónapon belül. Ez megmagyarázza egyszersmind azt is, hogy épen emlőrák-recidivánál miért lehet ilyen jó eredményeket elérni. Itt ugyanis legtöbbször a bőrben keletkeznek a recidiva új csomói, ezek nem fekünsznek mélyen, és igy a sugarak hatáskörébe esnek. Mint feltünő körülményt kell azonban kiemelni, hogy a mirigyduzzanatok eltünését is látták, a mi a Lassar eseteiben is igy volt, már pedig ezek többnyire mélyebben fekünsznek. Nincs kizárva, hogy csak a kifekélyesedés kiséről s nem is rákos, hanem gyuladásos duzzanatok voltak.

Doumer és Lemoine eredményeit azonban már kételkedéssel kell fogadnunk. 20 gyomorrák-esetük közül 3 meggyógyult volna, s 1 év óta recidivamentes. A skepsis annál inkább jogosult, mivel a többi recidiva meg metastasis következtében elpusztult.

Mindebből egyszersmind az is következik, hogy ha sikerülne a Röntgen-sugarakkal a mélyben is ugyanazt a hatást kifejteni, a mit a testfelületen gyakorolnak, a kezünkben volna a rák, s általában a rosszindulatú daganatok gyógyitásának egyik kulcsa. A legközelebbi lépés talán az lesz, hogy azokban a testüregekben, a hová tükröket be tudunk vinni (gége, ür, hólyag, hüvely stb.), a technika tökéletesedése s módositása által alkalmazhatjuk majd. A radiummal Lassar is tett ilyen próbát. A radiumot tartalmazó tokocskát nyélre erősitette olyan alakban, mint a gégetükör, de alkalmazása, nevezetesen a beteg helynek a bevilágitása huzamosabb időn át nagyon nehéz úgy a betegre, mint az orvosra nézve. Grossmannak állitólag sikerült volna egy orrüregsarkomát meggyógyitania. Arra nézve, hogy a mélyben is lehet hatást elöidézni, némileg biztatók Albers-Schönberg kisérletei, a ki házinyulak, valamint tengerimalaczok hasát hosszú időn át X-sugaraknak téve ki, azoospermiát s a herék sorvadását idézte elő, a mi az által történt, hogy a herecsatornácskák hámja tönkrement; továbbá Heinecke kisérletei, a ki ugyanily módon a kutyánál a bél és a mesenterialis nyirkmirigyek, továbbá a lépnyiroksejtekben szétesést észlelt. A Röntgenfény tehát nem absolut hatástalan a mélyben.

Kérdés még, hogy a különböző szervek hogy fognak reagálni, mert annyit most is tudunk, hogy a nyálkahártyák pl. érzékenyebbek mint a bőr.

Mai napság annyit registrálhatunk tény gyanánt, hogy *létezik agens, a mely a test külfelületén fekvő rákot meg tudja gyógyitani*, és ez már önmagában is rejt valami vigaszt, mert bár sokat javultak az operativ gyógyitás eredményei, de ez még mind kevés, nagyon kevés, s miután különösen a metastasisokat alig tudjuk a késsel követni, olyan módszerre kell törekednünk, a melylyel az egész szervezetre, annak bármely helyén hatást tudunk gyakorolni s magukat a szöveteket vagyunk képesek támogatni a rombolás elleni küzdelemben, s ilyen volna a mindenfelé penetráló Röntgen-sugarak hatása, a melyekről exakt vizsgálatok által tudjuk, hogy a ráksejteket vacuolaképződés kiséretében tönkreteszik, s a hyperaemia hatása mellett leukocyták vándorolnak ki, reactiv lob keletkezik, új hajszáledények nőnek és új kötőszövet képződik, a mely benyomul a rákcsomóba, azt mintegy szétrobbantja, s nyomás által megsemmisiti.

Ne feledjük, hogy a mi ma lehetetlennek látszik, holnap megtörténhetik, addig azonban továbbra is kötelességünk marad, hogy operabilis esetben mielőbbi műtétre szoritsuk a beteget.

Kubinyi Pál dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közli: **Ráskai Dezső** dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Albarran[36] állásfoglalása és első sikerült esetei döntő befolyással voltak e műtéti eljárás további sorsára. Másfél év alatt két esetet operált, egyik négyhónapos fistulával, a másik teljesen gyógyult, majd hat hónap alatt 14 esetet műtett, a melyek mind simán gyógyultak. Betegeinek átlagos életkora 63 év volt (a legfiatalabb 57, a legidősebb 73 éves), 3 vesekehelylobban szenvedett, a többi is igen rossz állapotban volt. Két esetben a catheter időközönkénti használata vált szükségessé. Három esetben az egyideig megmaradt perinealis fistula záródott, illetőleg újra operáltatott, 8 teljesen gyógyult. Hólyagjukat önként és egészében kiüríteni képesek. Vizeletük tiszta. Közérzésük jó. Katheterre nem szorulnak. A halálos kimenetel hiánya, a műtét egyszerűsége és sima lefolyása és a kedvező gyógyulási eredmények a műtét további alkalmazására és fejlesztésére biztatják.

A műtétet úgy végzi, a mint azt Gosset és Proust előtanulmányai helyesnek mutatták. Csak a kihámozásban, melyet Nicoll utasitásai szerint végez és a prostatának a kihámozást megelőző ketté metszésében tér el Proust utasitásaitól.

Albarrannak a műtéthez fűzött reményei valóra váltak, időközi tudósitásaitól eltekintve, a franczia urologiai egyesületnek 1904. évi congressusán már 66 műtett eseteről szólhatott; heveny, teljes retentioval operált 5 eset mind meggyógyult; 34 teljes chronikus retentio mellett műtett eset közül 32 tartós gyógyulás; 23 incomplet chronikus retentionál 12 gyógyulás, 1 javulás, 3 sikertelen műtét (a közönséges prost. túltengéstől megkülönböztetendő formánál, a mely prostatitis hypertrophicans chronicának nevezhető).

Veerhoogen[37] betegeit hasfekvésben helyezi el, a test alatt magas párna, a lábak az asztal két oldalán lelógnak. 26 eset közül a perin. prostatectomiát 20-szor végezte (2 †), 6-szor transvesicalis műtétet végzett (3 †). Ez utóbbi egyszerűbbnek látszik, de veszélyesebb.

Voelker[38] szerint Czerny klinikáján a műtétet következőképen hajtják végre. Ivalakú metszés. Végbél tompán izolálva és széles speculummal hátrafelé tartva. A concentrikus rostkötegekből álló kötőszöveti tok a középvonalban lesz felmetszve, a húgycsövet itinerarium felett metszik át, a tokot csipeszszel tartják szét, mire a prostata nagyjában tompán lesz kihámozva. A tokon belül kell maradni, és a húgycső haránt felmetszése kerülendő. A tokon belül maradás fontos az ondóhólyag és a végbél megsértésének elkerülésére. A hashártya megsértése alig képzelhető.

Young[39] a suprapubikus műtétet, daczára annak, hogy végső eredményei igen jók voltak, a nagy vérzések, a gyógytartam hosszadalmassága és a néha visszamaradó suprapubikus sérvek miatt nem alkalmazza. Szerinte a perinealis prostatectomiának egy hátránya volt, hogy a prostatának a perinealis metszésbe való előretolására suprapubikus metszést kellett alkalmazni, ennek elkerülésére szerző azon gondolatra jutott, hogy a prostatának előretolása helyett annak előrehúzását próbálja meg a perineum felé. Ezt eléri egy 2 branche-sal biró úgynevezett prostatatractor által, mely a perinealis metszésen át csukott állapotban a hólyagba lesz vezetve, ott kinyitva és a perineum felé húzva. Ez által a szem ellenőrzése mellett operálhatunk, az ondóvezetékek megkiméllhetők, ezeknek megsértése pedig a műtétnek legnagyobb hátrányát alkotta. A műtét maga következőképen folyik le: fordított V-metszés. A középvonalban levő inak és a mm. rectourethrales átmetszése. A húgycső bemetszése, a tractornak bevezetése a húgycső sebjén keresztül. A tokot a középvonaltól mindkét oldalt metszi be, mi által

az „ejaculatorius hid“ megkiméltetik. A prostata-lebeny enucleatioja. A hólyag drainagea az urethrotomiás seben át két katheterrel. Az oldalsó üregek tamponálása jodoform-gaze-zel. A gátseb részleges elzárása. Igy operált meg egyebek között egy 82 éves öreg embert, kinek 240 gm. súlyú prostatája az egész hólyagot kitöltötte.

Unterberg[40] a perin. prostatectomiát három esetben végezte, Proust szerint a Young-féle utasitás szem előtt tartásával. A prostatát részint tompán, részint ollóval fejti ki. Mindhárom esetben a prostata a legdistalisabb részen volt a legadhaerensebb. Húgycsővarratot nem alkalmazott. A gyógyulás sima lefolyású volt. Az egy esetben alkalmazott végbélvarrat jól gyógyult. Hetedik nap a draint eltávolítja és katheterl állandósit. A katheter eltávolitása után mindhárom beteg összes vizeletét a húgycsövön át üriti ki. A műtét előtt zavaros vizelet teljesen (néhány fonál, egy esetben kevés geny) feltisztul.

Fauchet[41] 43 perin. prostatectomiát csinált, következő módositásokat ajánl: 1. A vasa deferentia resecálandók, here- és mellékherelob elkerülésére. 2. Műtét Young szerint a nemi functiók megkimélése czéljából, a húgycsövet azonkivül nem a p. membranacaeában, hanem a p. prostaticában nyitja meg. 3. Nem alkalmaz varratokat vagy alákötéseket, a perinealis drain 8—15 napig fekve marad. 4. Állandó katheter csak kivételesen lesz alkalmazva. 5. A beteget zinkoxyd-gaze-zel kötözi, és hydrog. superoxydatummal öblíti.

Mikulicz[42] Amerikában látott először perin. prostatectomiát. Meglepve a műtét egyszerűsége és a jó eredmények által, ő maga is több esetben alkalmazta a legkedvezőbb eredménynyel. Nem ivalakú, hanem egyszerű kömetszési median-metszést használ. A prostatát elevatoriummal és a Young-féle tractor segitségével hámozza ki.

Proust[43] a congressus elé terjesztett referatumában megállapitja, hogy az esetleges complicatiók közül a bőr alatti kötőszöveti lobok és vérömlenyek ritkák. A végbél sérülései előfordulhatnak ugyan, hanem a musc. retrourethralis és a topographikus viszonyok jobb ismerete óta ritkábbak. Hegképződéseknél, valamint kiterjedtebb odanövéseknél nem kerülhető el, ritkán vezet ugyan halálhoz, de végbél-húgycső-, végbél-húgycső-gátsipolyhoz vezethet. A gyors hegedésnek legjobb eszköze a cystoperinealis drainage. A húgycső megnyitásának nem kell nagynak lennie, de Albarran szerint mindenképen szükséges.

A műtét után az incontinentia könnyű és nehéz alakjai fordulnak elő. A „par insensibilité“ fellépő forma hirtelen áll be és igen sokáig tart. Teljes incontinentia igen ritka, és a hólyagnyak átmetszésére, a záróizom és idegek sérülésére vezethető vissza.

Igen gyakoriak a here- és mellékhere-lobok. Albarran 30 esete közül 12 esetben volt mellékheregyuladás. Hőemelkedések ritkák, néhány esetben azonban a here eltávolítása vált szükségessé. Körülbelül negyedrészében az eseteknek a nemzési képesség megmarad. Valószinű, hogy a ductus ejaculatorius és a környező szövetek megsértése folytán jő létre az, hogy az erectio sokszor lehetetlenné válik. E kellemetlen következmények megelőzésére szolgál Young methodusa.

A műtét után legtöbb esetben a közérzet megjavul, esetleges lázak megszünnek. Friss teljes retentio esetében jó eredmény várható. A spontan mictio nem tér minden esetben teljesen vissza, és csak az esetek $^2/_3$-ában ürül ki a hólyag teljesen. A chronikusan teljes retentio annyiban ad jó eredményt, mert az ezen állapotban sinylődő betegek a folytonos és rendszeres katheterismus miatt jó hólyaggal birnak, mig a chron. incomplet vizeletvisszatartás mellett az eredmény azért oly rossz, mert degenerált, elégtelen hólyagokkal állunk szemben. Azért itt is sok jó eredmény várható, a hólyagtartalom gyorsan felderül, az esetleges hólyagkő eltávolítható, de secundaeren képződő kövek elég gyakoriak. Minden esetben azonban a közállapot igen gyorsan megjavul. A vérzések megszünnek, és a katheterismus minden körülmények között meg van könnyítve.

Mig igy a continensen a prostatectomia perinealis mindinkább terjedt és híveket, sőt előharczosokat toborzott a legconservativebb iskolák köréből is, addig Angliában, és részben Amerikában is, a prostatának a hólyag suprasymphysaer úton való megnyitásával való eltávolitása nyert népszerűségben.

A prostatectomia suprapubica már Hunter által ajánlva, Amussat által végeztetett először, majd 1880-ban Dittel hozta nem sok sikerrel javaslatba. Népszerűségének alapjait Angliában a technika kiképzése által *Mac Gill*[44] és *Belfield*[45] rakták le. A műtét a következő volt: felső hólyagmetszés, a promineáló tumor eltávolitása ollóval vagy más eszközzel, esetleg tompán ujjal. A primaer hólyagvarrat nem igen lehetséges, a hólyag azonban draincső bennhagyásával lehetőleg mégis egyesitendő. *Burkhardt*[46] 109 kifogástalan esetet állitott össze; a nem complicált 77 eset közül 16 eset halállal végződött, tartós javulást 24 esetben értek el. Ezen műtétek a hólyagba előmborodó, könnyen elérhető és látszólag közvetlen akadályt képező lebeny eltávolitására szoritkoztak.

Fuller[47] 1895-ben a perinealis metszést a felső hólyagmetszéssel combinálja. Felső hólyagmetszéssel behatol, a hólyagnyakat átvágja, mediánmetszésen át a prostata felfelé lesz tolva, kimetszve, illetve kihámozva. Perinealis drainage.

Ennek megfordítottja *Nicoll*[48] már emlitett eljárása. Median-metszéssel a húgycső megnyitása nélkül közeliti meg a prostatát, majd felső hólyagmetszéssel lesz a prostata felülről a perinealis sebbe nyomva, és igy kihámozva.

Eleinte a perinealis seb megtartásával a *Dittel* és *Nicoll*-féle műtétek módosítása útján, majd ezt elhagyva, tisztán transvesicalis úton végzi, feltünést keltő sikerrel, úgy az eltávolitott prostaták nagyságát, mint a gyógyulási eredményeket tekintve, *Freyer*[49] a prostata teljes eltávolitását. Technikája a következő: Sectio alta, a megnagyobbodott prostatának előnyomása a végbél felől, a hólyagnyákhártyának átmetszése, a nyákhártyának a mutatóujj körmével (!) való leválasztása, a szervnek tompa kiszabaditása és mutatóujjal való kihámozása. A húgycső és ductus ejaculatoriik sértetlenek maradnak; de a pars prostaticának megsértése vagy teljes eltávolítása (3 eset) nem járt hátránynyal, a későbbi functiók zavartalanok voltak, csak a műtét volt nagyobb vérveszteség által kisérve. A mirigy eltávolitása után a hólyag meleg bóroldattal lesz kiöblítve és vastag gummicsővel drainezve. A külső seb bevarrva. A hólyag naponként meleg bóroldattal vagy pedig kal. hypermanganicummal lesz irrigálva. A cső 4 nappal a műtét után el lesz távolitva, a varratok a 7—8. napon. A hólyagöblítések folytattatnak. 9—10. naptól kezdve a hólyagirrigatiók Janet szerint alkalmaztatnak. Gond fordítandó a rendes bélműködésre. 110 igy operált eset közül csak 10 végződött halállal, ebből is azonban csak kis százalék irható magának a műtétnek rovására. Négy eset ugyanis rosszindulatú neoplasma volt. A műtét alá kerültek kora 58-tól 79-ig terjedt. A legnagyobb tumor 435 gm. volt.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Vorträge über praktische Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. **J. Schwalbe.** Heft 1. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1905.

A „Deutsche medizinische Wochenschrift“ egy idő óta „klinikai előadások“ czimmel a gyakorlati therapia körébe tartozó czikkeket hoz abból a czélból, hogy olvasóit a gyakorlatban nagyobb szerepet játszó betegségek gyógyitásmódjával megismertesse, még pedig olyan módon és terjedelemben, a mely a gyakorló orvos igényeit legjobban kielégitheti.

A nagyon jónevű szerzők tollából eddig kikerült czikkek nagy tetszésben részesültek, a mi arra birta rá a nevezett előkelő szaklap szerkesztőségét, hogy a czikkeket összegyüjtve külön is kiadja és ezáltal még tágabb körök számára hozzáférhetővé tegye.

Az időhöz nem kötötten megjelenendő, kisebb terjedelmű füzetek mindegyike a változatosság okáért lehetőleg különböző szakmákba vágó czikkeket fog tartalmazni, úgy hogy az új vállalat vevői rövid idő alatt mintegy a gyakorlati therapia kézikönyvének birtokába fognak jutni.

Az imént megjelent első füzet 77 lapra terjed és a következő czikkeket tartalmazza: *Eichhorst:* A digitalistherapia javalatai és methodikája. *Schultze:* A tabes kora szakainak diagnosisa és kezelése. *Riedel:* A panaritium kezelése. *Bumm:* A nő sterilitásának kezelése és gyógyulási kilátásai. *Sattler*: A retinaleválás kezelése.

A gyakorló orvos eredményes továbbképzése szempontjából mindenesetre hasznos új vállalatot olvasóink figyelmébe ajánljuk.

Uj könyvek. *Nissl:* Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde, mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. I. Band. Jena, G. Fischer. — *Zondek*: Zur Chirurgie der Ureteren. Berlin, A. Hirschwald. — *Hensgen*: Leitfaden für Desinfectoren. Berlin, Schoetz. — *Feis:* Die Walderholungsstätten und ihre volkshygienische Bedeutung. Berlin, O. Coblentz. — *Lavarenne* et *Jayle*: L'Aesculape, guide pratique a l'usage des étudiants et des docteurs en médecine. Paris, Masson et comp. — *E. Hurry Fenwick*: A handbook of clinical electric-light cystoscopy. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Közegészségtan.

Tejhygienei vizsgálatok czimmel foglalja össze *Kolle* azon kisérleteket, a melyeket vezetése mellet a berlini „Institut für Infectionskrankheiten“-ben Kutscher, Meinicke és Friedel végeztek s a melyek kiindulaspontját Behring-nek a phthisiogenesisre vonatkozó elméletei kapcsán közzétett azon állitásai képezték, hogy a nyers tehéntej bakteriumölő hatású a coli-csoportra nézve, ennélfogva észszerű a csecsemőket nyers tejjel táplálni, és hogy a tejnek bakteriumokban szegénysége és emlitett bakteriumölő hatása megtartható formaldehyd igen kicsiny, a szervezetre nézve teljesen ártalmatlan mennyiségeinek hozzáadása által.

A Kolle vezetése mellett végzett vizsgálatok eredményei a következők: 1. A mi a bakteriumölő hatást illeti, a friss tehéntej teljesen hatástalan volt a b. coli-ra, a typhus, a paratyphus, a húsmérgezés és a dysenteria kórokozóira; a dysenteria bacillusaira némi fejlődéstgátló hatás mutatkozott, a choleravibriók pedig részben el is ölettek. 2. Formaldehyd hozzáadása után a Behring által ajánlott mennyiségben (1 : 40000—1 : 25000) a csiraszegény tejben a bakteriumok elszaporodása néhány napra megakad és a tej spontan megalvadása is később áll be. Az alvadás beálltának idejéből illetve a tej savanyúságának fokából azonban nem szabad következtetést vonni a bakteriumtartalomra. Mert nagyon mérsékelten savanyú formaldehydes tejben nagyon sok bakterium lehet; a fomaldehyd úgylátszik elective csak a tejsavbacillusok szaporodását akadályozza, nem pedig a peptonizáló bakteriumokét is. Külső megtekintésre kifogástalannak látszó formaldehydes tej tehát nagy bakterium- és bakteriumtermék-tartalma miatt nagyon veszedelmes lehet a csecsemőre.

Kitünik ezekből, hogy a tejnek formaldehyddel való kezelése nagy veszedelemmel járhat, még akkor is, ha eltekintünk attól hogy maga a formaldehyd is káros hatású lehet a csecsemő szervezetére, és hogy a formaldehyddel való kezelés megengedése sok visszaélésre adhatna okot. (Klinisches Jahrbuch, 13. kötetet.)

Sebészet.

Uj módszer a hydrocele kezelésére. Baar azon tapasztalata alapján, hogy mell- és hasűri, valamint szivburokbeli savós izzadmányok eseteiben adrenalin-befecskendezésekkel nagyon jó eredményeket érhetni el: *Rupfle* hydrocele két esetében tett kisérletet adrenalin-befecskendezéssel. Punctio után tüstént 2 köbcentimeter 1 : 500 higitású adrenalint fecskendezett be. Erre erős égető fájdalom jelentkezett, majd kisfokú lobos tünetek és némi folyadékgyülem mutatkoztak, ezek azonban néhány hét alatt teljesen megszüntek. Recidiva ez ideig nem volt. A befecskendezés okozta erős fájdalmat acoin hozzáadásával valószinűleg tetemesen lehetne csökkenteni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 48. szám.)

Uj varró- és ligatura-anyagot ismertet *Kieffer*. Az anyag nem más, mint az ardea herodias nevű madárnak lábina; minden egyes lábból 6—8 darab 25—35 centimeter hosszú ín nyerhető. A napon szárított inak hordképessége 25 font; a Claudius által a catgut sterilizálására ajánlott jod-oldatban 21 napig állván, hordképességük nem csökkent. A Claudius-féle jod-oldattal biztosan sterilizálhatók; nedves meleggel való sterilizálásuk nem vihető keresztül, mert ilyenkor kocsonyás tömeggé alakulnak át. A felszívódás gyorsaságára vonatkozólag kutyákon végzett kisérletek szerint egy hét alatt még semmi változás sem áll be, két hét mulva kissé megvékonyodtak az inak; hat héten át implantálva volt 4 ín közül 2 teljesen eltünt, kettő pedig erősen megvékonyodva, 4—5 font hordképességgel még megvolt. Ezen kedvező kisérleti eredmények alapján szerző már számtalanszor használta ezen inakat a sebészeti gyakorlatban; különösen akkor tartja használatukat javaltnak, ha lassan felszívódó ligatura-anyagra van szükség, például sérvműtétkor, nagy edények vagy daganatkocsányok alákötésekor. Ezek az inak mindenesetre előnyben részesitendők a catgut-tel és a kenguruinakkal szemben, mert utóbbiak — részint származásuk, részint sructurájuk miatt — nehezen sterilizálhatók. Szerző különben a grus canadensis és a grus americana lábinait talán még nagyobb hordképességűeknek tartja. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1904. november 19.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A creosotalt duotallal kapcsolatban már évek óta használják *Burtley* és *Fairbairn* és kiterjedt tapasztalataik alapján a legjobb szernek tartják pneumoniában: megrövidítik a betegséget és enyhítik a tüneteket. Sok esetben kupirozó hatás is észlelhető. Nagyon fontos használatát jókor megkezdeni, s azért — tekintettel a szer ártalmatlan voltára — azt ajánlják, hogy pneumonia fejlődésére gyanús esetekben azonnal adjuk a creosotalt nagy adagokban. (Brooklyn medical journal, 1904. november.)

A citarin nevű húgysavoldó szerről már többen nyilatkoztak kedvezően. Ujabban *Floret* tette közzé tapasztalatait, a melyek szerint a citarin, 2 grammos adagokban naponként 3—4-szer adva, rendkivül kedvező hatást fejt ki heveny köszvény eseteiben, valamint idült köszvény heveny rosszabbodásakor. A szer gyors és biztos hatása mellett kiemelendő teljesen ártalmatlan volta; a használata után sokszor észlelhető fokozott diuresis és a néha jelentkező hasmenés inkább előnyösnek mondható. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 4. szám.)

A kezek fertőtlenítését illetőleg *Schäffer* vizsgálatai alapján oda nyilatkozik, hogy nincsen antisepticumunk, a melylyel tekintetbe jöhető concentratioban és 5—10 percznyi idő alatt a genyesztő bakteriumokat — pedig ezek nem tartoznak a legellentállóbbak közé — elölhetnénk. Az alkohol szintén nem antiseptikus hatása miatt alkalmazandó, hanem azért, mert a zsírt és az epithelt oldja, a bőrt pedig keményiti, zsugorítja. Ezen utóbbi sajátságát eddig meglehetősen figyelmen kivül hagyták. Öt perczen át alkoholban kefélt kézről már nem kaparhatók le bakteriumok. A kéznek alkohol okozta ezen látszólagos steril volta állandósítható egy időre úgy, hogy az alkohol használata után nem hozzuk a kezet többé érintkezésbe vízzel (pl. antisepticum vizes oldatával) és hogy műtét közben való kézmosáshoz 25—50% os alkoholt használunk. (Therapeutische Monatshefte, 1904. 11. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 10. szám. *Gerő Sándor:* A korlátolt beszámithatóságról. *Porosz Mór:* Az onania következményeiről. *Temesváry Rezső:* Az abortusról.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 9. szám. *Strelinger Hermann:* A Behring-féle gümőkór ellen való védőojtás eredménye a sárvári uradalomban. *Tolnai Bernát:* Therapiás tapasztalatok újabb gyógyszerekkel. *Hoor Károly:* 1. A keratitis e lagophthalmo, a keratitis xerotica és neuroparalytica, a keratomalacia, a xerosis conjunctivae et corneae és a Basodow-kórnál jelentkező keratitis egymáshoz való viszonya. 2. A trachoma a dalmát szigeteken és partvidéken. *Borbély László:* Összehasonlító látásélességi vizsgálatok. *Heincz Hugó* és *Fröhlich Jenő:* Adatok a szem kórboncztanához. *Heincz Hugó:* Conjunctivitis blennorrhoica acuta tehénvizelettel történt mosdás után.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 9. szám. *Bail:* Tengerimalaczok gümőkór okozta acut elpusztulása. *Bartel* és *Spieler:* A természetes gümőkóros fertőzés menete fiatal tengerimalaczban. *Pfeiffer:* A fény hatása eosin-vérkeverékekre. *Sachsalber:* A pinguecula és a pterygium aetiologiája.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 10. szám. *Planner* és *Potpeschnig:* A diphtheriaméreg megtapadása. *Hand:* A radius izolált ficzamodásai. *Frachtman:* A sphincter iridis indirect sérülései. *Goldman:* Fertőtlenités ankylostomiasis ellen. *Bett:* A varicella aetiologiája.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 10. szám. *Karewski:* Diabetes és sebészi beavatkozások. *Sadler:* 55°-os hőmérsék befolyása az agglutinatiós próbára typhusban. *Aaser:* A makroskopi agglutinatiós próba typhusban. *Juliusberg:* Börbajok kezelése fagyasztással. *Herzfeld:* Az orrból eredő meningo-encephalitis serosa. *Marx:* Forensikus vérkimutatás.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 9. szám. *Sonnenburg:* Medullaris anaesthesia stovainnal. *Goldscheider:* Szivpercussio. *Rotter:* A heveny epityphlitis műtevése az első 48 órában. *Pólya:* Thrombophlebitis mesaraica. *Torkel:* A vékonybél veleszületett nagyfokú tágulata stenosis nélkül. *Meissner:* A vas adásának új módja. *Sittner:* Az abortus activ therapiája.

La semaine médicale, 1905. 9. szám. *Lépine:* Anaphylaxia. *Lejars:* A kéz zúzott sebeinek kezelése.

The lancet, 1905. I. 8. szám. *L. S. Dudgeon* és *Percy W. G. Sargent:* A peritonitis bakteriologiai szempontból. *Rickman J. Godlee:* A helyüket változtató tompulatok jelentősége sebészeti bajokban. *F. Semon:* A felső légutak idült nyákhártya-hyperplasiájának sajátszerű alakja. *D. M. Livingstone:* Pneumonia infectiosus endocarditissel és meningitissel. *G. H. Cressey:* Antistreptococcus-serummal eredményesen kezelt heveny septicaemia. *H. Kerr:* Szivbaj okozta elmezavarok. *J. Lewtas:* Hydrocele properitonealis. *P. J. Freyer:* A prostata teljes enucleatioja az aggkorban. *Balmanno Squire:* Enelectrolysis, módszer szörök eltávolitására. *H. Betham Robinson:* Extraperitonealis ureterolithotomia 3 éves gyermeknél. *R. Lane Joynt:* Richter-féle hernia esete.

British medical journal, 1905. február 18. *Hugh A. Mc Callum.* Visceralis ptosis. *H. Batty Shaw* és *R. H. Tribe:* Ismétlődő hányás a gyermekkorban. *F. Langmead:* Ugyanez. *B. Morris* és *M. Feldmann:* Haematemesis és melaena 2 napos csecsemőben; gyógyulás. *H. Grey:* Hosszú ideig fennállott obstipatio. *Clive Riviere:* Ergotin és arsen használata chorea eseteiben. *T. M. Blaikie:* Idegen test körül a hólyagban képződött nagy kő.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. márczius 10.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 6. hetében (1905. február 5-től február 11.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 401 gyermek, elhalt 330 egyén, a születések tehát 110-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 24·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·5, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 8, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 7, convulsiones 6, paralysis progress. 7, tabes dorsalis 2, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 8, morbi org. cordi. 12, morbi myocardii 9, vit. valvularum 3, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 11, pneumonia 29, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 65, emphysema pulm. 8, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 15, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 7, alia neoplasmata 2, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 3, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 3, scarlatina 2, pertussis 1, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 4, febris puerperalis 2, lues congenita 3, erysipelas 0, pyaema, sepsis 2, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 7, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 3. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3681 beteg, szaporodás 930, csökkenés 844, maradt e hét végén 3701 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 152 (130), vörheny 64 (55), álh. gége- és roncsoló toroklob 34 (39), hökhurut 17 (11), gyermekágyi láz 3 (1), hasi hagymáz 4 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 26 (19), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (1), trachoma 3 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

† **Károly Tivadar** bajor királyi herczeg, a híres szemorvos, február 23-dikán ülte 25 éves orvosi jubileumát.

∞ **Kinevezések.** *Ardo Elek* dr. és *Tóth Gyula* dr. budapesti, és *Barta József* dr. hatvani gyakorló orvosokat a belügyminister a budapesti m. k. államrendőrséghez fizetésnélküli rendőrorvosokká nevezte ki.

∞ **A Bókai János-emlékalapitványra** folyó évi február 22-dike óta folytatólagosan adakoztak: Bodon Károly dr. 10, Kőrösy József dr. 10, Kőrösy Kornél dr. 10, Hegedűs János dr. 20, Hirschler Ágost dr.

20, Nékám Lajos dr. 100, Győry Tibor dr. 10, Hilf Kálmán dr. 5, Schütz Aladár dr. 10 kor. Összesen 195 kor. Hozzáadva ehhez az Orvosi Hetilap 9. számában már kimutatott 2706 koronát, az alapitványra eddig begyült összesen 2901 korona. Kelt 1905. márczius 8-dikán Budapesten. Poór Ferencz dr. pénztáros (VIII., József-körút 63).

△ **Oklevélbemutatás.** Okleveleiket a tiszti főorvosi hivatalban 1905. január havában Hirsch Sándor, Furka Sándor, Berkovics Renée, Huszár Dezső, Neumann Jakab, Avarfy Elek János, Tóth Gedeon Kálmán dr.-ok és 11 szülésznő mutatták be.

+ **Kisebb külföldi hirek.** A prágai német egyetem boncztani tanszékére *Rabl* tanár helyébe, a kit Leipzigbe neveztek ki, *R. Fick* leipzigi rendkivüli tanárt hivták meg. — A göttingeni kórboncztani tanszéket, a mely Ribbert-nek Bonnba meghivásával megüresedett, valószinüleg *M. Borst*-tal, a kölni gyakorlati orvosi akademia tanárával fogják betölteni. — A zürichi egyetemen a physikális gyógyitásmódok számára tanszéket és intézetet állitanak fel; az intézetet 30 ágyas betegosztálylyal is ellátják.

— **A hullaégetés Angliában** nem igen terjed, noha az első crematoriumot már 1885-ben felállitották; azóta összesen 4407 hullát égettek el. A mult esztendőben 475 esetben vették igénybe a hullaégetést, a mi az előző évhez képest határozott csökkenést mutat.

| **New Yorkban a kuruzslók száma** az újabb kimutatások alapján 20,000-re tehető. Az utóbbi években több mint 500 kuruzslót büntettek meg; a behajtott büntetéspénzek körülbelül 450,000 koronára rúgnak.

△ **W. Winternitz** tanár, a tudományos hydrotherapia megalapitója, e hó 1-jén érte meg 70. születésnapját.

○ **Az abstinens orvosok egylete** a következő új pályadijat tűzte ki: az érzékek működésének befolyásolása alkohol kis adagaival. A jutalom 400 márka. A pályamunkák 1906. április 1-jéig küldendők be az egylet titkárához (Dr. Georg Keferstein. Lüneburg). A birálók Kraepelin, Grützner és Aschaffenburg tanárok lesznek.

‖ **Gümőkórellenes népszerű előadások megkönnyitése hazánkban.** Hogy a tüdővész elleni küzdelemre hazánk lakossága minél gyorsabban és tüzetesebben kioktatható legyen s a nagy közönséget a tuberculosis elleni világmozgalommal szemléltető úton lehessen megismertetni, a „Tuberculosis“ lap szerkesztősége egy diapositiv gyüjteményt létesitett, melynek segélyével mindenütt, a hol vetitőgép áll rendelkezésre, vetitett képekben lehet erre vállalkozó orvosoknak a gümőkór okozóját s az ellene való védekezés módjait a közönségnek bemutatni. A képeket magukon viselő lemezeket — diapositiveket — minden oly orvostársunknak, a ki a gümőkórról népszerű előadást tartani óhajt, a kérelem beérkezésének sorrendje szerint, készséggel kölcsön adja, a megfelelő magyarázó szöveggel együtt. Vetitőgép pedig majd minden nagyobb város középiskolájában van, mely e nagy és nemes czélra felhasználható. A diapositivek kölcsönzéséért az érdeklődő kartársak Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanárhoz, az Erzsébet sanatorium igazgatójához (Budapest, I., Budakeszi-út) szíveskedjenek fordulni.

○ **Az izraeliták mortalitása és morbiditása** képezi egy értekezés tárgyát, melyet *Stephan* a „Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde“ egyik utóbbi számában tett közre. Szerinte az izraeliták mortalitása aránylag alacsony, igy Amsterdamban 12‰, míg a más vallású lakosságé 17‰. Ez főleg a 15 éven aluli és az 50 éven felüli kor csekély mortalitásában találja okát. A hygienikus és socialis viszonyok kedvezőbb voltára nem vezethető vissza ez a körülmény, mert például New-Yorkban az orosz és lengyel kivándorlók között, a kik többnyire izraeliták és a legnyomorúságosabb viszonyok között élnek, a halandóság csak félakkora, mint a többi nemzetiségű kivándorló között. Egy másik emlitésreméltó körülmény az, hogy a halvaszületettek száma kisebb az izraelitáknál; igy Poroszországban 1000 izraelita újszülött között 22 a halva született, míg a kereszténveknél 35; még nagyobb különbség mutatható ki Amsterdamban: 33·4‰ a zsidóknál az átlagos 46·9‰ helyett. Nem érdektelen, hogy Amsterdamban a születések száma a zsidóknál kisebb, mint a kereszténveknél: 23·5‰ 28·3‰-vel szemben. A mi a morbiditást illeti, a fertőző betegségek iránt általában kevésbé fogékonyak az izraeliták; igy New-Yorkban az orosz kivándorlók gümőkór-morbiditása 3—4-szerte kisebb, mint a többi kivándorlóé. A diphtheriára nézve azonban ellenkezőleg áll a dolog, legalább Hollandiában és Németországban, a hol az izraeliták diphtheriában aránylag nagyobb számmal betegednek meg, mint a keresztények. Az alkati betegségek között pedig a diabetes az, melyre az izraeliták feltünően nagyobb (5—6-szorta nagyobb) hajlamossággal birnak. Az idegbajok közül a psychosisok nagyon elterjedtek az izraeliták között; az idiotia is 1½-szer oly nagy számmal szerepel az izraeliták, mint a keresztények között; hasonló mondható a veleszületett vakságról és a siketnémaságról. Ezzel szemben az epilepsia, a tabes, a paralysis progressiva, az alkoholos eredetű neurosisok ritkábban észlelhetők izraelitákban. Szerző szerint főleg három körülmény az, mely az izraeliták ezen kedvezőbb mortalitás- és morbiditás-viszonyait magyarázhatja; ezek a syphilis és az alkoholismus ritkasága és a családi kultus.

⊕ **A németországi egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága az 1904/5 tanév téli felében:** Berlin 1111; Bonn 157; Breslau 190; Erlangen 189; Freiburg 390; Giessen 169; Göttingen 159; Greifswald 151; Halle 180; Heidelberg 261; Jena 166; Kiel 213; Königsberg 177; Leipzig 404; Marburg 158; München 912; Rostock 132; Strassburg 226; Tübingen 171; Würzburg 410. Volt tehát összesen 5926 hallgató, a mi az előző téli félévhez képest 146 csökkenést mutat. Megjegyzendő, hogy a fentiekben a belföldi és a külföldi hallgatók összesitett száma van feltüntetve, a külföldi hallgatók száma pedig majdnem akkora, mint a belföldieké, sőt sok helyen (Freiburg, Giessen, Heidelberg, Jena, Leipzig, München, Rostock, Strassburg, Würzburg) felül is mulja a belföldiek számát. Szaporodást tüntetnek fel hallgatókban a következő egyetemek: Freiburg, Göttingen, Jena, Kiel és Rostock.

± **Tüdővészben** Magyarországon 1904. deczember havában 6025 egyén halt el.

— **A szabadkai önkéntes mentő-egyesület** 1905. febuár havában 83 esetben működött.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** 1905. január havában 265, februárban 194, fennállása óta pedig 23,344 esetben működött.

○ **Tátrafüreden** az idén márczius 4-dikéig 202 vendég lakott.

† **Elhunyt:** *Pétzy-Popovits Uros* dr. elme- és idegorvos e hó 4-dikén 26 éves korában; eddigi tudományos irodalmi működése alapján szép jövőre jogositó remények szálltak vele sirba.

Lapunk mai számához az E. Merck vegyészeti gyár „Thyreoid-Serum“ szerére vonatkozó prospectus van mellékelve, melyre t. olvasóink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Sok tekintetben felülmulja a külföldi hasonló készitményeket a **„Nervinol Barabás“** idegrögzitő gyógyszer-különlegesség, mely rendkivül megnyugtató és általános erősitő hatásánál fogva már idáig is széles orvosi körökben a kellő méltánylásban részesittetik. A **„Nervinol Barabás“** nevű mellékletre és hirdetésre felhivjuk olvasó közönségünk szives figyelmét.

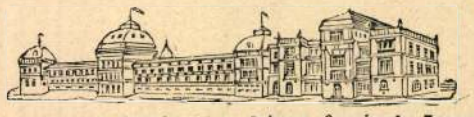
„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.“** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

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

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

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

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Első és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.**

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

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1905. márczius 4-dikén.) 185. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1904. évi május hó 30-dikán.) 186. l. — III. országos elmeorvosi értekezlet. (III. ülés 1904. október hó 24-dikén délelőtt.) 188. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (V. szakülés 1904. október hó 28-dikán.) 189. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1905. márczius 4-dikén.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Dollinger, Rákosi és Ihrig kartársakat.

A rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I-ső számú sebklinikán elért eredmények.

Dollinger Gyula: 1904. október hó 15-dikén Magyarország területén 3447 rákos beteg élt. A rákosok ezen nagy száma mellett fontos, hogy tudjuk, mit vagyunk képesek a rák mai gyógykezelésével elérni? Hogy e kérdésre pontosan felelhessen, mindazon 226 rákos betegnek, a kik a vezetése alatt álló klinikán 1897. sz ptember 1-től 1901. év szeptember 1-ig operáltattak, kérdőíveket küldött. Beérkezett 175 válasz, nem válaszolt 51 beteg. Az eddigi sebészeti statistikák gyógyultnak veszik azon beteget, a ki a műtét után három esztendővel recidiva és metastasis mentesen még életben van. A giesseni gynaecologikus kongressus óta azonban öt évet vesznek határidőül, a melyen túl a recidiva már nagyon ritka. Dollinger, hogy a statistikáját a r gebbi és az újabb statistikákkal összehasonlíthassa, mind a két methodus szerint számíttatta össze az ő eseteit és azokat külön-külön közli. Ugyancsak a giesseni kongressus óta az operált rákos betegek összegéből levonják 1. azokat, a kik közvetlenül a műtét után, annak következtében haltak meg; 2. a kiknek sorsa ismeretlen; 3. a kik a műtét után valami más nem rákos betegség következtében haltak meg. Vannak érvek, a melyek e számitási mód mellett szólanak, de hozattak fel igen hatalmas, nagyon megszívlelendő érvek ellene is, és azért Dollinger a 3 és az 5 éves számításmódnál mindkétféleképen kiszámította eredményeit.

Statistikájába csak a klinikán operált betegeket vette fel, a kiknek kórtörténetei a klinikai évkönyvekben részletesen közzé vannak téve és igy az egész anyag nyilvános ellenőrzés alatt áll. Benne van ezen anyagban az általa operált anyag, épen úgy mint az, a melyet a tanársegédek és a műtőnövendékek operáltak. Figyelembe veendő, hogy a betegek legnagyobb része szegény beteg volt és nagyon későn és elhanyagolt állapotban érkezett a klinikára. Ha az eredmények ennek daczára igen jók, ez csak azt bizonyítja, hogy milyen nagy mértékben lesz lehetséges a rákműtétek eredményeit megjavítani, ha a betegek idejekorán fognak műtétre jelentkezni. Ezután előadja azon elveket, a melyek szerint a klinikán a rákosok műtétei történnek és kiemeli azon nagy haladást, a melyet az eredmények tekintetében a sebészet azóta tett, a mióta nemcsak az első rákos góczot irtja ki teljesen, hanem a regiós nyirokcsomókat is teljesen eltávolitja, a mi a műtétet sokszor nagyon megnyújtja, de a végleges eredmény érdekében épen olyan fontos, mint az elsődleges gócznak tökéletes kiirtása. Most sorra ismerteti az egyes rákos szervek operatioival elért eredményeket és azokat végül összegezi, külön választva a primaer műtétek eredményeit a recidiv rákosoknál elért eredményektől.

I. Primaer rákműtétek után 3 évvel recidivamentesen élt a betegek 46·6%-a.

I. Primaer rákműtétek után 5 évvel recidivamentesen élt a betegek 43·3%-a.

Ha pedig azokat, a kik operativ halállal vagy intercurrens betegségben multak ki, valamint azokat, a kiknek sorsa ismeretlen, mind rák folytán elhaltnak veszszük, akkor az eredmény a következő:

Primaer műtétek után recidivamentesen élt 3 év mulva a betegek 32·1%-a.

Primaer műtétek után recidivamentesen élt 5 év mulva a betegek 31·3%-a.

II. Recidiv rákműtétek után 3 évvel recidivamentes 32·0%.
„ „ „ 5 „ 38·8%.

Tehát még nagyobb %, mert azon két esztendő alatt, a mely itt számításba jön, kevésbbé súlyos eseteket jobb eredményekkel operáltak.

Ha pedig úgy mint előbb a primaer rákoknál az operativ halállal, az intercurrens betegségben kimúltakat, valamint az ismeretleneket mind rák folytán elhaltaknak veszszük, akkor az eredmény a recidivával operáltaknál:

Recidiv műtétek után 3 évvel recidivamentesen él 24·2%.
„ „ „ 5 „ „ „ 27·0%.

Egyszóval a primaer műtétekkel az I-ső számú sebklinikán operált betegeknek megmentették körülbelül egy harmadát, azon betegeknek pedig, a kik recidivával operáltattak, megmentették több mint egy negyedét. Tekintve azt, hogy ez a legszigorúbb számítás, ezen eredmény olyan, a milyenről egy negyed századdal ezelőtt a sebészet alig mert álmodni. Ezen eredmények minden kétségen kivül helyezik, hogy a rákbetegség gyógykezelésével nagyon is érdemes a sebészetnek foglalkoznia és hogy mulasztást követünk el, ha nem teljes erőnkből foglalkozunk annak tanulmányozásával. E végből szükségesnek tartja, hogy a Pasteur-intézet és tuberculosissal foglalkozó intézetek mintájára egy külön intézet állittassék fel, a mely speciálisan csakis a rákbetegség tanulmányozásával foglalkozzék és a melynek felállitása iránt legközelebb meg fogja tenni előterjesztéseit.

Tauffer Vilmos: A Budapesti Orvosi Kör felszólitása folytán a közelmultban feladata volt a méhrákról előadást tartani. Azon alkalommal egy kicsiny kör előtt szólhatott és most azoktól, kik akkor hallották, előre is bocsánatot kér, hogy az előttük már ismeretes adatokat újra felhozza.

Az irodalomban felette különböző alapon számitottak az egyes szerzők és egységes eredményhez felette nehéz volt jutni. Ezért Winter a giesseni congressuson referálta az ügyet és a congressus megállapodott azon számítási módban, melyet ma az egész világon elfogadnak. Ez sem optimistikus, sem pessimistikus, hanem reális. Ezért előadónak pessimistikus számadatait nem fogadhatja el. A ki a tudományos világban elfogadható adatokat akar nyujtani, az legyen szives ezen alapon adatait csoportositani, mert az olvasó nem dolgozhatja magát bele az önkényes statistikába. Le kell számitani a műtét után közvetlenül (primaer) elhaltakat, az öt éven belül bármi okból elhaltakat és az ismeretlen kimenetelű eseteket. Az a czélunk, hogy a mivel számítunk, az tényeken alapuljon; tudjuk, hogy a betegeknek mi a sorsa. Igy minden önkény ki van zárva a számitásból. Vagyis pl. 100 esetből, ha elhal a műtét után 10, intercurrens betegségben öt éven belül 10, elzüllött, ismeretlen sorsú 10, akkor nem 100, hanem csak 70 betegről készitünk statistikát.

Igen nehéz az ilyen anyagot revideálni és számon tartani az intelligentia különböző fokán levő ezen egyéneket. 1901-ben és 1904-ben sikerült számon venni a betegek sorsát. A második 100 operatio jobban sikerült mint az első, mert ekkor a professor is már jól begyakorolta magát, ámbár közben a fiatalabb erők is operáltak. Öt éves tartamot veszünk fel a gyógyulás végleges voltára nézve, bár ez a három éves eredményeket már kevéssé alterálja. Ha közben más szervben lép fel a carcinoma, nem vagyunk feljogositva ezt recidivának tekinteni.

Multkori előadásának tenorja az volt, hogy a mikor itt szólt, az ország orvosaihoz szólt, mert ez a kérdés, mely a művelt világban már nagy utat tett meg, nálunk is aktuális. A méhrák elleni védekezésben külföldön már oda jutottak el, hogy nemcsak az orvosokat figyelmeztetik a korai diagnosisra, hanem a társadalomhoz is fordulnak, kitanitják, melyek az initiális tünetek. Vita tárgya lehet, mennyiben jogos és helyes ezen eljárás, mi ennek a módja, mik a hátrányai; de az már el van fogadva és tények bizonyítják, hogy a méhrák korai gyógyitásával bámulatos és radikális eredményeket lehet elérni.

Dollingeréhez hasonlóan az ő anyaga is vegyes, az elhanyagolt esetek igen gyakoriak. Czélja volt, hogy megindüljon végre nálunk is egy mozgalom, mely lehetővő tegye, hogy korán jussunk a méhrákos beteghez. De ő nem olyan messze jövőbe helyezi ennek eszközeit mint Dollinger. Dollinger rákintézetet akar állitani. Minden tőle telhető eszközzel segitségére volna. De a méhrák elleni küzdelem nincs ilyen távol, itt van a két egyetemi nőklinika, egész sor kórház női osztálya, egy sor bábaintézet a nőgyógyitás minden eszközeivel felszerelve, egy sor kórház sebészeti osztálya, a hol mindenütt szakemberek állanak az intézet élén, ezeknek erkölcsi kötelességük, hogy a nimbust, mely őket övezi, a hatalmat, melyet kezükben tartanak, ezen ügy szolgálatába hajtsák, ne álljanak félre a munkától, hanem működjenek közre. A korai diagnosisra vizsgálatokat végezzenek, a méh teljes kiirtását maguk végezzék, gyakorolják be magukat erre, ezt követeli állásuk prestige-e. Tehát nem kell várni a rákos intézet felállitásáig, hanem ébreszszük öntudatra a kórházak vezetőit és rengeteg eredményeket fogunk elérni.

A 2-dik számú női klinikán tanári működése óta 1881-től 1904 junius végéig 34,128 ambulans beteg között 1801 (5·27%) méhrákos jelentkezett. Ezen idő alatt 172 esetben végezte a rákos méh teljes kiirtását. Ezek közül a műtét után közvetlenül elhalt 19 (11·04%), az utolsó 100 operált mortalitása már csak 5%. Véglegesen gyógyult az esetek 40·58%-a.

Előre bocsátotta, hogy anyaga sok esetben elhanyagolt volt. Hogy az esetek minél korábban kerüljenek észlelés alá, Bársony tanár igen czélszerű intézkedést hozott be klinikáján. Kis nyomtatott irást ad a klinikán megforduló beteg kezébe, a mely kitanitja őt a méhrák korai tüneteire és ha ilyent lát, azonnal jelentkezésre. De ez, bár sok beteg kezébe jut, nem elegendő. Ez csak szük körben mozog. Ezért az összes orvosokhoz fordulva hangsúlyozza, hogy a korai diagnosis a panacea, ezért minden orvos a korai diagnosisra törekedjék. És ha csak egy asszonyt gyógyitott meg valaki a korai diagnosisával, ez oly ösztönző érzés számára, hogy az ügynek meg van nyerve.

Navratil Imre: A Dollinger által ajánlott statistikai alapot a maga részéről pártolandónak tartja, habár a giesseni congressus határozatai jogosultak. Nem tagadhatja, hogy az operált rákos betegek egy bizonyos százaléka közvetlenül az operatio után meghal sepsisben,

pneumoniában, stb. (primaer halál Tauffer); hogy gyakran intercurrens betegség öli meg az egyént és végül vannak olyanok, kikről nem lehet tudósítást kapni, de a kikről biztosra vehetjük, hogy recidivában haltak el, tehát ezeket is elveszetteknek kell tekintenünk. Ezt tekinti a legreálisabb számításnak.

Hogy a carcinoma operálása ma sokkal tökéletesebb, ez kétségtelenül a sebészet haladásának köszönhető. Az asepsisnek és methodusoknak. Addig, míg a rákserumot meg nem kapjuk, nincs biztosabb eszközünk, mint a kés. Minél korábban operálunk, minél jobban iparkodunk kiirtani a rákos góczot a regiós mirigyekkel, annál kevésbbé lesz recidiva. Igy alajk-, pofaráknál osztályán csak két recidiváról van tudomása. Nagyobb anyagveszteségeknél, ha plastikát csinálunk, szintén igen kicsiny a recidiva százaléka. Az emlőrák operálására nézve a Hallstadt-Kocher-féle eljárás a legtökéletesebb, mely után recidiva alig fordul elő. Ez nagy előny a régi methodusokhoz képest. Végül a recidiva szempontjából súlyt kell arra helyeznünk, milyen a rák, melylyel dolgunk van. Ezt egyszer discussio tárgyává kell tenni, mely rákfajoknál gyakoriabbak a recidivák és melyek recidivamentesek. Ő a rákokat Pertik tanár intézetében Krompecherrel megvizsgáltatta és azt tapasztalta, hogy egyszerű, el nem szarúsodott hámrák esetében legkedvezőbb a prognosis, míg elszarúsodott hámrák korán recidivál és képez metastasisokat. A velősrák a legrosszabb és csak akkor operálja, ha kezdeti stadiumban van; ha nagyobb területen van: noli me tangere. Meg kell különböztetni a belső és külső gégerákot. A belső a hangszalagokon székel, a külső az epiglottison és kannaporczokon. A belsőnek prognosisa jobb, mint a külsőé, mert itt a nyirokérhálozat dúsabb és igy a carcinoma terjedése könnyebb. Azelőtt a gégerákot a sebészek nem merték operálni, biztos halált jelentett, míg ma akárhányszor biztosra vehetjük a gyógyulást. Igy el nem szarúsodott hámrák esetében egyszer resectiót, máskor exstirpatiót végzett és a betegek három év óta élnek.

Dollinger Gyula: Mindkét számítási mód mellett erős érvek szólanak és azért, hogy az eddig közzétett sebészeti statistikákkal ne veszítse el a kontaktust, de meg az újabb statistikákkal is összehasonlítsa eredményeit, szükséges volt az anyagot mind a két módon csoportositani és az eredményeket mind a két módon kiszámítani. Ezzel ez a kimutatás értékben csakis nyert, mert megmutatja azt is, hogy a legkedvezőtlenebb módon számítva milyen eredményeket érünk el. Igy számítva is, ezen eredmények igen jók és biztatók.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1904. évi május hó 30-dikán.)

Elnök: **Basch Imre.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

A szakülés megkezdése előtt a szakosztály az elnökség indítványára akként határozott, hogy a kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztályának képviselésére a folyó év szeptemberében Berlinben megtartandó V-dik nemzetközi dermatologiai kongressusra *Havas* tanárt küldi ki.

1. **Róna Sámuel: A bőr vérereinek öröklött (familiáris) szakadékonysága, consecutiv bőratrophiával.** Folyó évi márczius 29-dikén egy 26 éves, nőtlen szabósegéd jött bemutató osztályára veneriás bántalma miatt, a kinél a tüzetesebb vizsgálat sajátszerű localisatiojú bőrlaesiókat derített ki. A betegnél ugyanis a könyökcsúcsokon, a térdkalácsok felett, a bokacsontok és a lábmarja és az Achilles-in felett a bőr livid, hegszerűen atrophiás, megvékonyodott, vagy helyenként sklerotikus kötőszöveti göbök által megvastagodott. Első látszatra a localisatio és atrophia az úgynevezett atrophiás alakú epidermolysis heredit. bullosára emlékeztetett, annyival is inkább, mert a beteg azt állitá, hogy apjának és több testvérének is hasonló baja volt.

Erről azonban szó sincs. Az anamnesisből ugyanis a következők derültek ki. A mint mondá, apja kora gyermekkorától 67 éves koráig végelgyengülésben bekövetkezett haláláig hasonló eredetű, localisatiojú és kinézésű bőrelváltozásokban szenvedett. E mellett szűkmellű és köhögős volt. Apai nagyszülőkről semmit sem tudnak. Anyjuk és anyai nagyszüleik teljesen egészségesek voltak. A beteg 11 testvére közül három elhalt, a nyolcz élő közül rajta kivül még négy felnőtt hasonló bőrbajban szenved, mely a korral nem enyhült. Egy 18 éves leánytestvérét behozatta és ugyanazon bajjal kezelik az osztályon; a többi 3 beteg egy 32 éves, egy 34 és egy 38 éves nő. Mindezek bőrbajuktól és az anaemiától eltekintve egészségesek. A többi élő testvérnél, a kiknek legkisebbje most 15 éves, hasonló bajnak nyoma sincs. Úgy az anyjuk, mint ők maguk a baj keletkezését a 4—6-dik életévre teszik.

A baj úgy kezdődött, hogy a bőrén erőművi behatások: ütés, nyomás, csipés, czipőszoritás stb. után azonnal vérömlések keletkeztek, melyek a legtöbb helyen a vérömlések jellemző szinváltozása után teljesen nyomtalanul eltüntek és csak a fent leirt localisatiókban fúvódott fel a bőr néha vastag burkú tömlő alakjában, de a mely tömlőszerű duzzanat nem szokott megnyilni és nem fekélyesedett ki. Mindezt bemutató maga is az osztályon fekvő mindkét betegen észlelte. Tehát kétségtelen, hogy ezen esetekben a bőr vérereinek öröklött (familiáris) szakadékonysága van jelen. Az atrophiás, hegszerű és heges elváltozások az egy és ugyanazon helyre ismételten, mondhatni számtalanszor történő vérömlés és cutisszakadások következményei, mert más helyeken, melyeket nem szakadatlanul ért a trauma, hasonlót nem látunk.

Kérdés, hogy milyen kóralakkal állunk szemben? Bizonyos, hogy *haemophiliához* közel áll a kór; de épen a haemophiliára jellemző nyálkahártyavérzések hiányoznak. A betegnél például foghúzás, vagy bőrsebzés után nincsen erősebb vérzés, mint más egyénnél. A leánynál ugyan a menstruatio hét napig is eltart és a foghúsa is vérzékeny, de mindez egészséges egyéneknél is előfordul.

Szóló emlékszik még egy 12 éves kis leányra, a ki ismételten feküdt az osztályán orbánczczal, a kinek bőre taetoválva volt különböző nagy vérömlésekkel, melyek már enyhe traumákra is bárhol felléptek, és a kinél szintén hiányoztak a haemophilia egyéb klassikus tünetei, de hiányoztak a fent leirt localizálódás és consecutiv jelenségek is. Miután szóló soha hasonló kóralakot még nem észlelt és a *haemophiliásoknál* az irodalomban sem talált felemlitve, bátorkodott az esetet bemutatni.

Havas kérdi, hogy a véredények meg lettek-e vizsgálva, mivel nincs kizárva, hogy a bemutatott esetben a véredények parenchymás elváltozása van jelen. Azt hiszi, hogy az eset nem osztható be egyszerűen a haemophiliák csoportjába, mivel a traumás laesiók mindig atrophiához vezetnek.

2. **Csillag Jakab: Eddig pontosabban le nem irt bőrtumorocskák esetei** czímen 50 éven felüli két férfit és egy nőt mutat be azon sorozat esetei közül, melyeket az utóbbi két hónapban *Róna* tanár figyelmeztetésére ennek osztályán észlelni alkalma volt és a mely esetek mindegyikénél klinice teljesen azonos tumorocskák voltak észlelhetők. E tumorokra *Jadassohn* hivta fel Róna figyelmét, mint addig le nem irtakra 1903. juliusban Bernben. E tumorocskákra a következő jellegző: kivétel nélkül 45 éven felüli egyéneknél és pedig körülbelül egyenlő arányban férfiaknál és nőknél láthatók az arcz felső részén, a halántékon és homlokon; számuk változik (1—25 számban voltak jelen), *de rendesen csak 1—5 számban találhatók!* Nagyságuk kis gombostűfej—kendermagnyi, alakjuk kerekded, polygonális vagy lebenyes, a bőrből kissé kiemelkednek; felületük sima, lapos, egy vagy több köldökszerű behúzódással és tátongó, comedoszerű csappal eldugaszolt, kis gombostűfejnyi nyilással; szinük fehéres vagy halvány okkersárga, tömöttségük valamivel nagyobb mint a környező bőré. Egymásba kivételesen folynak. Egy bizonyos nagyságot elérve tovább nem nőnek. Subjectiv tüneteket nem okoznak és igy csak ritkán vétetnek a beteg által észre. Bemutató e tumorocskák histologiai készitményeit is demonstrálja, melyekből kiderül, hogy *a tumorok faggyúmirigyekből állanak* és pedig részben csak egyszerű, *hypertrophiás*, máskor *hyperplasiás* faggyúmirigyekből, más esetekben végül valóságos *faggyúmirigy-adenomából*. E tumorok a faggyúmirigyekből kiinduló daganatoknak eddig még le nem irt külön typusát képezik.

Havas a górcsövi képből azt látja, hogy a jelen esetben nagyfokú epitheliális hyperplasia van jelen, a minőnek egyéb nyilvánulásait (bajusz sűrűsödés, praeformált megvastagodott szőrök fülben, orrban faggyúmirigynyilások kitágulása) is gyakran találjuk a magasabb korban. Itt csak az az érdekes, hogy ezen hyperplasia egészen sajátszerű módon jelentkezett és nem lehetetlen, hogy e tumorocskák talán átmenetet képeznek az epitheliomához.

Róna az utóbbi időben tüzetesebben foglalkozván az epitheliomák kérdésével, e tumorocskákat is nagyobb figyelemmel kisérte és eddig nem képes azokat az ismert klinikai formákkal összeegyeztetni. Azt hiszi, hogy az *egyesen* és *conglomeráltan* előforduló esetek között csak fokozati különbség van.

Csillag nem tartja még vizsgálatait befejezetteknek és eddig csak annyit tud, hogy a jelzett laesiók faggyúmirigyekből kiinduló tumorocskák, a melyeket az egyszerű hypertrophiáktól elkülöníteni eddig még nem lehet.

3. **Csillag Jakab: Adenoma sebaceum ötödik esete.** T. J. 46 éves, rendőr, a fejbőrén levő elváltozásról azt mondja, hogy azt születése után nehány héttel, egy az egész fejbőrét fedő ótvar gyógyulta után vették nála észre. Hajzat az elváltozás felett sohse volt, subjectiv tüneteket sohse okozott, különösebb növekedést sem észlelt; családja többi tagjánál hasonló bajt nem ismer.

Jól fejlett férfi hajzatos fejbőrén baloldalt a fül-fejtető vonalon, a fejtetőhöz valamivel közelebb egy koronányi, hajzattal nem fedett terület látható, mely a bőrből nehány mm.-re kiemelkedik, éles határú, halvány rózsás-sárgás, felületén sekély árkocskákkal polygonális szigetecskékre osztott, melyeken mákszemnyi-kisgombostűfejnyi, tátongó és piszkos-sárgás csapokkal eldugaszolt nyilások láthatók. Hajzat csak az elváltozott terület szélein látható az egyes barázdákban ecsetszerű csoportokban.

Egy borsónyi kimetszett részlet szövettani vizsgálata a tumor alkatrészeül faggyúmirigyeket derített ki, melyek körül egyesek kivezető csövének falából hálózatot képező *solid hámkötegek* és vékony *faggyúsejtszerkezetű sejtekkel* bélelt csövek burjánoznak; ugyanc hálózattal, valamint a faggyúmirigy-kivezetőcsövek falával összefüggésben kisebb-nagyobb szigetek vannak, melyek tisztán basális jellegű epithelsejtekből (*Krompecher*) állanak; a szigeteket szegélyező sejtek cylindrikus szerkezetűek. A fedőepithel alsó sejtsoraiban, valamint a solid hámkötegekben elég nagyszámú magoszlási alak látható. Az esetben tehát fejlődési rendellenességen nyugvó, vagyis a naevus-csoportba tartozó *körülirt adenoma sebaceum*-mal és egy ebből kiindult *basalsejtes epitheliomával* van dolgunk.

4. **Kánitz Henrik: Arsenmelanosis esete.** Férfibeteg *Róna* tanár osztályáról, a ki előadja, hogy a folyó év elején psoriasisa volt, a mely ellen atoxyl-injectiókat kapott. Hasonló baja 4 év előtt is volt, a mely akkor kenőcskúrával meggyógyult.

Status praesens. Az arcz temporális és praeauriculáris táján, kézhátakon psoriasis-plaquesok, a törzsön és a végtagokon pigmentatiók láthatók. A pigmentatiókat, mivel beteg atoxylt (arsenkészitményt) szedett, az arsennal hajlandó összefüggésbe hozni.

Basch kérdi, hogy a midőn a beteg atoxylt kapott, részesült-e egyidejűleg külső kezelésben is?

Kanitz jelzi, hogy csak bórvaselin-kenőcsöt kapott.

Basch e kérdést csak azért intézi bemutatóhoz, mivel ő is észlelt egy hasonló esetet, a melynél belsőleg semmi és külsőleg is csak bórkenőcs dispenzáltatott, a hol tehát a pigmentatio csak a psoriasis folytán jelentkezett. Felhivja tehát a figyelmet arra, hogy az arsen aetiologikus szerepének elbirálásánál nagyon óvatosan járjunk el.

Kánitz az arsennek azért tulajdonit a jelen esetben nagyobb fontosságot, mivel betegnek azelőtt is voltak több izben psoriasis-rohamai, a melyek után pigmentatio sohse maradt vissza.

Róna tudja azt, hogy a pigmentatiók kérdése állandóan napirenden van a psoriasis és a lichen planus pathologiájának fejtegetésénél. *Basch* idézett esetét mindenesetre figyelemreméltónak tartja és maga sem merné bemutató esetében a pigmentatiók és az arsen közötti okozati összefüggést feltétlenül állitani. Kérdi *Baschtől*, hogy nem szedett-e betege arsent?

Basch: Nem.

Havas emliti, hogy lichen planus eseteiben elég gyakran látott a *Basch* jelzett esetéhez hasonló jelenségeket, de valódi arsenmelanosist még nem látott; azt hiszi, hogy a melanosis ily esetekben haematogen eredetű.

Basch is osztja *Havas*-nak a melanosis haematogen eredetére vonatkozó nézetét, a mit azzal vél támogatni, hogy jelzett esetében dörzsölésre a melanosis fokozódott.

5. **Iványi Ernő: Lichen scrophulosorum esete.** A beteget főleg azért tartotta a bemutatásra alkalmasnak, mert a czimben jelzett bajt ritkán látni oly typikusan kifejezve, mint a jelen esetben.

A beteg 7 éves leányka és *Róna* tanár osztályáról való, a hol az utóbbi hat év alatt a jelen esettel együtt négy izben észleltek typikus lichen scrophulosorumot.

Szakülés 1904. évi november hó 14-dikén.

Elnök: **Feleki Hugó.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

1. **Emődi Aladár és Spitzer Gyula: Elektrolysissel kezelt húgycsőszűkületek.** A húgycsőszűkületek gyógykezelése a használatban levő gyógyeljárásokkal nem lévén tökéletes, indokoltnak tartották az oly kiváló szakférfiak, mint *Tripier*, *Maller*, *Newmann*, *Clarke*, *Fort*, *Desnos*, stb. által ajánlott elektrolytikus kezeléssel is kisérletet tenni.

Feleki magántanár poliklinikai osztályán 23 betegnél végeztek egy év alatt elektrolytikus kezelést. A rationalismusnak megfelelően a circuláris módszert alkalmazták. Az első eseteknél *Cholzow* ajánlata szerint 4—6 milliampèrerel, 8—10 percznyi ideig végezték a kezelést, részben azonban a beteg subjektiv érzése, másrészt pedig az objektiv jelenségek is arra indították bemutatókat, hogy később rövidebb ideig, mintegy 2—3 perczig és legfeljebb 1½—2 milliampèrerel végezzék az elektrolysist.

Szükségesnek látták azonfelül, hogy az eszközökön is némi változtatást végezzenek; még pedig az olivákat előlről menedékessé, hátulról meredekké tették, hogy azok az eszköz visszahúzásánál a szűkületben megakadjanak. A csavaros vezetőbougiet, a mely könnyen letörhetett, elhagyták és helyette egy hosszabb filiformis bougiet vezettek be az oliván e czélra alkalmazott csatornán keresztül; végre, hogy magukat az eszköz oldalelhajlásai ellen biztosíthassák, az elektrodra pavillont készitettek. A methodus eleinte előrehatoló volt, hogy azonban a betegeket esetleg az ép szövetek bántalmazásától (lysises álutak) megkiméljék, a későbbi eseteknél a lysist retrograd irányban, a következőképen végezték: az elektrodon egy a szűkület fokának (ezt legalább 15—16 Char.-re kell azonban előzőleg kitágitani) megfelelő olivát toltak a szűkületen keresztül és összekötötték az elektrodot a negativ polussal, a positiv polust a hasfalra alkalmazták. Az áramot megindítva (1½—2 milliampère) az olivát lassan a szűkületen keresztül kifelé húzták. Az eljárás körülbelül két perczig tart és 8—10 naponként ismételtetik növekvő kaliberű olivákkal; közben pedig harmadnaponként ugyanazon vagy növekvő kaliberű szondákat vezetnek a húgyesőbe.

Egy esztendei megfigyeléseik alapján az eljárásról végleges itéletet mondani még nem szándékoznak, de úgy találták, *hogy ez a fokozatos tágitásnál gyorsabb és hosszabban tartó javulásokat eredményezett*, a mi különösen a recidivákra hajlamos szűkületeknél fontos. Az eredmény, úgy a callosus, mint az idült infiltratumok által előidézett szűkületeknél kielégitő volt. Ezt a *Spitzer* által bemutatott öt, részben callosus, részben infiltratumos strictura esete is bizonyitja, melyeknél a tükörlelet az eljárás teljes eredményességét mutatja. Mindenkor szükségesnek tartották az elektrolysises kezelés közti időszakokban a fokozatos tágitás alkalmazását is.

Feleki emliti, hogy az eszközön ejtett módositás *Emődi* eszméje. Az eljárásról magáról végleges véleményt, tekintettel a rövid egy év óta észlelt kisérletekre, még nem mondhat. Nézete szerint az eljárást illetőleg is szigorú indicatiók felállításának van helye. Az eljárás különösen a gyorsan recidiváló szűkületek eseteiben látszik javaltnak. Egyébként azt tervezi, hogy állatokon szövettani vizsgálatokat fog végezni az elektrolysis után fellépő elváltozásokra vonatkozólag, különösen oly irányban, vajjon az ép szövet esetleges lysise után nem következik-e be szűkület.

2. **Csillag Jakab: Exanthema psoriasiforme lichenoides esete.** H. Zs.-né, 65 éves, 13 év óta a klimaxon túl levő nő, 1904. februárig egészséges volt. Ekkor általános vizkór lépett fel nála, mely májusban húgyhajtókra nagy részben visszafejlődött. (*Hochhalt* egyetemi magántanár osztályán kezeltetett nephritis diagnosissal). A vizkór visszafejlődése nyomán előbb a hason, azután az egész köztakarón, kivéve a fejbőrt, subjektiv tünetek nélkül kiütés lépett fel, mely a gyógyulásra hajlamot nem mutatván, 1904. augusztus 28-dikán *Róna* tanár osztályára vétetett fel.

Felvételkor a jól fejlett, csökkent táplaltságú, az alszárakon anasarcás, különben petyhüdt bőrű, anaemiás nő köztakarója, kivéve a hajzatos fejbőrt, fedve volt egy kiütésféleséggel, mely kis gombostűfej, lencsényi egész körömnyi, úgy látásra, mint tapintásra inkább göcs, mint folt jellegű, kerek, a bőr niveaujáu kissé túlemelkedő, lapos felületű, élénk hyperaemiás efflorescentiákból állott. Az efflorescentiák lapos felülete sima, kissé fénylő volt, egy részükről igen vékony, ezüstfehér pikkely volt levonható, melyet pontszerű vérzés csak erősebb vakarásra követett néha. Legsűrűbben az emlőkön, a váll mellső felületén, a hónaljban, a felkarok hajlító felületén és a genitaliák környékén, legritkábban a háton a kötözködés táján voltak. Összefolyásra hajlamot néha mutattak.

A szájnyálkahártyán elváltozás nem volt. A kitapintható mirigyek megnagyobbodva nem voltak, kezdetben fehérjenyomok; kátrány és fürdők alkalmazására a bőrbántalom javult, tiz nap óta kezelés nélkül van. A bőrlaesiók szövettani vizsgálata folyamatban van.

A betegen levő bőrelváltozás hasonlit morphologice némileg a a foltos-göcsös syphilidhez, a psoriasis vulgaris guttata moniliformishoz, a pityriasis rosea Giberthez, kevésbbé a lichen planushoz, azonban kétségtelenül nem tartozik ezek egyikéhez sem, hanem ama kevésbbé ismert bőrbetegség csoporthoz, melyet 1894-ben *Jadassohn* vezetett be a dermatologiába „dermatitis psoriasiformis nodularis“ név alatt egy eset ismertetésével.

Róna tanár 1898-ban mutatott be a dermatologiai és urologiai társulat egyik ülésén egy idevágó esetet; osztályáról ez a második eset. Az ismertetett esetek száma eddig körülbelül tizre emelkedett. Ismeretünk a bántalom (vagy talán bántalmak?) aetiologiájáról egyenlő eddig a semmivel. A vitatkozás az elnevezés és besorolás felett mai ismereteink alapján még korai és meddő és egyelőre csak az eddigi adatok evidentiában tartása és újabb adatok gyüjtése lehet a feladat.

Schein emliti, hogy *Török* is leirt egy hasonló esetet a „Pester mediz.-chirurg. Presse“-ben „In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermie“ czimen.

Róna azt hiszi, hogy ez ugyanaz az eset, a melyet ő a „Közkórházi Orvostársulat Évkönyvé“-ben irt le.

3. **Csillag Jakab: Naevus sebaceus asymmetricus további esete.** A bemutatott eset a nyolczadik, melyet *Róna* tanár osztályán körülbelül fél év alatt észleltek, a mi a mellett szól, hogy e naevusféleség egészen banális, ha keressük. Az eset T. J.-né, 32 éves, férjezett nő, kinek *születése óta* bal arczfelén van egy bőrelváltozása, mely változatlan és subjectiv érzést nem okoz. Fel- és lemenő ágbeli rokonainál hasonló elváltozásról nem tud. A naevus a bal arczfél alsó felén, körülbelül függélyes irányban foglal helyet, 2½ cm. hosszú, 1 cm. széles csik alakjában. Ez is, mint az eddig észleltek, gombostűfej—kendermagnyi, különálló és összefolyt alapú, okkersárga alapszinű göcsökből áll, melyek tetetén egy vagy több faggyúmirigy-nyilás van.

A *localisatio* ez esetben ugyanaz, mint egy másik itt demonstrált esetben, melynek photographiáját bemutatja. Ugyancsak másik két esetben, melyet szintén itt demonstrált, a hajzatos fejbőrön, megegyező localisatioval, a fül-fejtető vonalban voltak a naevusok; úgy az előbbi, mint ezen két esetben baloldalt voltak a naevusok.

A histologiai vizsgálatból az látszik kitünni, hogy e naevusoknál nemcsak a faggyúmirigyek hypertrophiásak, a mellett, hogy megvannak szaporodva, hanem a verejtékmirigyek, sőt egyes esetekben a mm. arrectores is és igy e naevusok nem tisztán „sebacei“.

Róna a localisatiora vonatkozólag emliti, hogy nyolcz betegén tett észlelései alapján a homlok jobb felén volt három naevus sebaceus látható.

Poór a górcsői kép futólagos megtekintése után úgy látja, hogy itt sincs túlságos mirigynagyobbodás, hanem ép úgy, mint a disseminált alaknál — melyről nem régen irt —, a mirigylebenyek szaporodottak és a kivezető csövek is, a miért is ezeket co genitális eredésűeknek tartja. Az adenomák között pedig egyszer a verejték-, másszor inkább a faggyúmirigyek vannak megnagyobbodva.

Csillag a disseminált alakot még ritkábbnak tartja, mint az asymmetrikus alakot, mert előbbit egyszer sem, utóbbit nyolcz osztályos és 1 privát betegénél látta. Egyébként a megnagyobbodás itt megvan, mert ha a normális mirigyet nézzük, mely elvétve a praeparatumban szintén látható, feltünik a faggyúmirigymegnagyobbodás; a naevushoz közelebb esők hypertrophizáltak, más esetekben azonban nemcsak *nagyobbak* a lebenyek, de *többen* is vannak.

Poór azt hiszi, hogy a kérdés csakis a praeparatumok tüzetes átvizsgálása által volna eldönthető.

Csillag reméli, hogy lesz még alkalma a két kóralak rokonságát kimutatni.

4. **Róna Sámuel: Az ú. n. spontan multiplex gangraena aetiologiájához öt eset alapján.** (Előadás.)

1. A *Kaposi* által felállított herpes zoster gangraenosus hystericus kórkép nem választható külön az autorok ú. n. spontan neurotikus multiplex gangraena csoportjától.

2. E kóralak bőrelváltozásai csakis hysteriásoknál vagy spekulánsoknál észlelhetők és nem egyebek, mint maró szerekkel előidézett *auto-artefact* laesiók.

3. A hysteriásoknál ezen öncsonkitások a hysteriás jellemből kifolyó feltünési viszketeg, szimulálás megnyilatkozása.

4. Az autorok leirásában található morphologiai és kórboncztani differentiák a laesiókat okozó vegyi szerek különbözőségében, azok különböző concentratiojában, az alkalmazás különböző tartamában és a szövetek különböző fokú ingerlékenységében lelik magyarázatukat.

Havas a kérdéses bántalmat már régen artefact eredetűnek hiszi, de kérdi, vajjon nem észlelte-e bemutató a gangraena változatait, nevezetesen nem volt-e mindig friss belövelési udvar jelen.

Weisz mindaddig, míg egyik hasonló esetében, melyben a felkaron az artefact gangraena létesítésének kikerülhetése czéljából gypskötést alkalmaztak és ennek daczára a kötés levétele után mégis gangraena volt jelen, artefact eredésűeknek tartotta azokat, de azért azt hiszi, hogy spontán létesülő gangraenák is vannak; mindazonáltal kéri bemutatót, hogy adandó alkalommal az általa emlitett kisérletet megismételje.

Róna megjegyzi *Havas* felszólalására, hogy a belövelési udvar mindig élénkvörös volt és ők nem annyira ebből, mint inkább más észlelőkkel együtt a környi bőr vegyi elváltozásából igyekeztek biztos támpontokat nyerni. *Weisz* megjegyzésére azt hiszi, hogy az ő esetében is csak ravasz megtévesztésről lehetett szó, mint a hogyan a bemutató esetében sem derült ki azonnal a való tényállás.

III. országos elmeorvosi értekezlet.

(III. ülés 1904. október hó 24-dikén d. e.)

Elnök: **Raisz Gedeon**, később **Chyzer Kornél**; jegyzők: **Epstein László** és **Telegdi Zsigmond**.

Szegénysorsú idegbetegek intézeti kezelése. Előadta **Salgó Jakab**. Az elmebetegügy fejlődése oda vezetett, hogy meggyőzte a szakköröket arról, hogy az elmebetegségek súlyos kérdése az eddig folytatott úton és módon meg nem oldható. Az elmebetegintézeti kezelés a ma érvényben lévő felvételi nehézségek és az általános kötelezettségű gondnoksági eljárás mellett csak a gyógyíthatatlan elemek felhalmozódására vezet, míg a gyógyítás és ennélfogva a gyógyulás csak igen kis mértékben érvényesülhet. A gyógykezelés pedig csak akkor lehet sikeres, ha a betegség legkezdetibb stadiumában alkalmaztatik. Azért szükséges az ú. n. idegbetegeket minél előbb kellő kezelésben részesíteni, a mi ismét csak úgy lehetséges, ha a felvétel a legszabadabban kezeltetik és a gondnoksági eljárást csak a szükséghez képest indítják meg. Az előadó sokkal megfelelőbbnek tartja, hogy egy megváltozott elmebetegügyi törvény mellett a meglévő és még létesítendő intézetek olyképen reformáltassanak, hogy azok minden jelentkező idegbeteget nehézség nélkül felvehessenek és a beteg állapotához mérten elláthassanak.

Pándy Kálmán (Békés-Gyula): Teljes mértékben osztja előadó nézetét és kívánja, hogy minél előbb megvalósíttassék. Nem állunk e téren minden kisérlet nélkül, mert a kolozsvári egyetemi elmegyógyintézetnek idegbeteg-pavillonja is van. A Schwartzer-intézetben is vesznek fel idegbetegeket. És tudja, hogy Telegdi kartárs a kaposvári közkórházban is akar idegbetegosztályt felállítani.

Fischer Jakab: Élvezettel hallgatta az előadást, mert 4 év előtt hirdetett véleményével congruál, hogy t. i. az elmebeteggel ép úgy bánjunk el, mint más testi betegekkel, és akkor elérjük azt az ideált, a mit az elmebetegek elhelyezésével elérni lehet. A mint más betegeknek csinálunk kórházat, úgy csináljunk az elmebetegeknek is kórházat, természetesen ennek speciális igényei szerint. De a mint szemkórházba gyógyíthatatlan vakot nem vesznek fel, ép úgy nem kellene felvenni — a mennyire megállapítható — elmebetegkórházba gyógyíthatatlant, hanem ez tébolydába való.

Oláh Gusztáv: Csodálkozik, hogy olyan éleseszű psychiater, mint Salgó, ilyen régi dolgokkal hozakodik elő, de szóló tudja, hogy ezeket a dolgokat sokszor kell ismételni és örvend, hogy előadó vele egyetért.

Szóló tudja, hogy idegbetegintézetnek tébolydákkal való egybekapcsolása psychiaterek részéről sok ellenvetésre adott alkalmat. Pedig azon átmeneti és kezdő kóralakok, melyek a hidegvízgyógyintézeteket járják, míg letörnek, reászorulnak ezen intézetekre. A tébolydák mai állapotukban fenn nem tarthatók, meg kell nyitni kapuinkat az enyhébb alakok számára is.

Epstein László: Ideális követelés, hogy az elmebetegek úgy kezeltessenek, mint egyéb betegek. Olyan körülmények között, midőn osztályán 65 nyugtalan betegre két ápolónő ügyel fel, erről szó sem lehet.

A létező állapotok javítása már teljesen más körbe tartozik, de ehhez is pénz kell.

Hivatásuk a prophylaxis terén valamit tenni és itt arról a nagy tömegről van szó, melynek nincs módjában magánintézetet felkeresni. Ez az anyag túlnyomóan olyan, mely menthetetlenül elvész, mert nincs módja előbb gyógyulást keresni, mielőtt abba a sírba esik, melyet tébolydának nevezünk. Már 1897-ben a trencséni vándorgyülésen actiót indított, hogy ilyen sanatorium létesíttessék. Indítványozza, hogy ez a kérdés tárgyaltassák és egy bizottság bizassék meg a közönség bevonásával ilyen sanatorium létesítésére.

Raisz Gedeon: Pándy megjegyzésére, hogy kisebb intézetek mellett létesíttessenek idegbetegosztályok, az a megjegyzése, hogy ennek akadálya az 1876. XIV. t.cz., mely szerint tébolydába csak közveszélyes és gyógyíthatlan elmebeteg vehető fel. A Schwartzer-féle magángyógyintézetbe csak olyan idegbeteg vehető fel, a ki nem elmebeteg, hanem azon módosított fogalomba tartozik, hogy idegbeteg.

A Salgó előadását illetőleg, hogy ezen betegek elkülönittessenek a tébolydai anyagtól, az az észrevétele, hogy ez közel áll a következő előadás tárgyához, a családi ápolás kérdéséhez. Nagy nehézségekkel fogunk találkozni. Négy vármegyével tárgyalt egy elmegyógyintézet iránt, hogy ne egészen államköltségre létesítse, hanem a községi ápolásban levő elmebetegek eltartásának költségeiből kitelik nemcsak a létesítése, hanem fenntartása is. És mikor nyomozni kezdett, mennyi a községi ápolásban levő elmebeteg, kisült, hogy elenyésző csekély. A tébolydai ápolás, a mint ma van, szorosan összefügg a szegényügy kérdésével. A míg ez rendezve nincs, ez csak ideális óhaj.

A gyógyítható anyag elkülönítése a nem gyógyíthatótól meg van oldva a külföldi koloniális intézetekben. Minden koloniának van egy centrális lazarethje, onnan osztják szét a beteganyagot, és oda viszik be azt, a ki zárt ápolásra szorul.

Telegdi Zsigmond: Nem az elmebetegosztályon tervezi az idegbetegeket felvenni, hanem ép úgy, mint a hogyan most ezen osztály mellett még a heveny fertőző betegek osztályát vezeti, szándékozik az igazgatóval történt megbeszélés alapján a közkórház szabad részében két szobát idegbetegek részére elfoglalni. A betegek felvételére pedig felemliti, hogy a közkórházakra az 1876. t.-cz. nemcsak elmebeteg, hanem kórház fejezete is szól, ez utóbbi folytán pedig nem hogy feljogosítva, mint Fischer állítja, hanem kötelezve vannak arra, hogy a jelentkező beteget, ki gyógyításra szorult, felvegyék. Ha visszautasítják, csak azon alapon történik, hogy „a mennyiben hely van".

Salgó Jakab: A kérdés nem új, mégis sok mindenféle kérdés merül fel tárgyalásánál. Nem akar a kórházak mellé építtetni kisebb kórházakat, hanem tébolydából akar kórházat csinálni, hogy ott a szerint kezeltessenek a betegek, a mint állapotuk megkívánja. Nem kívánja a beteget az intézetbe való belépéskor olyan rendszabályok alá vetni, mintha már meg volna állapítva a baja, csak akkor, ha már ennek szükségessége bekövetkezett.

Hogy ez mind pénzkérdés, természetes. De meg van róla győződve, hogy rossz intézet nem olcsóbb a jónál. Az a pénz, mely most improductive kiadatik meg nem felelő intézetekre, abban a pillanatban, mikor a gyógyítás állana első sorban, megszünnék improductiv lenni.

Az elmebetegek családi ápolási rendszerének meghonosítása hazánkban. Előadta **Konrád Jenő**, nagyszebeni áll. elmegyógyintézeti igazgató. Lapunk más helyén (Elme- és idegkórtan 1904. 4. sz.) mint eredeti közlemény egész terjedelmében jelent meg.

Oláh Gusztáv: Sokan azt hiszik, hogy a családi ápolás csak jó és szép vidéken létesíthető, de épen azt látjuk, hogy nagyobb kulturcentrumok nem adják ki betegeiket messzire, hanem a közelben tartják, mert a beteg nem a mezőre, hanem műhelybe vágyakozik. Rákospalotán próbált kisérletezni, és félve ment ki, de lelkes fogadtatásra talált úgy az elöljáróság, mint az intelligens lelkész részéről. Csak csekély pénzbeli differentia választ még el a megvalósítástól. Pár privát betegével tett kisérletet, a nép jól megérti és nem kételkedik, hogy sokkal gyorsabban fog menni, mint gondoltuk. Berlinben és Bécsben magában a városban több elmebeteg van elhelyezve családoknál, mint a környéken. A társadalom áldozatkészségétől nem sokat vár, successive kell megvalósítani a nagy intézetek mellett.

Moravcsik Ernő Emil: Örömmel üdvözöl és támogatandónak tart minden olyan áramlatot, a mely az elmebetegeknek szabadabb légkört biztosít és a sociális, családi érzésnek nem eltompítására, hanem fejlesztésére vezet. Ilyen a családi ápolási rendszer is, a mely ugyan egyes helyeken nem új, de általánosságban új. Az ilyen módon elért eredmények Skócziában és Belgiumban is igen fejlettek. A czél elérésére azonban jól meg kell válogatni az eszközöket. Meg kell válogatni az arra alkalmas elmebeteg-anyagot és a talajt, a hova a betegeket átültetjük. Az elsőre nézve legjobb eszköz az elmegyógyító intézetek szűrője, a hol a szakszerű észlelés kiválogatja az alkalmas elemeket. A másodikra nézve egyelőre azt tartja fontosnak, hogy az elmegyógyító intézetek körül, az intézet orvosi személyzetének felügyelete mellett létesíttetnék. Azután lehetne fokozatosan általánosabbá és nagyobb mérvűvé tenni, a midőn lassanként a közvélemény is hozzászokik az eszméhez. Fontos, hogy olyan családok körébe kerüljön a beteg, a kik benne nem gunyolandó, megvetendő, hanem szánalomra, jóindulatú támogatásra szoruló egyéneket látnak.

Niedermann Gyula: A külföldi anyagot nem lehet a mienkkel összehasonlítani. Nálunk a törvény által előirott és minősített betegek vétetnek fel, míg a külföldön más a beteganyag, mely családoknál elhelyezhető. Előadó statisztikája kétes értékű, mert a vissza nem tért betegek sorsát is figyelemmel kellett volna kisérni, hogy a vissza nem tért 80%-ból hány züllött el, hány került börtönbe stb. Osztja Moravcsik nézetét az anyagot és elhelyezési helyet illetőleg. De az óvatosságra nagyon kell ügyelni.

Ha a törvény intézkedései a felvételre vonatkozólag meg fognak változni, a mi beteganyagunk is meg fog javulni.

Salgó Jakab: Nálunk a térítvény megkivánása nem mond semmit a beteg állapotáról, mert meg kell követelni a hatóság útján bejutott betegről, ha javult is. A visszahozatal nem mindig jelenti azt, hogy ennek a betegnek nem való a házi ápolás. Sok olyan beteg van, hogy térítvény mellett nem bocsátható ki, mert a hatóság nem irja alá, vagyis több beteget bocsáthatnánk el, mint eddig történik. Lehetséges lesz, hogy a házi ápolás a betegek gyógykezelésében is szerepet fog játszani, mert jól tudjuk, hogy az intézet artefactumokat csinál in pejus; lehet, hogy a házi ápolás ilyent in melius fog csinálni.

Fischer Jakab: Szintén óvatosságra int. Csak ápolócsaládnál merné kezdetben megpróbálni. A közjótékonyságtól ő sem vár sokat. A megspórolt pénzeket az államnak arra kell fordítani, hogy több intézetet állítson fel a közveszélyesek számára.

Pándy Kálmán: Szintén foglalkozott a kérdéssel. Óvatossággal kell eljárni, a mint az elmeorvos mindig óvatos kell hogy legyen. A

belügyministerhez 2 év előtt felterjesztést intézett 10 nyugodt betegnek családoknál való elhelyezése iránt. Azzal tiltották meg, hogy ez csak népes centrumoktól távol eső helyen valósítható meg. Pedig magában Berlinben több elmebeteg van családoknál elhelyezve, mint egész Németországban együttvéve.

A közjótékonyságra nem lehet számítani. Skótországban sem a társadalom, hanem egyes nagylelkű adakozók teremtették meg ezen intézeteket.

Chyzer Kornél: Az egészségügyi osztály az elmebetegek szabad kezelésének kezdettől fogva barátja volt és ezt bebizonyította azon iratban is, melyet Chyzer és Niedermann külföldi útjokról a minisztérnek benyujtottak. Hogy eddig nem történt semmi, az nem az osztályon mult.

Apró intézetek nem felelnek meg a czélnak, a beruházási költségvetésben egy gazdasági coloniális tébolydára van szánva a pénz. Franciaországban a departement-ok dolga az elmebetegápolás. Magyarországon kevés vidék van, a hol a családi ápolás meghonosítható volna. Az északi határszél nem használható, mert a lakosságnak nincs megfelelő lakása, az alföldi önérzetes magyar meg nem fogad be elmebeteget családjába. Talán a Székelyföldön, a Szepességben, a szászoknál találhatók lesznek ilyen helyek. A közjótékonyságtól sem vár semmit. Az előadó tervezetét túlságos bureaukratikusnak tartja. Egy embernek kell ezt megcsinálni.

Végül köszönetet mond előadónak.

Konrád Jenő: A közjótékonyságot úgy értette, hogy ne egyeseket, hanem intézeteket, községeket birjanak reá csekély évi járulék lefizetésére. Statistikáját maga sem tartotta absolut értékűnek, mégis bizonyos tájékozódást megenged. A künmaradt betegeket kutatta volna, de mert elmebetegbűnügyi statistika be nem szerezhető, nem nyujthatott erről tájékozódást. Jól tudja, hogy a mi intézeteink anyaga más, mint a külföldieké, és hogy csak fokozatosan lehetne eredményt elérni. Csak 10%-ot vesz számításba. A közveszélyes betegek jó része artefactum.

A gyengébb elméjűek mint tanuk. Előadta **Ranschburg Pál.**

Előbb a tanúvallomások kisérletes tanulmányozására törekvő újabb irányt (Aussageforschung) ismerteti, majd beszámol ez irányú kisérletekről, miket laboratoriumában 30 fiatalkorú, debilis egyénen végzett. Ezeknél öröklött vagy szerzett terheltség alapján az elmebeli fejlődés lassúsága, hibássága mutatkozott, de oly fokban, hogy az elmegyengeség túlkönnyen nyilvánvaló, s pl. törvényszék előtt tanuként való szereplésnél egykönnyen szembetünő, avagy könnyűséggel rábizonyítható volna. A Stern W.-féle módszerrel végzett vizsgálatokból kiderült, hogy normális gyermekek és fiatalkorúak tanuvallomásaihoz viszonyítva az ily gyengébb elméjűeknél az épen észleltekre való spontán visszaemlékezés felényi terjedelmű, s e mellett több, mint kétszerte megbizhatlanabb. A kikérdezésnél, mely a tanukihallgatásnak felel meg, a gyengébb elméjűek csaknem minden kérdésre határozott választ adnak, ellenben bemondásaik több mint 40%-ban tévesek. Suggestiv, azaz nem észlelt dolgok részleteire vonatkozó kérdéseknek már normális fiatalkorúak is nehezen képesek ellentállni, elméjük e tekintetben szinte physiologiásan gyenge. Igy Stern vizsgálatainál 16%-ban nyert kétes, 25%-ban téves válaszokat. A gyengébb tehetségűek csak 34%-ban adtak helyes, 8·4%-ban határozatlan, s 57·4%-ban téves választ. Összesen 324 ilyen, nem létező dolgokra vonatkozó kérdésre 186 esetben adtak tevőleges, tehát pozitiv hamis felvilágositást.

E vizsgálatok felhivják figyelmünket a gyermekeknek tanuként való szereplésére. Még a normális intelligens gyermek elméje is, főleg suggestiv kérdésekre vonatkozólag, gyengének mutatkozik a való és képzelt, associative hozzáadott részletek megkülönböztetésére. A suggestioval szemben való ellentállóképesség a 7 éves kortól a 14 éves korig 50 százalékkal nő. De gyengébb tehetségű gyermek az olyan is, kinél az elmeállapot defectuosos volta külső szereplésében egyáltalában nem tünik fel, és mint tanú nagy fokban gyengelméjűnek tekintendő s egyáltalán meg nem bizható még a 16—17 éves korban sem. E körülményre a birónak, valamint az elmeorvos-szakértőnek s egyáltalán a szakértő orvosnak különös tekintettel kell lennie.

Az imbecillek intézeti elhelyezése és kezelése. Előadta **Fischer Ignácz.** Az elmegyógyászati pharmakopoeában igen hathatós szernek bizonyult „maga az intézet". Ezen kiváló medicamentumot meg kell tisztítani azon részektől, melyek a kellemetlen mellékhatásokat létesitik. Egyrészt ez már megtörtént, midőn a bűntettes elmebetegeket a letartóztatási intézetek melletti adnexumokba vagy különálló intézetekbe elhelyezték, jelenleg szükséges még az imbecilleket, kik az intézetet gyógyító jellegében zavarják, annak reparálóképességét csökkentik, eliminálni. De midőn ezen elemet az elmegyógyintézetből kiküszöböljük, ez nemcsak azért történik, hogy az elmegyógyintézetnek mint gyógyfactornak erejét fokozzuk, növeljük, hanem azért is, hogy a nem odavaló elemeket nekik czélszerű, az ő állapotuknak megfelelő milieube helyezzük s ez által állapotukban a még elérhető javulást létesitsük.

Az imbecilleknek az elmegyógyintézet területéből való kihelyezésének szükségességét már régóta érezzük, a külföldön ez irányban az első lépések már meg is tétettek.

Näcke a szellemi csökkentértékűek részére kiván egy speciális intézetet, melynél — bármily elhelyezési módot, pavillon-blockrendszert választszanak is — 3 feltételt elengedhetetlennek tart: 1. a vezető képzett psychiater legyen; 2. sokkal szigorúbb fegyelem legyen, mint az elmegyógyintézetekben; 3. egy intelligens tanító kivánatos, ki a morális érzetek fejlesztését, stb. kisérelné meg.

Ugy mint Colin s Näcke, bizonyos kóros, szellemi defectusban szenvedők külön elhelyezését tartja szükségesnek, főkép a kóros elmegyengéknek az intézetből való kiválását ajánlja. Mi is magunk részéről az utóbbiak separalásáért szállunk sikra, mert nem tartjuk őket elmegyógyintézetbe valóknak, ép úgy, mint nem valók fogházakba, börtönökbe. Olyan berendezésű intézetbe kell őket elhelyezni, mely középhelyet foglal el az elmegyógyintézet s fogház közt, tehát mely kórházi jelleggel bir, a fegyelem azonban szigorúbb legyen, mint az elmegyógyintézetben, de még sem olyan, mint a börtönökben.

A mi sajátlagos viszonyaink azonban nem engedik meg még jelenleg, hogy speciális — külön — intézet állittassék fel, azért a mi viszonyainknak megfelelőleg következőképen oldaná meg a kérdést.

A nyugtalan, rakonczátlan elemet, mely az intézet nyugalmát zavarja, az intézeti fegyelmet felbontja, a nyugodt betegek szabadabb kezelését gátolja, a letartóztatottak s elitéltek országos megfigyelő s elmegyógyitó intézetébe helyezné el, mert annak berendezése tébolydai igényeknek felel meg s a mellett, a mi itt a fő, szigorú felügyelettel s fegyelemmel rendelkezik. Ezen elhelyezés azonban csak az egyik feltételnek, hogy detentioban legyenek, tesz eleget, de a másik sokkal fontosabb kivánalmat, hogy gyógykezelésben részesüljenek, velük intensivebben foglalkozzanak, hogy szellemi életük speciális kezelését foganatosítsák, fegyelmen kivül hagyja. Azért ezen elhelyezési módot csak mint végső eszközt s olyant, mely csak az aktiv elemet érintheti, proponálná. De különben ezen intézkedés részben eddig önmagától is megtörtént, hisz a bűntettes elmebetegek jó része imbecillekből recrutálódik.

Helyesebb megoldás az lenne, ha egy nagy pavillon a tervbe vett gazdasági coloniális intézet területén állittatnék fel. Egyszerűen kaszárnyák mintájára épülne s 60—80 beteg befogadására szolgálna.

A kezelésről röviden annyi emlitendő meg, hogy az aktiv elemnél sokat nem érhetünk el, mindenesetre a rendes életmód, a rendszeres foglalkozás, a szabadban való tartózkodás, testi munka, a morális nevelés, mely ha még paedagogus által vezethető, képes az ösztönöket, az ösztönéletet némileg korlátozni, a rossz hajlamokat enyhébbé tenni. A passiv elemnél sokkal nagyobb siker érhető el.

Mielőtt az intézetet végleg elhagynák, próbakép elbocsátandók. Künn az életben is figyelemmel kisérendők, kezdetben anyagilag támogatandók.

Moravcsik Ernő Emil: Helyesli előadó álláspontját, mert az imbecillisek az intézeteknek valóságos kinzó szellemei, melyek oda nem illenek be és egyöntetű szabad eljárást alkalmazni reájuk nem lehet. Viszont letartóztatási intézetekbe sem valók, mert az ottani nagyobb szigor, tekintettel az ő ingerlékeny idegrendszerükre, mesterséges izgalmakat vált ki. Ezért a két intézet között levő intézet volna szükséges, a hol mérsékelt szigor és nevelés által lehetne reájuk hatni.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1904. október 28-dikán.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kanitz Henrik** bemutatása: **Lichen ruber planus** esete.

A bőr kóros folyamatait a kórisme szempontjából két csoportba kell osztani. Az első csoportba tartoznak azok a folyamatok, a melyeknek bőrelváltozásai nem jellegzetesek az illető bántalmakra, tehát ezeknél a kórisme magukból a bőrelváltozásokból nem állapitható meg, hanem annak eldöntése czéljából sok egyéb megfigyelést kell tennünk.

A másik csoportba tartoznak azok a kórfolyamatok, a melyeknek bőrelváltozásai egymagukban is annyira jellemzőek, hogy belőlük minden további vizsgálat nélkül a kórisme megállapitható. Ez utóbbiak közé tartozik a *lichen ruber planus* is. A feszülési barázdák által határolt többszögletű, tömött, sárgásvörös, viaszszerűen fénylő és középen sokszor köldökszerű behúzódással ellátott lichengöbcse megállapitása elegendő ahhoz, hogy a lichen planust kórismézzük. Ezek jelenlétéből állapittatott meg a kórisme a bemutatásra került esetben is.

H. I., 16 éves, gymn. tanuló. Három héttel ezelőtt az addig teljesen egészséges fiatalember bőrén apró vöröses kiütések léptek fel, a melyek néhány nap alatt heves viszketés kiséretében az egész köztakaróra kiterjedtek. Ezek miatt vétette fel magát október 23-dikán a *Marschalkó* tanár vezetése alatt álló bőrkórtani klinikára. Felvétele alkalmával az egész bőrfelületet ellepik a kóros elváltozások. A törzs oldalain, a nyakon, a végtagokon jól láthatók az imént vázolt jellemzetes göbcsék, a melyek vagy rendetlenül szétszórva magányosan állanak, vagy kisebb csoportokat képeznek.

A penis és scrotum, valamint az alhas bőrén gyűrűalakban helyezkednek el, miáltal az ú. n. *lichen planus annulatus* alakok keletkeznek. A jellemzetes lichengöbcsék mellett láthatók azoknak nehezebben felismerhető kezdeti alakjai.

Ezek alig nagyobbak a gombostű hegyénél, színük sem tér el a bőr rendes színétől és csak a fénynek különböző becsési szöge mellett szembeötlő viaszszerű fényük árulja el őket. A beteg végtagjainak feszitő oldalán, a törzs oldalsó felületén és a keresztcsont felett nagyobb kiterjedésű bőrelváltozások láthatók. Ezek a nagyobb kerekded vagy szabálytalan alakú plaqueok nem az egyes lichengöbcséknek körkörös irányban való növekedése által keletkeznek, hanem úgy, hogy a gombostűfej nagyságát rendesen meg nem haladó göbcsék újaknak folytonos közbeékelődése folytán összefolynak. Az alkar bőrén a lichengöbcsék sok helyütt mozaikkövek módjára egymásmellé állva szépen mutatják a nagyobb kiterjedésű elváltozások ezen képződési módját. A nagyobb lichenplaqueok színe az eredeti jellemzetes lichengöbcsék sárgásvörös színével szemben inkább a kékesbe játszó lividkékes és

tetejük a magányosan álló lichengöbcsék sima, nem hámló felszinével szemben élénk hámlást mutat, a mi szürkésfehér, erősen tapadó és ezért csak nehezen lekaparható pikkelyek képződésében nyilvánul. Érdekessé teszi az esetet a szájüreg nyálkahártyájának a folyamatban való részvétele. Itt a lichen ruber ezüstszürke, gyöngyházfényű pettyeket, sávokat és azok összefolyásából keletkező hálózatokat, továbbá zeg-zugos alakokat képez. Olyanok ezek a foltok, mintha a helyükön a nyálkahártya egész felületesen lapissal lenne megedzve.

A szájnyálkahártya lichenének felismerése akkor, a mikor a köztakaró nincsen megbetegedve, igen nehéz. Bemutatónak volt alkalma egy szájnyálkahártya-lichent látni, a melyet az orvos luetikus plaqueoknak tartván, a beteggel antiluetikus gyógymódot végeztetett. Csak mikor hónapok multán javulás nem mutatkozott, keresett fel a nyugtalankodó beteg szakorvost, a ki a penis bőrén jellemzetes lichengöbcséket állapitott meg.

Érdekessé teszi továbbá a bemutatott esetet a bántalom fellépési módja. Ez az eset ugyanis a ritkábban észlelhető heveny kezdetű lichenek közé tartozik. Az elváltozások körülbelül egyidőben léptek fel az egész köztakarón. A beteg néhány napi kórházi tartózkodása alatt is szemmelláthatólag halad előre a folyamat, a mit új lichengöbcséknek fellépése és ennek folytán az azelőtt magányosan álló göbcséknek összefolyásából keletkező nagyobb plaqueoknak képződése tüntet fel. A betegnél igen erős viszketés áll fenn, egyébként jól érzi magát, láza nincs, bélműködése rendes. A kezelés naponkénti atoxyl-injectiókból (20%) áll, a mely szerrel ép úgy, mint a többi arsenkészitménynyel lichennél igen szép eredményeket lehet elérni.

A külső kezelés a viszketés csillapitására és a bőrelváltozások elömozditására irányul, mindkét czélra igen jó az Unna-féle lichenkenőcs (4% carbolsav és 1/4% sublimatum); egyébként a külső kezelés csak alárendelt jelentőségű. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

4514/1905. sz.

A nagytapolcsányi közkórházban lemondás folytán üresedésbe jött **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra az ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1400 korona fizetéssel, lakással, fűtéssel, világitással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való bennlakás kötelezettségével és nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon **1905 április hó 15-dikéig** hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott, és azt megszakitotta vagy abban hagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1905. évi márczius hó 7-dikén.

Markhot, alispán.

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

Javadalom: 1100 korona évi fizetés, butorozott lakás, fütés, villamos világitás, tiszti élelmezés, kiszolgálás. A segédorvos mindegyik osztályon gyakorolhatja magát. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbitható.

Pályázatok a képesitést, eddigi működést igazoló okmányokkal Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve hozzám **folyó évi márczius hó 30-dikáig** adandók be.

Szolnok, 1905. évi márczius hó 9-dikén.

2—1 *Papp Gábor* dr., igazga ó-főorvos.

799/1905. kig. szám.

Csik vármegyében a gyergyói járáshoz tartozó Remete, Várhegy és Salamás községből alakult egészségügyi körben a **körorvosi állás Gyergyó-Remete** székhelylyel üresedésben lévén, annak betöltése czéljából ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényes képesitésüket, valamint eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi márczius 25-dikéig** adják be.

A választást 1905. évi márczius hó 26-dikán fogom Gyó-Remete községházánál megtartani.

A körorvos évi fizetése a látogatási dijak váltságával együtt 2336 korona, lakbére 200 korona, fuvarváltsága évi 104 korona.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Gyergyószentmiklós 1905. február 27-dikén.

2—1 *Szász Lajos*, h. főszolgabiró.

3897/1905. sz.

Zemplén vármegyében **Sátoraljaujhelyen** újonnan épült „Erzsébet" **közkórházánál** rendszeresitett és 1905. évi május hó 1-én elfoglalandó 2000 korona fizetés és 400 korona lakbérrel javadalmazott **két osztályfőorvosi**, továbbá 1600 korona fizetés és a kórházban természetbeni lakással javadalmazott **két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok és felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt képesitettségüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 25-ikéig** adják be.

Sátoraljaujhely, 1905. évi márczius hó 4-dikén.

Dókus Gyula, alispán.

787/1905.

A lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés: 800 korona.
2. Lakbér: 200 korona.
3. Utazási átalány: 300 korona, a melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási dijak körorvos lakásán 40 fillér, a körben nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, a mely látogatási dijaknak esetleges felemelése folyamatban van.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. **márczius hó 26-dikán d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezette ket figyelembe venni nem fogom. A választás Harkács község községházánál f. évi márczius hó 28-dikán d. e. 10 órakor fog megejtetni.

Tornallya, 1905. márczius 4-dikén.

3—1 *Szentmiklósy Béla*, főszolgabiró.

609/1905. sz.

Békés vármegyének békéscsabai járásához tartozó **Ujkigyós** községben **a községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, a kik ezen havi előleges részletekben kifizetendő évi 1200 korona fizetés sel, azonkivül 4 szobából álló szabad lakás és udvar használatával, továbbá éjjel kétszeresen számitandó nappali házonkivüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér lát ogatási és 40 fillér halottkémlési díj szedésének jogosultságával javadalmazott állást elnyer ni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesitésüket és életkorukat igazoló ok mányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1905. márczius 24-i k napjának déli 12 óráiig** nyujtsák be.

Később érkezett, vagy kellőleg fel nem szerelt pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választást később megállapitandó napon fogja Ujkigyós község képviselőtestülete m egejteni.

A vála sztási naptól számitott 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását el foglalni köteles.

Békéscsaba, 1905. márczius hó 2-dikán.

Seiler, főszolgabiró.

1905. II./28.

A gyürei körben a helyettes körorvosi állás betöltendő. Feltételek: törzsfizetés 1000 korona, úti átalány 300 korona, Gyüre székhely részéről 400 korona házi orvosi dijazás biztosittatik. Az állás betöltendő azonnal. A törzsfizetésnek 2000 koro nára való felemelése 1905. május hó 9. napján szintén biztositva van, a midőn is a helyettes körorvos kölcsönös megelégedés esetén véglegesitve lesz. A kör községei az augusztus hó elsején megnyiló vonat mentén feküsznek, a pályázó mint vasuti orvos is 600 koronát szerezhet. Pályázni akarók bővebb felvilágositást „Gyüre gyógyszertár" czimen nyernek.

1624/1904. kig.

A váli körorvosi körben, **Vál** székhelylyel, lemondás folytán üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz tartozik Vál, Tabajd, Gyúró és Kuldó község; székhely: Vál.

A körorvos javadalmazása fuvarátalánnyal együtt:

1. Vál község pénztárából	790	korona.
2. Tabajd „ „	418	„
3. Gúyró „ „	324	„
4. Kuldó „ „	58	„
Összesen:	1600	korona,

mely összeg a községek által előleges havi részletekben fizettetik; a váli uradalmi orvosi teendők külön dijaztatnak.

A körorvos tartozik a körhöz tartozó községekben a községi előljárósságokkal közösen megállapitandó határnapon hetenként egyszer megjelenni; nappali látogatási dija 50 fillér, az éjjelié 1 korona; Vál községben a halottkémlésért esetenként 50 fillér.

Felhivatnak min dazok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak hogy oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi márczius 28-dikáig** adják be; a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választás határnapjául f. évi márczius hó 30. napjának reggeli 9 óráját Vál községházához kitüzöm.

Vál, 1905. évi márczius hó 6-dikán.

Szűcs Jenő, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
már. 14.	körorv.	Acsa	900 korona	Ivánka főszolgabiró
„ 15.	orvos	Pannonhalma	2400 k., lak., e. illetm., 10 é. 200 k. korpótl.	Vojnits, perjel
„ 16.	kórh. alo.	Baja	1000 k., teljes ellát.	Hegedüs dr. polgárm.
„ 20.	körorv.	Kis-Zombor	1000 korona	Nagy főszolgabiró.
„ 25.	közs. o.	Bácsmilitics	1400 korona	Szemző főszolgabiró
„ 29.	kórh. s. o.	Esztergom	1000 korona, telj ell.	Polgármester
ápr. 12.	közs. o.	Nagy-Sáros	1200 korona	Egerer főszolgabiró.
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak

(ú. m.: **vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi**, mint **górcsői bacteriologiai** vizsgálatára vállalkozik

Dr. Vas Zernát a laboratorium vezetője.

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

NEUROL

kiváló orvosoktól melegen ajánlott

sápkórosoknál és vérszegényeknél

nélkülözhetetlen, vérképző éleny-phosphor-vas-tápanyag, melyet a hannoveri **„Chem. Laboratorium Apotheke C. G. Weiss, Sextrostrasse 13"** állit elő.

NEUROL az orvos kezében a legczélszerűbb készítmény, ha gyenge egyéneket erősiteni óhajt; a táplálékra a gyomorban fermentative oldóan hat és fokozza az anyageserét. Betegségek stb. folytán a testből eltünő szükséges anyagokat, mint meszet, vasat, phosphort, alkaliákat és lecithin könnyen assimilálható alakban újból a szervezetbe bekebelezi; alkalmazása nem jár káros vagy kellemetlen mellékhatásokkal és számos orvos, mint azt bizonyitványaik feltüntetik, a legjobb erősitő szer gyanánt alkalmazta influenzánál, ideggyengeségnél, sápkórnál, vérszegénységnél, rhachitisnél, mirigybántalmaknál, scrophulosus hajlamnál gümőkórnál és gyermekek fogzásánál.

NEUROL 1904-ben a bécsi, londoni, párisi és berlini kiállításokon a legnagyobb kitüntetéseket nyerte el; minden gyógytárban por- és pastilla-alakban kapható.

Magyarországi főraktár: Dr. Egger Nádor-gyógyszertára, Budapest, VI. ker., Váczi-körút 17. szám.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

LEVICO

Elsőrangú arsentartalmú vasas víz, semmiféle hasonló ásványvíz által arsen-vastartalmát illetőleg el nem éretik. Vízben, sörben, vörös borban 10-szeresen higítva, klinikus tekintélyek egyhangú véleménye szerint, **kiváló hatású** és mivel minimális adagokban alkalmazható, **gyermekek, gyengék** és **dispeptikusok** által **nagyon jól** tűretik.

Kapható minden gyógyszertárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr. Cs. és kir. udv. szállító és ásványvíz- nagykereskedés

WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

Hirdetéseket kizárólagosan

a „Petőfi" kiadóvállalat

(Budapest, III., Zsigmond-utcza 70) vesz fel.

FORMAN.

Chlormethylmenthylaether (C_{10} H_{19} O (H_2 Cl) nátha ellen! Három évi klinikai kisérletezés után az orvosok által **eszményi náthaellenes szernek** elismerve. Használati módja: Könnyű náthánál a Forman-gyapot, súlyosabb eseteknél a Forman-belégzés a Forman-pasztillák és Forman-üveg segélyével.

Próbaadagok és irodalom kivánatra ingyen és bérmentve.

DREZDAI VEGYÉSZETI GYÁR LINGNER.

Fiók Ausztria-Magyarország részére:

K. A. Lingner, Bodenbach.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus sós savanyúvíz

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**

Budapesti vezér-képviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

Anämin

EISENPEPSIN-SACCHARAT-LIEBE

0·2% vas, mint Ferrisaccharat

Tartós! Jó izű!

Gyomornyomást nem okoz!

Székrekedést nem idéz elő!

(még hosszabb használatnál sem.)

Étvágygerjesztő!

Kitünő bármily gyengeségi állapotok, vérveszteség, idült gyomorbajok stb. ellen.

Liebe-féle Sagrada-Tabletták

bevonattal

à 0·5, 0·25, 0·15 gramm.

Olcsó,

biztos és enyhe hashajtók.

Dobozokban à 50 fillér.

Mintákat ingyen küld.

LIEBE'S SAGRADA-WEIN

Mild abführendes Verdauungsmittel

J. PAUL LIEBE. ⚜ TETSCHEN A/E.

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegsége ellen.

Készülék házi használatra **„Thermo-Variator"** minden szakmabeli üzletben kapható.

„Thermiol" (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** jól bevált tüdő- és gégefőtuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator"-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol"**-inhalációkat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Felvilágositást nyujt a **Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10,** vagy ennek képviseletében **László Frigyes dr., Budapest, VII., Erzsébet-körút 41.**

Idegbetegek családias jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

Sanatorium és Vizgyógyintézet

Budapesten, VII., Aréna-út 82.

Alapittatott 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vízgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamozás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). **Massage** (dietäticus és orvosi). **Vibratiós és rotatiós massage. Svédgymnastika. Hizlaló- és soványító gyógymódok.** Kitünő ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Telefon 15—35. Kivánatra prospektus.

Dr. Trajtler István, igazgató-főorvos.

Figyeljünk a Nafalan szóra, és a retortajegyre, valamint

RETORTEN-MARKE

az etik. zöld keresztjére és a Dr. Adolph List névaláírásra.

NAFALAN

orvosilag kipróbált és melegen ajánlott kenőcsalakú gyógyszer.

Természetes anyag 95% naphtha, 5% közömbös szappan.

Hatása: fájdalom- és viszketéscsillapító, hütő, vértelenitő, lobellenes, redukáló, resorbens, sarjadzást előmozdító, szagtalanító, antiseptikus és antiparasitaer.

Kiváló orvosi szakvéleményekkel ellátott különlegességek:
Kézi-Nafalan, absolut izgalommentes keverék zinkpastával; **Nafalan-hintőpor,** orvosi hygienikus, aseptikus hintőpor; **Gyógy-Nafalan-szappan,** lehetővé teszi Nafalan-szappantherapiát; **Nafalan-ragtapasz,** kitünő köt- és gyógyszer. nagy ragasztóerő. **Nafalan-ara yér-kúpok,** bélbeli kezelésre. — **Bővebbet a prospektusok nyujtanak! Kiadós és olcsó!**
Betegpénztári rendelésre alkalmas.
Irodai ára, minták ingyen.

Nafalan-Gesellschaft G. m. b. H., **Magdeburg.**

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.

NERVINOL

sec. Barabás.

Idegcsillapító és idegerősítő gyógyszer

kitünően bevált

álmatlanságnál, **neurasténiánál, histériánál** és egyáltalán az idegrendszer mindennemü kimerüléses bántalmazásainál.

Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszertárban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent István" gyógyszertár Budapest, V., Nádor-utcza 3. sz.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg):*
A „Pertussin" hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerü katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak.

Dr. Model, v. kir. körorvos *(Weissenburg):*
„Pertussin" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen feltünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdőtágulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen):*
Az a véleményem, hogy a „Pertussin" az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, *(Birkfeld, Steierm.):*
A három „Pertussin"-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készitménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.

Előállitja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner"

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.

Raktárak Budapesten:
Török József, Dr. Egger Leo és J., Thallmayer és Seitz, Kochmeister Frigyes utód.

Szénsavfürdő-berendezéseket
szállit és fölszerel
Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. czég
Budapest, IX., Tinódy-utcza 3. sz. alatti gyártelepe.
A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

Pankreon

Chemische Fabrik Rhenania Aachen

Ném. bir. szab. 128419.

A gyomoremésztésnek ellentálló pankreatin.

Természetes digestivum és stomachikum, hosszas használatnál sem hoz létre káros mellékhatásokat.

Rp. Pankreon in tabul. 0·25 (eredeti Rhenania-csomagolás); dent tal. dos. 25. 50. 100. 200.
S. Naponta 4—12 tabletta veendő étkezés közben. Gyermekek részére ennek fele.

Javalatok: Mindennemü dyspepsiás megbetegedés; specificum steatorhoeánál, idült és ideges diarrhoeánál, hyperemesisnél, étvágytalanságnál, gyomornyomás érzésénél.

Csecsemőknek: Rp Pankreon saccharat. in tabul. 0·25. (Rhenania-Pankreon-czukor) dent. tal. dos. 100. S. 2—8 tabletta minden tejadaghoz.

Javalatok: Mindennemü táplálkozási zavarok, főleg hasmenések; valamint erősítés és a testsúly gyarapitása czéljából.

Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Föraktár Ausztria-Magyarország részére: **G. & R. FRITZ, Wien, I., Bräunerstr. 5.** Gyógyszer-nagykereskedés.

Elárusítás csakis gyógyszertárak részére.

Minthogy legújabb időkben újolag megkisérelték más készitményekkel

az ICHTHYOL-t

helyettesiteni, a mennyiben azokat készitményünkkel egyenértékűeknek hirdetik és oly jegyzeteket közölnek, melyek az azonosság látszatát felkelteni vannak hivatva, e helyen is óva intünk ilynemü készitményektől. Egyszersmind kérjük tudomásunkra juttatni, ha más készitmények hamisan **Ichthyol, Ichthyolsavas ammonium, Ammonium sulfo-ichthyolicum, Ammonium Ichthyolsulfonat** név alatt **vagy Ichthyol czégjegyünk felhasználásával** forgalomba hozatnak, hogy kímélet nélkül törvényesen üldözzük az illetőket czégjegysértés stb. miatt.

Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermanni & Co.
HAMBURG.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle
oltóintézet
Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.
Kitünő minőségű és mérsékelt árú
diphtheria-serum elárusítása.
TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON.
Vezető orvos: Dr. Székely Ádám.

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású
himlőnyirkot
alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola	2—3 egyénre	1	korona	—	fill.
5 vagy több phiola á	2—3 „	—	„	80	„
1 phiola 10 egyénre		1	„	60	„
1 „ 20 „		2	„	40	„
1—2 phiola összesen 50 egyénre		4	„	—	„
1—5 „ „ 100	„	8	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér nem ajánlva **40** fillér

Negyvenkilenczedik évfolyam. 12. szám. *Budapest, 1905. márczius 19.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET Schulek Vilmos és 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 Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

SCHULEK VILMOS †

Schulek Vilmos, a tudomány önzetlen művelője, a jó tanár mintaképe, a szemoperálások nagymestere, a magyar tudományos szemorvosi irodalom s a magyar szemorvosi iskola megalapitója e hó 13-dikán elhunyt.

Földi maradványait az egyetem aulájából kisértük örök nyugalomra: arról a helyről, melyen egy emberöltő alatt évszázados munkát végzett.

Alig volt 30 éves, a midőn a szemészet tanszékét elfoglalta, s alig mult 60 éves, a midőn attól megvált. A legszebb férfikor *minden* erejét forditotta feladata betöltésére.

S e feladatot *nagynak* tartotta! A midőn tanári esküjét letette, „*a magyar szellemi nagyság szolgálatába szegődött*“. S ennek munkásaként a magyar nemzet jövőjeért a tudomány műhelyében, a klinika betegei között, a tanteremben többet, sokkal többet tett, mint sok politikus.

Működése *első* évtizedében munkakört teremtett magának. Ezt gyorsan megszerezte. A szembajosok operálása sikereinek, humánus bánásmódjának, önzetlenségének hirére ezrével tódultak szűkes klinikájára, mely iránt országszerte megingathatatlan bizalmat keltett: megszerezte a *beteggyógyítás* alkalmát. A közoktatási kormányzat támogatásával megkapta a tudományos felszerelést, áldozatkészségével megteremtette a páratlan gazdagságú könyvtárt: megszerezte a *tudományos munka* eszközeit. Rendszeres s kidolgozott előadásaival az *oktatás* elismert nagymestere lett!

Működése *második* évtizedében a magyar tudományos szemészeti irodalom létesitésén fáradozott, s a midőn azt elég erősnek érezte, *nemzeti zászlónk védelme alatt* a külföld itélőszéke elé vitte.

Nem akart ő elzárkózni a művelt külföld előtt, hiszen maga mondta, hogy más nemzetekkel való érintkezésünk előhaladásunk nélkülözhetetlen biztositéka, de azt kivánta, hogy a közlésnek alakja olyan legyen, „*a melyről a mi nemzeti színünk semmiképp sem mosható le*“. S e felfogása nem kisebb emberével egyezik, mint *Pasteurével*, ki élete fogytáig azt tartotta, hogy ha *a tudománynak nincs is hazája, de annál is inkább van a tudósnak.*

Munkásságának *harmadik* évtizedében a magyar szemorvosi iskola erősitésén fáradozott. Pazar kézzel osztotta szét tanitványainak munkakörét, szellemi és anyagi javait.

Féltékenység nélkül engedett tért fiatalabb munkatársainak s az önálló munkásságra való térnyitás, minden tudományos, humanitarius tevékenység bőkezű támogatása legsajátabb tulajdonsága volt. S valóban igy biztositotta legjobban szellemi örökségének jövőjét. Hallgatóinak száma 30 évi tanári működése alatt meghaladta a 4000-et, szükebb értelemben vett tanitványai 100-nál többen vannak, tanársegédei 12-en voltunk.

S e gárda kivétel nélkül hálával, büszkeséggel gondol mesterére! A központtól távol, a nagy magyar Alföld virágzó szemkórházában, a hegyek között, a szegényes körorvosi lakásban s az egyetem tanszékén *Schulek* tanitványa egyaránt őrzi a mester példáját: a *magyar culturáért* való lelkesedést!

G. E.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

G. E.: Schulek Vilmos † 191. lap.
Kopits Jenő: A skoliographia módszereiről. 192. lap.
Navratil Dezső: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyítása. Egy újabb oesophagus-varrat. 194. lap.
Huber Alfréd: Történhetik-e lupus-gyógyintézetekben tuberculosis-fertőzés 198. lap.

Tárcza. Schulek Vilmos temetése. 200. lap.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Ráskai Dezső: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 200. lap. — *Könyvismertetés. W. Guttmann:* Elektrizitätslehre für Mediziner. M. 201. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Iversen:* A serum agglutináló képességének ingadozása a typhus lefolyásában. *Riegler:* Epefesteny kimutatása a vizeletben. 201. lap. — *Belgyógyászat. Einhorn:* A helyes evés (euphagia), gyors evés (tachphagia) és lassú evés (bradyphagia). — *Verhoogen:* Az aggkori gangraena kezelése. — *Mendel:* Intravenosus salicylkezelés. — *Neudörfer:* Intravenosus oxygeninfusio. — *Babes:* Hypogenetikus nephritis. — *Hirschfeld:* A diabetes mellitus prognosisa. — *Venereás bántalmak. Kayser:* Tertiaer syphilis folyamán fellépő lázas állapot. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Page* és *Dardelin:* Nephritis kezelése disznózsírral. — *Heubner:* Kis gyermekek capillaris bronchitise. — *Folyóiratok átnézete.* 202—204. lap.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Konrád Jenő. — Ifj. Genersich Antal. — Blaskovics László. — A budapesti orvosi kör országos segély-egylete. — Gyermekgondozónői szaktanfolyam. — Az ambidexteritásról orvosi szempontból. — A Docenten-Verein für Ferien-Kurse. — A budapesti orvosi casino. — A franczia ideg- és elmeorvosok 15. congressusa. — Kisebb külföldi hirek. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Elhunyt. 204. lap.
Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.
Mellékletek. Orr-, gége- és fülgyógyászat. 1. szám. Szerkesztik: Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brünnig czég „Pegnin" cz. prospectusa. — Lipótvárosi gyógyszertár „Nervinol Barabás" czimű prospectusa.

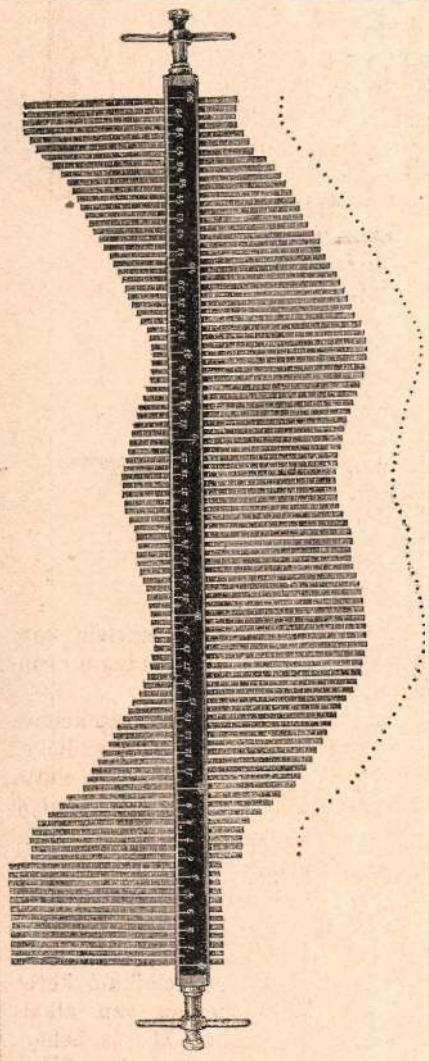
EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A skoliographia módszereiről.

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

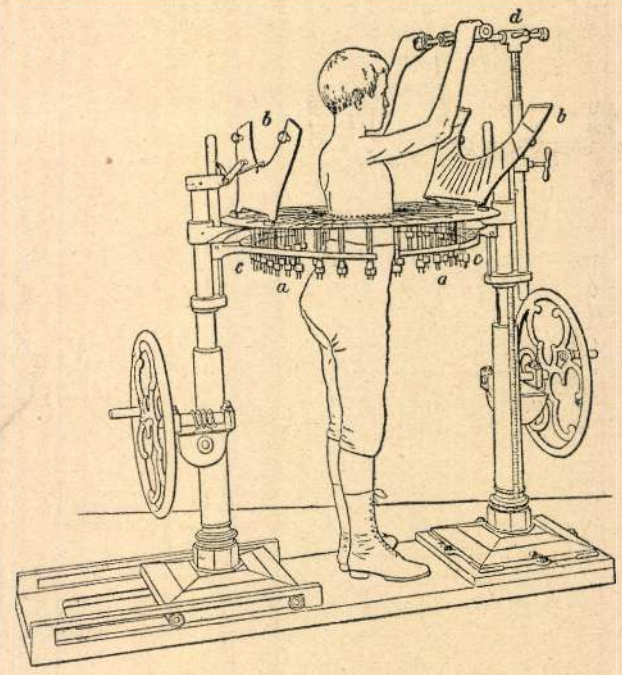
Complikáltabb szerkezeteket feltételeznek azon mérőmódok, melyek a coordináták rendszerét használják fel a test contourjainak az ábrázolására. Még a hatvanas évek közepén szerkesztett a coordináták rendszerének felhasználásával *Weil* mérőeszközt (7. ábra), mely két egymással összeerősített 1/2 m. hosszú és 2 cm. széles sárgaréz sínből áll, e két sín közé, a fésű fogai módjára, derékszögben 10 cm. hosszú léczecskék vannak mozgathatóan elhelyezve. A kettős rézsín az abscissák tengelyének felel meg, a ⁞sínre 90°-ban alkalmazott léczecskék pedig a coordinátáknak. A készülék úgy használandó pl. a hát sagittalis körrajzának az ábrázolására, hogy azt pontosan függélyes irányban tartva, az ilyenkor vízszintesen álló fogakat a háthoz nyomjuk, mire azok a kiemelkedéseknek megfelelően benyomatnak. Az eszközt levéve, a léczecskék szerkezetüknél fogva megtartják helyzetüket. A nyert görbe lemérése végett az eszköz hossztengelyébe, valamint a léczecskébe 1/2 cm.-es skála van bevésve, mely leolvasás útján pontosan adja számokban a görbe egyes pontjainak a helyzetét a síkban. A görbület grafikai fixálásáról is gondoskodva van, mert a léczecskék egyik végükön merőlegesen álló tűkkel vannak ellátva, melyeket egy papirlapra nyomva pontszerű lyukakban kapjuk a görbe vonal másolatát. A készülék használata szintén korlátolt, csakis a sagittalis görbület és a mellkas hátulsó haránt contourjának az ábrázolására alkalmas. A gerinczoszlopról, annak oldalelhajlásáról nem nyerhető vele felvilágosítás.



7. ábra.

A kalaposok fejkerületmérő eszközének a mintájára készített *Walter-Biondetti* bazeli müszerész *Socin* utasítására egy *thoracographot*. A készülék egy állványra különböző magasságban beállítható gyürüből áll, melynek középpontjában foglal helyet a beteg és a kör sugarainak megfelelő pálczikákkal a mellkasról bármely magasságban annak körrajza meghatározható. A müszert később *Burkart* úgy módosította, hogy azt egy megfelelő kivágással biró, kétfelé nyitható asztalon helyezte el.

A *Róth Adolf* által újabban szerkesztett anthropo-coordinatometernek nevezett eszköznél, az előbbiek mintájára, szintén a coordináták rendszere van felhasználva. Róth a coordinata-rendszerrel meghatározza az egész alak körrajzát, mely azonban nagyon keveset mond, mert absolute nem ad felvilágosítást a gerinczoszlop oldalhajlásáról, a lapoczkák s a medencze helyzetéről, a minek meghatározása nélkül pedig egy mérőeszköz sem teljes. Az eszköz második része, mely egy vízszintesen különböző magasságban elhelyezhető körből áll, melynek kerületén a kör sugarainak megfelelően érintő pálczák vannak elhelyezve, teljesen a Walter-Biondetti-féle körnek felel meg, ugyanannak a nagy hibájával, hogy t. i. az egyes contourrajzokat egymásra vonatkoztatni nem lehet. Miután minden magasságban különállóan kell a körrajzot felvenni, azaz, hogy a sugarak által nyert alakot lerajzoljuk, a betegnek ki kell lépni az eszközből s újra elfoglalni a helyét új körrajz felvétele végett, nincs semmi biztosíték arra nézve, hogy nem változott-e meg a beteg utóbbi helyzete az előbbihez képest, mely esetben az előbbi körrajz összehasonlítása az újonan nyert körrajzzal nem jogosult. Az így nyert körrajzokat lerajzolhatjuk ugyan egy papirlapra, egymásfölé is, de azok



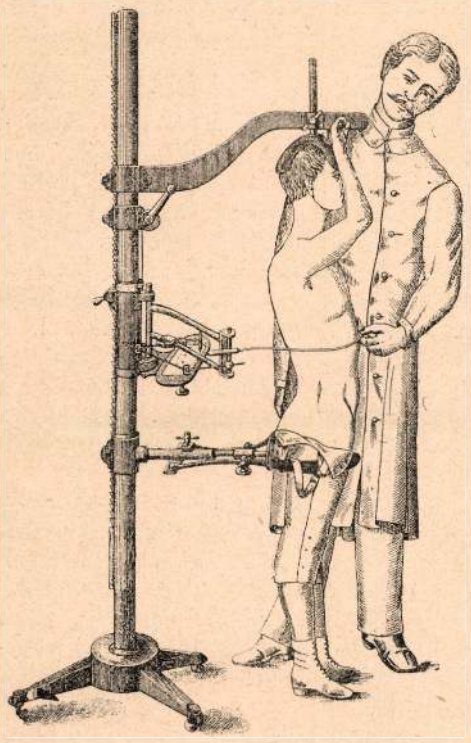
8. ábra.

egymásra vonatkozásukban a valóságnak pontosan meg nem felelnek. Ez eszközök tehát egyéb szolgálatot nem teljesítenek, mint egy egyszerű ólomdrót.

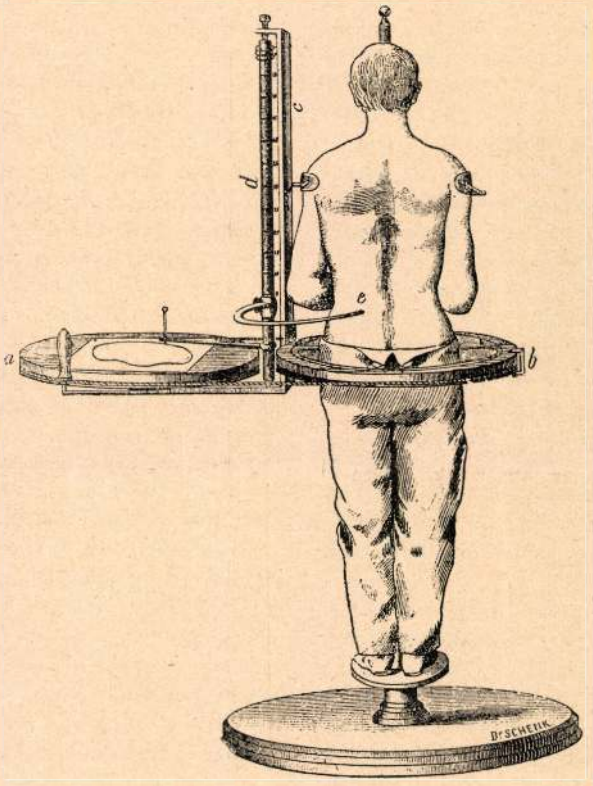
E tekintetben tökéletesebb *Zander* hasonló szerkezetű készüléke (8. ábra), mely a mellkas haránt átmérőjének megfelelően a vízszintes síkban ovalis alakban elrendezett pálczák sorozatából áll, melyek sugárszerüen négy középpont felé vannak elrendezve. A pálczikákat, melyek végükön kis fagolyókkal vannak ellátva, kis ólomsúlyok nyomják állandóan a középpontok felé. A megmérendő beteg az elypsis közepében állva, mellkasát körüskörül a haránt síkban a pálczikák fagolyócskái pontosan érintik. A golyócskák által alkotott görbe vonal reprodukálásáról akként van gondoskodva, hogy a betegnek az eszközt nem kell elhagynia. A pálczikákon ugyanis a golyóktól 12·5 cm.-re egy egy merőlegesen álló hegyes tü van elhelyezve. Mialatt a beteg az eszközben áll, a tühegyek síkjára papirlapot helyezünk, melyet egy erre a czélra az eszközön elül és hátul alkalmazott nyomólappal a tükre nyomunk, miáltal apró lyukakban kibökődve kapjuk a mellkas kerületének megnagyobbított alakját. A rajzlapot most egy oly vázlatra fektetjük, a melyen a sugáralakúan elhelyezett pálczák ábrázolva vannak s a lyukakat a vonalakon 12·5 cm.-rel beljebb megjelöljük, miáltal a görbét természetes nagyságban nyerjük.

Felülmulják ez eddig ismertetett eljárásokat az oly mechanismussal biró mérőgépek, melyek a betegről, legtöbbször komplikált berendezéssel, áttétel útján irják a kivánt körrajzot a beteg mellett levő rajzlapra. Ilyen készülék *Hübscher* mérőeszköze (9. ábra), mely a horizontalis contourok systemájával határozza meg a mellkas alakját és pantograph módra szerkesztett stabil eszközzel az egyes körrajzokról 1/5 nagyságú ábrázolatokat ad. A rajzoló készülék egy nehéz fogazott oszlopon van elhelyezve fel- és letolhatóan. Az oszlop fogazatán, minden fog 1 cm. magasságnak felelvén meg, tudjuk mennyire emeltük, illetve sülyesztettük annak helyzetét. A rajzoló készülék egy kis asztalkából áll és egy pantographból, melynek rövidebb karján irón van megerősítve, a parallelogramm szabad végén pedig egy ötszörte hosszabb, fa tapintógolyóval ellátott görbe kar, mely a lerajzolandó alak testén vezetendő. Az oszlopon van még egy berendezés a medencze és egy készülék a fej fixálására. Az eszköz használatát az ábra világosan mutatja. A készülék csakis horizontalis contourok rajzolására alkalmas, de ezeket aztán úgy adja, hogy azok egymáshoz való viszonya teljes kifejezést nyer. Az egyenként nyert körrajzokat kartonpapirra rajzolva és kivágva, összeállítható az egész törzs alakja. Közvetlenül rajzot a gerinczoszlopról illetve annak lefutásáról és a lapoczkák helyzetéről, sajnos, ez a készülék sem ad s csakis az egyes körrajzok összeállítása útján nyerhető felvilágosítás azok helyzetéről, a mi a készüléknek nagy hátránya. Nem lehet közömbös, hogy a készülék a beteget a fejénél fogva fixálja, azt hiszem ez lényegesen megváltoztathatja az eredeti tartást.

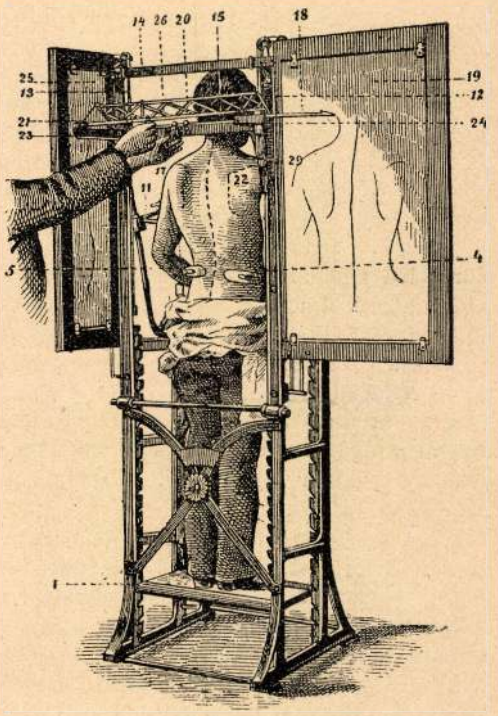
Hasonlóképen csak horizontalis körrajzok ábrázolására alkalmas a *Schenk*-féle „thorakograph“ (10. ábra). Az eszköz főalkatrésze egy szilárdan álló gyürü, mely körül forog, vele egy síkban, a rajzpapir síkja. A gyürü s a rajzolókorong érintkezési helyén egy centimeter-osztályzattal ellátott függélyes oszlop van elhelyezve, az oszlop különféle magasságban beállíthatóan egy görbe mutatót hord, mely összeköttetésben áll egy a rajzpapiron mozgó irókarral. Az eszközt úgy használjuk, hogy a beteg a gyürü középpontjában foglalva helyet, a rajzlapot hordó korongot körülvezetjük a gyürü kerületén. E mozgásra a rajzkorong saját középpontja körül is forogván, a mutató rövidebb karján alkalmazot irón másik karja a rajzlapon a törzs kerületének megfelelő körrajzot ir le. Az eszköznek ugyanazon előnyei és hátrányai vannak, mint a Hübscher-féle mérőeszköznek.



9. ábra.



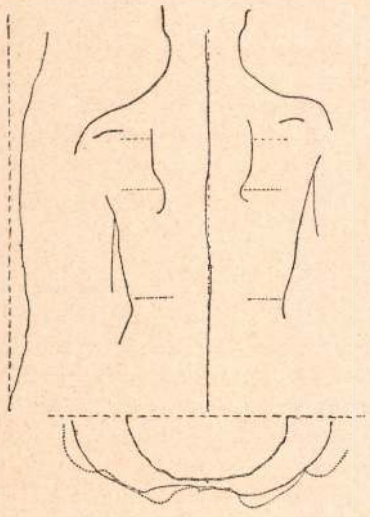
10. ábra.



11. ábra.

A körrajzot adó eszközök közt mindenesetre a legtökéletesebb *Schulthess* mérőeszköze (11. ábra), illetve rajzolókészüléke, melylyel sikerül egyidejüleg három vetületet felvenni az előtte álló betegről. A készülék nehéz, öntöttvasból készített állványból áll, melyen a beteg elhelyezésére s rögzítésére szolgáló készülékek vannak elhelyezve. A medencze fixálására négy pelotta szolgál, a szegycsont felső vége támaszkodására szolgáló párnázott pálcza pedig a törzs ingadozásait akadályozza meg. A rajzolókészülék alapját két verticalis aczélsín képezi, melyek között a rajzolókészüléket hordó, ellensúlyokkal ellátott, fel- és letolható keret mozog. E kereten horizontalis irányban eltolhatóan van alkalmazva egy készülék, melyben sagitalis irányban ki- és behúzható aczélpálczika van elhelyezve a beteg hátának az érintésére. Az érintőpálczika ilyen elhelyezése lehetővé teszi, hogy pontosan a beteg testén vezessük bármely irányban, mi közben mozgásának az irányát a készülék három síkban az erre szolgáló üvegtáblákon elhelyezett rajzpapirra vetítve adja. Egy a készülék mellső részén elhelyezett berendezéssel a test mellső részén elhelyezett pontok is megjelölhetők.

A készülékkel nyerhetünk 1. pontos frontalis vetületet a beteg hátáról, a lapoczok és a gerinczoszlop megjelölésével együtt, 2. megkapjuk a gerinczoszlop lordosisának és kyphosisának sagittalis vetületét akárhány párhuzamos irányban, 3. a törzsről horizontalis irányú hátsó félcontourokat (12. ábra). A készülék e három rajzot a beteg egyszeri beállása mellett, ugyanazon helyzetben adja a sagittalis és frontalis vetületet pedig egyidejüleg rajzolja le.



12. ábra.

A Schulthess-féle rajzolókészülék által nyert rajzok is csak egyes részletekről adnak felvilágosítást, de a nyert körrajzokat egyidejüleg nyerjük és sokkal több irányban adván a körrajzokat, a beteg alakja könnyebben hozzáképzelhető. A készülékkel felvett rajz vázlatos alakjánál fogva a mérésre alkalmas, de csakis akkor, ha bizonyos idő mulva ismét rajzot készítve a betegről, a rajzokat összehasonlítjuk egymással. A rajz közvetlenül a beteggel nem hasonlítható össze, legalább is az összehasonlításból az esetleges változásra nem vonhatunk következtetést.

Ugyancsak több síkból ad vetületet *Heinleth*[7] mérőeszköze, mely tulajdonképen a Zander-féle mérőkészülék, összekötve rajzoló készülékkel, melylyel sagittalis, frontalis és horizontalis vetületek nyerhetők. A frontalis és sagittalis vetületeket directe grafice ábrázolva adja az eszköz, a horizontalis körrajzot azonban egy nyert görbéből utólag kell megszerkeszteni. Az eszköz szerkezete nagyon complikált s a mérés vele elég hosszadalmas lehet.

Az e csoportba tartozó összes eljárásoknak hátránya, hogy a rajzfelvétel több-kevesebb időt vesz igénybe, de mindenesetre elég sokat arra, hogy a beteg ez idő alatt mozdulatlanul álljon. Hátránya még az is ez eszközöknek, hogy a beteget fixáló készülékekkel sokszor oly helyzetbe kényszerítik, mely nem felel meg az eredeti testtartásnak.

A következő csoportba a deformált törzs *perspectivás ábrázolása* tartozik. Egy művészi rajz hüen képes visszatükröztetni a beteg eredeti alakját, annak minden részletével együtt, arra azonban gondolni sem lehet, hogy a rajzot a gyakorlatban használatba vehessük. Legtöbbször pótoljuk ezt a *photographiával*. Mióta Berend (Berlin) a photographozást az orvostudomány szolgálatába bevezette, azóta nélkülözhetlen segédeszközünkké vált. Ez eljárással skoliosisos betegünk külső alakját képesek vagyunk kellő módon megörökíteni, deformitásának minden részletével, melynek még az az előnye is megvan, hogy a felvétel maga egy pillanat alatt megtörténik s így nem kell semmiféle fixáló készüléket, mely a tartást megakadályozhatná, használatba vennünk. Hogy a photographiát mérésra is használhassuk, *Oehler*[14] a felvételnél a beteg és a gép közé közel a beteg hátához egy fonalhálót alkalmaz; a háló szabályos négyzeteinek a pontos nagyságát ismerve, pontosan lemérhetőkké lesznek az egyes alakbeli differentiák. Hasonló eljárást követ *Hovorka*.[5] A photographia hátránya azonban, hogy nem elég plastikus arra, hogy a niveau-differentiákat is megmutassa, illetve a gerinczoszlop rotatiojának a nagyságára a photographiából nem vonhatunk kellő következtetést. Ezt a hiányát is teljesen pótolja a test külső alakjának legtökéletesebb visszatükröztetője, a *stereoskopos photographia*, melyről később bővebben bátorkodom szólni.

A Röntgen-sugarak fefedezése után hamarosan alkalmazni kezdték *a radiographiát* a gerinczoszlop elváltozásainak az ábrázolására is. *Hoffa* nagyszámú felvételt készített a skoliosis tanulmányozására. *Joachimsthal*[8] pedig a skoliosis mérőeszközéül is fel akarta a képet használni, azáltal, hogy egy szabályos négyzetekre beosztott hálózatot kopirozott felvételeibe s így olynemü képeket nyert, mint Oehler négyszögekre beosztott photographiájával. A radiographia a gerinczoszlop elváltozásai tanulmányozásának mindenesetre nagyon fontos eszköze, de a Röntgen-kép, azt hiszem, nem elég megbizható arra, hogy mérőeszközül felhasználhassuk. Tudjuk, hogy a Röntgen-kép alakját a lámpa helyzete és távolsága annyira megváltoztatja, hogy egy és ugyanazon helyzetben levő tárgyról a lámpa helyzetének a megváltoztatásával egészen más alakú képet nyerhetünk. Végezetül pedig a Röntgen-képen a megmérendő tárgynak mégis csak az árnyékát mérjük meg, a miből kevésbé pontos következtetés vonható a gerinczoszlop alakjára, mint a tövisnyúlványok pontos vetületéből. Hiba még Joachimsthal eljárásában az is, hogy hanyattfekvő helyzetben készítvén természetesen a felvételt, lényegesen megváltoztatva kapjuk a deformitás képét. A skiogramm nem ad továbbá felvilágosítást a rotatioról sem, nemkülönben a törzs külső körvonalairól, melyek mind fontos támpontokat szolgáltatnak a gyógykezelés eredményének a megitélésénél. Bizonyos kivételes esetekben szükség lehet más eljárások mellett a Röngten-képre, de mindennapi, gyakorlati használatra skoliometriai szempontokból nem alkalmas.

Hátra van még a deformitás *plastikus reproductioja*, mely ugyancsak kivételes eseteknél jöhet számba. Egy pontosan készített gipszmoulage kétségkivül hüen örökiti meg a deformitás alakját, de kezelésben levő skoliosisos patienseink mindegyikéről pontos gipszmodellt készíteni nem lesz módunkban. A gipszmodellnek ez esetben természetesen szobrászi pontossággal a deformitás megváltoztatása nélkül kell készülnie, nem pedig oly módon mint azt rendesen a fűző készítése végett gypspólyákkal készíteni szoktuk. Nem felel meg a gypsmodell használata e czélra azért sem, mert nagyszámú ily súlyos kórtörténeti adat megörzése valóban alkalmatlan teher lenne. A plastikus eljáráshoz számítom *Deutschländer* eljárását is, a ki a hason fekvő patiens hátáról gypspólyák segélyével egy teknőszerü lenyomatot készít, melyet későbbi összehasonlítás megejtése végett megőriz. Ha egy idő mulva az alakbeli változást konstatálni akarja, úgy kormozó láng felett a lenyomat belsejét bekormozva, az ugyanazon helyzetbe hozott betegnek ismét a hátára nyomja. Ha valahol, pl. a bordapupon lelapulás következett be, úgy a lelapulás helyén a beteg teste nem lesz kormos, ha pedig még jobban növekedett a domborulat, úgy ott lesz legkormosabb a beteg teste. Bármennyire is dicséri eljárását annak szerzője, azt hiszem pontosságra e módszer nem tarthat számot.

A mérőeszközök és módszerek száma, mint látjuk, nagy, jóllehet ez összeállítás csak azon eszközöket és módszereket foglalja magában, melyek hozzáférhetőbbek voltak a behatóbb tanulmányozásra. A felsoroltak közül egyetlen eszköz sem örvend nagyobb elterjedtségnek, majdnem mindegyiket feltalálója maga használja. Mindnyájok között mégis legtöbb követőre talált régebben Zander, a kinek eszközét azonban jelenleg Schulthess mérőeszköze meglehetősen kiszorította.

(Folytatása következik.)

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.)

Az oesophago-trachealis sipolyok gyógyítása. Egy újabb oesophagus-varrat.

Navratil Dezső dr. műtőorvostól.

(Vége.)

Márczius 17-dikén. Mütét után a kutya 2 deci tejet, egy kávéskanál cognacot és egy tojást kap bárzsingsonda útján. Keveset hány. Márczius 17-dikétől 21-dikéig kötésváltás. A felső sebszélből kevés genyes váladék ürül, mely sem nyál-, sem ételszerü. Egy pár felületes izomvarrat kigenyedt. Márczius 21-dikétől 30-dikáig bárzsingsondával táplálom a kutyát napjában kétszer. Minden etetésre 2 deci tejet, egy kanál cognacot s egy tojást kap. Márczius 30-dikán a kutya magától iszsza a tejet s ezért többé bárzsingsondával nem táplálom. Márczius 30-dikától április 18-dikáig a kutya állandóan jól van, nagy nyaki börsebe beforrt, alsó polusában minimális kis sarjadzás. Április 18-dikán a kutyát leölöm, hogy a bárzsingvarrat eredményéről meggyőződhessem. A kutya a leölés napjáig jól érezte magát, utóbbi időben félig, majd egészen szilárd táplálékot evett. A leölt kutya bárzsingpraeparatumát a mellékelt ábra mutatja.

A körülbelül $1^1/_2$ cm.-nyi, szép heggel gyógyult bárzsing-

sebzés közepén egy körülbelül 2½ mm.-es, kis diverticulumszerű kitüremkedés van, melyben semmi étel, sem friss, sem régi — bár a kutyát táplálkozás után nemsokára leöltem — nem volt. Hogy ily nagy sebzés ily szépen gyógyult, ennek okát tisztán az új varrat alkalmazásában láttam.

5. ábra. Kis diverticulummal gyógyult sipoly.

Fő az, hogy a kutya meggyógyult, táplálkozásában a legkisebb zavar sem állott be. És most kiváncsi volnék a Balacescu és Cohn czikkében közölt per primam gyógyult esetekre, hogy vajjon nem volt-e e primam gyógyult esetekben ilyen kis diverticulum, a mit csakis a kórboncznok diagnostizálhat, mivel symptomát nem idéz elő.

Igy sikerült egy bárzsingvarratot kitalálni, mely bárzsingsebzésnél megbizhatónak bizonyult és most e varrat segítségével visszatértem az oesophago-trachealis sipolyok létesítéséhez s azok zárásához. Bár az előbb ismertetett varrat egyszerű bárzsingsebzésnél igen jónak bizonyult, mégis féltem, hogy trachealis sebzés mellett, a hol a tracheából jövő nyál sem indifferens a bárzsingvarratra, nem fog oly jónak bizonyulni, mint egyszerű bárzsingvarratnál.

Márczius 24-dikén egy kutyán műtétet hajtottam végre, gyenge aetherbódulatban. A nyakon a középvonalban vitt hosszanti metszéssel a bört, bőr alatti kötőszövetet átvágván, a tracheát kipraeparáltam az os hyoideumtól lefelé vagy 5 cm.-nyi hosszúságban. A III-dik trachealis gyűrűtől lefelé tracheofissiót végeztem, melynek alsó polusába canulet helyeztem. A canule felett levő trachealis részt a hangszálagokig, nem mint az előbbi esetben száraz, hanem vaselinnal impregnált jodoformos mullal tömtem ki. Igy a száraz jodoformos mulle okozta nyálkahártya-usurálásokat akartam kikerülni. Ezután a bárzsingot előhúzva, azon a III., IV. trachealis gyűrűnek megfelelően sebzést ejtettem. A bárzsingseb hátsó sebszéleit a tracheahoz öltöttem három csomós varrattal. Majd a trachea III. á IV. gyűrűjén borsónyi anyaghiányt teremtettem és a bárzsingseb elülső sebszéleit a trachea elülső sebszéléhez három csomós varrattal odaöltöttem. Nyitvakezelés. Műtét után kutya jól van, keveset hány, táplálékot nem kap sem ezen nap, sem márczius 25-dikén, a mikor kutyán újabb műtétet hajtunk végre aethernarcosis nélkül. Ekkor a complet sipolyt szétválasztom, a trachea és bárzsing sebszéleit felfrissítem. Mivel nagyon vén kutyával volt dolgom, s így a trachealis gyűrüt varrattal összehúzni lehetetlen volt, e végből elhatároztam, hogy a jobboldali IX. bordaporczból egy szeletkét ültetek át a trachealis sebre, felette a tracheát borító kötőszövetet összehúzom s így a bordaporczot rendeltetési helyén fixálom. Ezután a bárzsingot az előbb ismertetett módon zártam, az egész nyaki sebet pár öltéssel összehúztam. A jodoformos tampont a tracheából végleg eltávolítottam, a canulet egyelőre meghagytam. A kutya műtét után hány. Márczius 26-dikán, bár a canule állandóan tisztítva lesz, a kutyánál sipoló légzést találok, e végből a canulet eltávolítom. A canule helyén a tracheába benézek homloktükör segélyével, s ekkor a tracheában jókora mogyorónyi álhártyát találok, mit eltávolítok. Az álhártya a canule alsó vége alatt volt. A kutyát bárzsingsondával táplálom, tápláléka 2 deci tej, egy kávéskanál cognac és egy híg tojás. A kutya estefelé kissé elesett, légzése szapora; márczius 27-dikén délután exitált. Bonczolat az oesophago-trachealis sipolyt ismét fennállónak találja. A halál ok broncho-pneumonia. Diphtheriás lepedék van a tracheában s a canule a trachea hátulsó falát több helyen usurálta.

Ezen esetben részben a körülmények voltak olyanok, hogy kisérleteimet megnehezitették, részben magam voltam hibás, hogy a bárzsing-varratban bíztam. A varrat jó egyszerű bárzsingsebzésnél, de az oesophago-trachealis sipolyoknál azt tapasztalom, hogy még ebben a bárzsingvarratban sem lehet bízni. Nehezítő körülményként szerepelt az, hogy a tracheát összehúzni nem lehetett, s így plastikát próbáltam alkalmazni, nem gondolva meg, hogy fertőzött területen a porcz átültetése nem sikerülhet. A hosszú tracheofissio szintén már magában véve is nagy beavatkozás, továbbá a canule állandó tisztítása, a canule okozta croupos álhártya s a decubitusok, továbbá még a vaselinos jodoformos mull okozta tracheanyálkahártyausurálás mind arra indítottak, hogy a tracheofissiótól, a canuletől és a jodoformos mulltampon alkalmazásától teljesen elálljak.

Hasonlóképen rájöttem, hogy a sebet nyitva kell kezelni, az egyszerű bárzsingsebzésnél igen jól bevált varratban itt nem lehet bizni és a tracheán esetleg behatoló nyálat is figyelembe kell venni, mely a varratot bizonytalanná teszi.

Igy egy oly módot óhajtottam kitalálni, a melylyel oesophago-trachealis sipolyt létesíthetek minden nagyobb beavatkozás nélkül. Nem kell az oesophagus és trachea közötti sipoly létesítésénél, hogy ezen sipoly nyitott legyen, a fő az, hogy a trachealis sebszélek a bárzsingsebszélekkel összeforrjanak; így is létrejön egy sipoly, a melyet azután zárni kell. Hiszen tulajdonképen czélja munkámnak nem annyira az, hogy közlekedő sipolyt készítsek az oesophagus és trachea között, hanem az, hogy egyesülés jöjjön létre a trachea és bárzsing sebszélei között.

A kór okozta sipolyt utánozni experimentálisan véleményem szerint teljesen lehetetlen, mert ha egyszer communicatiót teremtünk e két fontos szerv között, a bronchopneumonia állatnál biztos.

Előbbi experimentumaimban is, mikor a trachea felső részét jodoformos gaze-zel kitömtem, szintén nem teremtettem oly sipolyt, mint a milyent egy kór képes teremteni, mert a tracheát védtem a jodoformos tamponnal, de sajnos, e kisérleteim oly nagy elővezetes beavatkozásokat igényeltek, hogy ezen eljárásokkal továbbkisérleteznem lehetetlen volt.

6. ábra. 2-szeresen nagyitva.

E végből, a mint a mellékelt ábrán látható, egy gombot készittettem kaucsukból s e gombot (l. 6. ábra) helyeztem az oesophago-trachealis sipolyba, mintegy retesz gyanánt, hogy a bárzsingváladék ne jöhessen a tracheába. E gomb úgy lesz alkalmazva, hogy sem a bárzsingba, sem a tracheába nem eshetik s így az állat sem le nem nyelheti, sem nem aspirálhatja. Hogyan alkalmazom e gombot, azt az alábbi eset kapcsán bővebben leirom.

Márczius 28-dikán oesophago-trachealis sipolyt készítettem egy kutyánál. Baloldalt a sternocleidomastoideus mentén vitt metszéssel hatoltam a mélybe s felkerestem a bárzsingot, a melyet egy fonál segélyével előrehúztam. Az előrehúzott bárzsingon körülbelül ¾ cm.-nyi nyilást készítettem, mely nyilást dohányzacskó-varrattal körülöltöttem s a nyilásba a gombnak gömbölyű végét helyeztem. Ezután a dohányzacskó-varratot meghúztam, a miáltal a bárzsing a gombnak két nyerge közé jutott. A varrat jól tart, ennélfogva ki van zárva, hogy a gomb a bárzsingba essék, de egyúttal a gombnak két nyergére oly szorosan fekszik rá a bárzsing, hogy ott a bárzsingból semmi nedv sem szivároghat a trachea felé. Ezután a bárzsingsebzésnek megfelelően a tracheán jókora lencsényi anyaghiányt teremtettem, a melybe a gombnak másik végét illesztettem. S hogy a gomb a tracheából egyrészt ki ne essék, másrészt, hogy a bárzsingot a tracheával communicatioba helyezzem: a bárzsing sebszéleit a trachea sebszéléhez odaöltöttem több csomós varrattal.

A sebnyilásba jodoformos gaze-tampont helyeztem, a mely felett a bőrt pár öltéssel összeakasztottam. A kutya műtét után jól van. Nem hány. Vizet kap ketreczébe, melyet mohón iszik. Délután a kutya jól van. Márczius 29-dikén este, mivel most már a sipoly egy napos s ekkor tapasztalataim szerint az egyesülés létrejött, a sipolyt zárom.

A trachea sebét a bárzsing sebétől szétválasztjuk, miután konstatáltuk, hogy mindenütt erős egyesülés jött létre a trachea és bárzsing között. Ezután a trachea sebszéleit felfrissítjük és két csomós varrattal összehúzzuk. Hasonlóképen a bárzsingsebet is felfrissítjük és a szokott varrattal zárjuk.

Ezen esetben, hogy a varrott sebszélek ne kerüljenek közel egymáshoz, e végből a tracheát baloldalt az elülső mély nyaki

izmokhoz egy fonállal lehúzzuk, a melylyel egyúttal a trachea saját tengelye körül 20°-nyi forgást szenved. A bárzsing bevarrt sebszélét a sternocleidomastoideus elülső széléhez húzzuk. Igy a tracheát és a bárzsingot is helyéből kissé kiluxáltuk, hogy így a mindkét szerven levő sebzést záró varratok ne csúszhassanak közel egymáshoz. A sebszélek közé jodoformos tampont helyezünk biztonság kedvéért, bár előbbi vizsgálataink alapján rájöttünk arra, hogy a jodoformos gazenak fonállal való érintkezése annak kiválását előidézheti.

Márczius 30-dikán a bárzsingseb részben széjjelvált, belőle kevés nyák ürül. A trachea-varrat azonban szépen tart. Mivel kutyánál a bárzsingsondával való táplálás nagy nehézségekkel jár, azért a kutyát per os tápláljuk. A táplálásnak nagy előnye, hogy a kutya nem hánykolódik s így a nyaki varratok nem szakadnak fel. A kutya táplálékát, melyet naponként háromszor kap, jól elfogyasztja, de különösen jól akkor, ha a kis bárzsingsipolyra egy gaze pelottát nyomunk rá táplálás közben, s így a bárzsingseben a táplálékból semmi sem folyik ki. Tápláléka 2 deci tej, egy kanál cognac s egy tojás minden etetésre.

A sebet táplálás után langyos konyhasós vízzel kiirrigáljuk, bele steril gazet teszünk. Kötésváltáskor kötésben mindig van kevés túrós tej. Márczius 31-dikétől április 4-dikéig naponként kötésváltás, táplálás per os. Április 4-dikén a kötés-

7. ábra. Gyógyult sipoly a trachea felől.

8. ábra. Gyógyult sipoly a bárzsing felől.

váltásnál kitünik, hogy a kutya táplálkozásnál kissé köhög. E végből a sebnek szétkampózásával utána nézünk, hogy mi okozza e köhögést. S ekkor azt találjuk, hogy bár a trachea sebzése különben szépen egyesült, közepén egy kis hajszálvastagságú sipoly áll fenn. Ekkor a kutyának tüdejét mindjárt pontosan átvizsgáljuk, de sehol broncho-pneumoniának nyomát sem találjuk.

A trachea kis sipolyára jodoformos gazet teszek, s a tőle körülbelül 1½ cm.-re előbbre fekvő bárzsingsipolyra kis turbánt helyezek. Délután a turbánban kevés túrós tej, de a tachea fistulájára helyezett gaze száraz. Április 5-dikén a kutya még egy kicsit köhög, különben nagyon vidor. Április 5-dikétől április 9-dikéig a kutya jól van. Minimálisan köhög. Granulatiók szépen haladnak. Április 10-dikén a bárzsingsipoly teljesen bezárult. A trachea fistulája, melyet lapissal érintettem, nagyobb lett, e végből a lapisozást ily körülmények között senkinek nem ajánlhatom Április 10-dikétől április 18-dikáig a kutya jól van, a tracheális fistula kisebbedik ; április 18-dikától április 21-dikéig a kutya jól van, mindkét sipoly teljesen begyógyult. Julius 1-jén a kutyát leszúrom. A mellékelt praeparatumon látszik a teljes gyógyulás. A kutya az utóbbi időben félszilárd, sőt szilárd tárgyakat is nyelt. A kutyánál recurrenshüdés nem volt, mivel a kutya mindvégig éles hanggal ugatott.

Április 11-dikén ismét készítettem egy kutyánál oesophago-trachealis sipolyt. Eljárásom körülbelül ugyanaz volt, mint a melyet az előbbi esetben követtem.

Behatolás baloldalt a szokott helyen aethernarcosisban. A bárzsingot előhúzzuk, azon a VI-dik trachealis gyűrűnek megfelelően metszést ejtünk, mely ¾ cm.-nyi volt. A sebbe az előbb már ismertetett gombot helyeztük, melynek segélyével zárt sipolyt teremtettünk a bárzsing és légcső között. Nyitvakezelés. Másnap, április 12-dikén este, mivel a sipoly egy napos, azt zárjuk és pedig a bárzsing felfrissített sebszéleit a szokott dohányzacskóvarrattal. A tracheát pár öltéssel összehúzzuk. Itt is, hogy a trachea és bárzsing bevarrt sebszélei egymással ne érintkezhessenek, a tracheát az előbb leirt fordító varrattal tengelye körül megcsavartuk. Nem számítottam arra, hogy kölyökkutyával van dolgunk s ennél a trachea porcza még oly gyenge, hogy fordító varratot nem lehet alkalmazni anélkül, hogy az a lumen ne szükítse. Jelen esetben is ez történt, s mikor a kutyát a műtőpadról levettük, a kutya egyszerre nagyfokú asphyxiát kap, úgy hogy a kötést hirtelen fel kellett vágni s a fordító varratot végleg eltávolítani. Ezután a kutya jól van, vígan járkál. Vizet mohón iszik. Április 13-dikán a kutya jól van. A kutyát bárzsingsondával tápláljuk. 2 deci tejet, egy kávéskanál cognacot s egy tojást kap. A táplálás azért történik bárzsingsondával, mert a kutya magától enni nem akart.

9. ábra. Gyógyult sipoly a trachea felől.

10. ábra. Gyógyult sipoly a bárzsing felől.

Április 14-dikén kötésváltás. Ekkor kitünik, hogy két trachealis porcz a varrat helyén meztelen. A ¼ bárzsingsebből tühegynyi nyiláson kevés tej szivárog.

A kutya jól van. Napjában háromszor tápláljuk sondával. Április 15-dikétől 20-dikáig a kutya jól van. Per os tápláljuk. Április 20-dikán a tracheán levő porczelhalás ellöködik, s a trachea sebe teljesen begranulált. Április 21-dikétől 28-dikáig a kutya jól van. Kissé köhög. A trachea teljesen beforrt, a bárzsingsipoly, mely nem akar beforrni, széleit felfrissítjük és a szokott varrattal zárjuk. Május 1-jén a bárzsingvarrat alsó csúcsából kevés tej szivárog. Május 21-dikén a kutya teljesen gyógyult. Julius 1-jén a kutyát leszúrjuk. A gyógyulást a mellékelt praeparatum igazolja. A kutya az utóbbi időben nem csak híg, de félszilárd táplálékot is kapott. Recurrens hüdés itt sem állott fenn.

Április 20-dikán még egy kutyánál létesítettem oesophago-trachealis sipolyt aetheres narcosisban, az előbb leirt módon a trachea V. és VI. gyürüjének megfelelőleg gomb segélyével. Nyitvakezelés.

Ezen esetben műtéti eljárásomat erősen megnehezítette az a körülmény, hogy a kutyánál nagyon sokáig kerestem a szokott helyen a bárzsingot, míg végre azt a jobb oldalon találtam meg. E végből a sipolyt jobboldalt kellett létesítenem. Másnap, április 21-dikén, a sipolyt, mely komplet volt, az előbb ismer-

tetett eljárással zártam. A sebet jodoformos mullal kitömtem. Április 22-dikén a varratok tartanak. A kutyát, mivel enni nem akart, sondával táplálom.

Április 23. Két trachealis porcz a varrat helyén nekrotizál; lehet, hogy ez az erősen alkalmazott jodoformos mull-kitömés eredménye. Bárzsingvarrat kis helyen széjjelvált. Április 24-dikén a trachealis decubitus szépen demarkálódik. Április 25-dikén az elöködött trachea-gyürü helyén kis sipoly. Április 26-dikán, mivel a börseb, a melyet baloldalt ejtettünk, nem bizonyult elég nagynak, e végből haránt irányban jobb felé azt kissé meghosszabbítottuk. A kutya délután hány. Április 27-dikén gyanú bronchopneumoniára. Április 28-dikán a bronchopneumonia biztos, április 29-dikén reggel exitus.

A kutyánál a bonczolat az oesophaguson és tracheán kis lencsényi anyaghiányt talál s bronchopneumoniát a tüdőkben. A kutyánál situs viscerum inversus volt.

Mindezen említett három esetben sikerült oesophago-trachealis sipolyt létesítenem s azt fenntartanom az említett gomb segélyével. De az előbb ismertetett bárzsingvarratomat, mely egyszerü bárzsingsebzésnél kitünőnek bizonyult, oesophago-trachealis sipoly zárására, mint azt az említett három eset kapcsán láttuk, használhatatlannak találtam. Az oesophagus-varratok mindhárom esetben többé-kevésbé szétváltak, s így bár két esetben sikerült gyógyulást elérnem, a harmadik eset exitussal végződött.

A jodoformos mull alkalmazása, a melylyel a sebet kitömtem, lehet hogy oka volt a varratkiválásnak. Az tény azonban, hogy a második és harmadik esetben határozottan meggyőződtem, hogy az erősen alkalmazott jodoform-tampon a trachea-gyürün decubitust okoz. És így az oesophago-trachealis sipolyokat záró mütét után a seb kitamponálására mint biztositék egyszerüen használhatatlan. Tehát akkor mivel biztosítsam magamat a bronchopneumonia veszélye ellen? E végből oesophagus-varratom tökéletesbitésén dolgoztam, mely hivatva legyen oesophago-trachealis sipoly zárásakor, mint biztosan tartó varrat szerepelni. A tracheát és oesophagust záró varratok közül az oesophagust záró varratnak teljesen biztos, jól záró varratnak kell lennie, mivel, ha ezen keresztül a legkisebb infectio éri a trachea varratait, azok tüsténi kiválnak és a bronchopneumoniának utat nyitnak.

Már szinte hihetetlennek véltem a feladat simán menő megoldását; hiszen két gyógyult esetemben is a gyógyulás lassan állott be s bizony a hosszú gyógytartam alatt a két kutya közül bármelyik kaphatott volna bronchopneumoniát.

Hogy a harmadik kutya bronchopneumoniában elpusztult, ebben az oesophagus-varrat megbizhatlanságán kivül még az a körülmény is fontos szerepet játszott, hogy a kutyánál situs viscerum inversus volt jelen. Mert ha ezen kutyánál a bárzsing baloldalt van, mint normális esetben lenni szokott, akkor sebzésem elég nagy ahhoz, hogy a kutya bárzsingváladéka hányáskor a kötésbe kerüljön. De ezen esetben a bal oldalon vitt metszés a bárzsing felkeresésére, bármilyen hosszú volt is, nem nyujtott elég tág teret a hányadék kiürülésére, minthogy az ellenkező oldalon levő nyaki izmok a tracheának nekifeküdvén, a jobb oldalon levő bárzsingsipolynak lefolyást nem engedhettek. De ha teljesen megbizható bárzsingvarratom lett is volna, akkor még ezen esetben sem szabadott volna a beavatkozásnak letalisan végződnie.

Egy véletlen körülmény juttatott arra az eszmére, a melynek segélyével kitaláltam egy olyan bárzsingvarratot, a mely még oesophago-trachealis sipolyoknál is teljesen megbizhatónak bizonyult. És ezen körülmény a következő volt: az eddig mütött kutyáknál a bárzsing előrehúzásánál mindig egy hosszúkás képlet állt utamba, melyet én eleinte a thymusnak tartottam, majd később a glandula thyreoideát ismertem fel benne.

Mivel a glandula thyreoideának egyoldali eltávolítása az illető állatra nézve semmi kellemetlenséggel nem jár, e végből ezen útban levő képletet mütéteim elsejében, annak alsó polusához menő ere előzetes lekötése után, felfelé visszahajtottam. Sőt későbbi mütéteimben e képletet a felső és alsó polusához menő ere lekötése után egyszerüen eltávolítottam.

Mivel, mint említettem, bárzsingvarrataim nem bizonyultak praeciseknek, egy alkalommal azzal az eszmével foglalkoztam, hogy tulajdonképen minek vágom ki vagy miért hajtom fel a pajzsmirigyet, mikor ennek hasznát vehetem. E végből, a mint azt alábbi esetemben bőven közölni fogom, a pajzsmirigyet, a melyet alsó polusához menő ere lekötése után teljesen mozgékonynyá tettem, a sipoly készitése közben fent a felső sebzugba az izmok közé belehúztam s másnap, mikor a sipolyt zártam, e tekintélyes nagyságú erekkel kitünően táplált pajzsmirigyet az oesophagus- és trachea-varrat közé helyeztem. A sebet részben zártam, részben nyitva kezeltem, hogy a lefolyásról napról napra meggyőződhessem. Az eredmény szinte bámulatba ejtett, a mikor láttam, hogy mütét utáni napokban a dohányzacskóvarratnak egy kissé hosszabban hagyott végét mint húzza és fedi be a sarjadzó felülete a pajzsmirigynek.

Az eredmény teljesen kielégitő volt, sőt talán a képzelhető legszebb, mely müködésemet koronázta, mikor a kutya pár nappal a mütét után per primam gyógyult bárzsingsebbel állt előttem.

Az eset leirása a következő:

Április 29-dikén aether-narcosisban mütöttem egy kutyát, a melynél baloldalt a sternocleidomastoideus mentén hatoltam be. Miután előrehúztam a bárzsingot, a trachea V. és VI. gyürüjének megfelelően azt 1 cm.-nyi hosszaságban megnyitom, a dohányzacskóvarrattal a bárzsingsebet körülöltöm. a sebbe az ismertetett gombot helyezem. A dohányzacskóvarratot csomózom. A trachea V. és VI. gyürüjén lencsényi anyaghiányt teremtek a bárzsingsebnek megfelelően, majd ezután a gombnak másik végét a tracheasebzésbe tolom s a tracheasebet a bárzsingsebbel több csomós öltéssel összeakasztom. Mütét alatt a glandula thyreoideát, alsó polusához menő erének előzetes lekötése után, felhajtom s a börseb felső zugába helyezem.

Április 30 dikán, mivel a sipoly egy napos és az egyesülés a trachea és bárzsing között teljes, a sipolyt, miután szétválasztottam a trachea és oesophagus sebszéleit egymástól, zárom. A bárzsingot a dohányzacskóvarrattal összehúzom, föléje egy futó izomvarratot helyezek, majd a trachea sebszéleit két öltéssel egyesitem. A felső sebzugban elhelyezett glandula thyreoideát a bárzsing és tracheavarratok közé helyezem. Gyenge jodoformos gaze-tamponnal biztosítom, hogy a pajzsmirigy új helyén megmaradjon.

A jodoformos gaze a varratokhoz nem ér. A sebet pár öltéssel fenn és lenn összehúzom, különben nyitva kezelem.

11. ábra. Gyógyult sipoly a trachea felől.

12. ábra. Gyógyult sipoly a bárzsing felől.

Május 1-jén a kutya először kap táplálékot. Tápláléka az eddigi esetektől eltérően reggel, délben és este egy-egy kávéskanál „Puro“ egy ujjnyi pohár vízben. Ezáltal elérni véltem azt, hogy a kutya kis quantumban (kevés nyelési mozgással) elég táplálékot vesz magához. A táplálékot per os kapja, mivel magától táplálkozik s így bárzsingsondával való táplálásra nem szorul. Május 2-dikán és 3-dikán a kutya jól van, táplálékát rendesen elfogyasztja, jókedvü. Bárzsingvarrat teljesen tart, a trachea alsó

sebszélében kis darabon egy porczgyürü ellöködni készül. Május 4-diken a porczgyürü ellöködött, gombostüfejnyi nyilás a tracheán. A bárzsingseb prompte tart. A dohányzacskóvarrat egyik szála kissé hosszabbra hagyatott véletlenségből, de ezt szemmel láthatólag napról napra jobban besarjadzza a glandula thyreoidea. Május 12-dikéig a kutya jól van, tracheaseb teljesen begyógyult, a bőrsebet secundaer varrattal zárom. Május 18-dikán, daczára annak, hogy a Puro a gyógytartam alatt kitünőnek bizonyult, a mennyiben a kutya testének súlyából semmit sem veszített, annak kissé drága volta miatt s minthogy a gyógyulás úgyis már teljesen beállott, a Puróval való táplálást abbanhagyom s ettől kezdve a rendes táplálékot kapja per os, t. i. háromszor napjában két deci tejet, egy kanál cognacot és egy tojást. Junius 1-jén a börseb teljesen begyógyult.

Julius 1-jén a kutyát leöljük s ekkor a képzelhető legszebb gyógyulást találjuk, mit különben a mellékelt fénykép legjobban bizonyít. A kutyánál recurrens hüdés nem volt, mivel a kutya mindvégig éles hangon ugatott.

Junius 1-jétől félszilárd, majd szilárd táplálékot kapott.

Azt hiszem, hogy ezen utolsó eset legjobban bizonyítja, hogy sikerült elérnem az oesophago-trachealis sipolyt sebészileg biztosan zárni.

Az, hogy esetlegesen nagyobb oesophago-trachealis sipolyokat is lehet ezen eljárással meggyógyítani, egészen bizonyos, mivel a bárzsingseb varrata teljesen biztosan tart, s így nem kell tartanunk attól, hogy a tracheába bárzsingváladék hatolhasson. Ilyen nagyobb sipolyoknál először a bárzsingot zárnám a varrattal, a trachea sebszéleit felfrissíteném, esetleg még nagyobb trachealis defectusoknál már ezen első alkalommal pár varrat segélyével iparkodván kisebbíteni a nagy trachealis defectust; s miután a bárzsing teljesen beforrt s a trachea sebe is szépen granulál, helyeznék a tracheasebre egy későbbi mütét alkalmával (10—12 nap mulva) egy darab bordaporczot.

Hogy milyen körülmények, illetőleg milyen kór okozta sipolyoknál áll fenn a beavatkozás indicatioja, erre nézve az alábbiakban számolok be.

Idegen test okozta oesophago-trachealis sipolynál mindenekelőtt az idegen testet távolítanám el és ezután ha idegen test okozta gangraena áll fenn, nyitva kezelném a szétválasztott sipolyt. S miután a gangraenás terület feltisztult, zárnám az oesophagust, illetve a tracheát.

Természetesen ez csak azon esetekben volna kivihető, ha az idegen test okozta sipoly nem fekszik a mellkasban. Ezen utóbbi helyen fekvő sipolyt csak azon esetben lehet zárni, ha Sauerbruch-féle pneumatikus kamaránk van De ezen esetben is talán eredménytelen volna a mütéti beavatkozás, ha a perforatio gangraenával volna complikálódva.

Bár lehetséges, hogy ezen esetben a nyitvakezelés egy a betegre alkalmazott állandó pneumatikai casettával is elérhető volna.

A mi a lues okozta oesophago-trachealis sipoly zárását illeti, legelőször a sipolyt választanám szét, a sebszélek közé jodoformos gazet tennék, mit naponként többször is váltanék s a betegnek belsőleg jodkalit adnék, esetleg a betegen külsőleg higanykúrát alkalmaznék és csak miután látnám, hogy a sebszélek felfrissítés után jól granulálnak, zárnám a sipolyt. Mindenesetre itt is, mint az alább következő esetekben ezen zárási kisérletek a légcsőnek és bárzsingnak a mellkason kivül fekvő részére vonatkoznak, mivel az azon belül fekvő sipolyokat még a pneumatikus kamarával is nehéz sebészileg gyógyítani. A kamara nélkül pedig a pneumothorax többé-kevésbé biztos.

A mi az actinomycosisnál előforduló oesophago-trachealis sipolyok therapiáját illeti, hasonlóképen járnék el, mint Poncet és Bérard, a sipoly sebszéleit megkaparnám, szóval felfrissíteném, de azután az általam próbált eljárást alkalmaznám.

Ugyanígy járnék el mély nyaki abscessus okozta oesophago-trachealis sipolynál vagy typhus és scarlatina után fennmaradt sipolyoknál, ha azokat zárni akarnám.

A mi a carcinoma okozta sipolyok therapiáját illeti, itt bizony nem sokat tehetünk, legfeljebb gastrostomiát végezünk, mint palliativ műtétet. Többé-kevésbé ugyanez áll a tuberculosisnál, ha a szervezet nemcsak egy helyen, a sipolynál, hanem máshol is meg van támadva. Ha a tuberculosis a sipoly helyére localizálva van, akkor az operativ eljárással talán czélt érünk, noha a tuberculosus sipolyszélek granulálásában nem igen sokat biznám.

Igy az oesophago-trachealis sipolyok sebészi therapiáját ezen újabb bárzsingvarrattal némiképen talán sikerült megoldanom. A mi a bárzsingon végezhető egyéb sebészi eljárásokat illeti, azokkal épen most foglalkozom, s ha vizsgálataimat befejeztem, közölni fogom.

Mielőtt közleményemet befejezném, legyen szabad Dollinger tanár úrnak, mint az I. sz. sebészeti klinika igazgatójának köszönetet mondanom, hogy megengedte, hogy az esetet munkámban közölhessem, továbbá hogy oly szíves volt engemet munkám közben jó tanácsaival nem egyszer támogatni. Továbbá köszönetet mondok Genersich tanár úrnak azon szívességéért, hogy megengedte, hogy a praeparatumot lefényképeztethessem s munkámban ismertethessem.

Történhetik-e lupus-gyógyintézetekben tuberculosis-fertőzés?

Irta: *Huber Alfréd* dr.

Az osztrák közegészségügyi társulat 1905. márczius 1-jére vitaestélyt hivott össze, a melyen discussio tárgyává tétetett egyebeken kivül *Ullmann K.* dr. egyetemi magántanár javaslatára a következő tétel is: „*Történhetik-e lupus-gyógyintézetekben tuberculosis-fertőzés?*“ A discussiohoz szükséges anyag, illetve a különböző vélemények elbirálása ügyében a tárgy referense hozzám is fordult, hogy válaszomat kérje a következő kérdésekre nézve:

1. Milyen óvórendszabályok léteznek Finsen intézetében arra nézve, hogy akár a) inoculatio, akár b) belégzés útján a tuberculosis tovább ne terjedhessen?

2. A váró- és kezelőhelyiségek, valamint a kezelő- és segédszemélyzet fertőtlenítését illetőleg a prophylaxis szempontjából milyen rendszabályokat tart ön elengedhetlenül szükségeseknek? Milyeneket kivánatosaknak?

A választ e kérdésekre referens egészen röviden óhajtotta kapni; mivel azonban e kérdésekkel magam is már hosszabb idő óta foglalkozom, és ezeket meglehetősen fontosaknak is tartom, ezért legyen szabad azokat kissé bővebben tárgyalnom.

Mindenekelőtt is tény az, hogy a tuberculosis-fertőzés veszélye ott fenyeget legjobban, a hol tuberculosus betegek a leggyakrabban megfordulnak. A tuberculosis-átvitel lehetősége tehát lupus-gyógyintézetekben tényleg megvan, és így az előbb feltett két kérdés jogosultsága mindenesetre indokolt. Más kérdés már most, hogy a börtuberculosis (lupus) átragályozására nézve fennáll-e ugyanazon fokú veszedelem, mint pl. a tüdőtuberculosisra nézve. E kérdésre nemcsak az összehasonlító histologiai vizsgálatok, de a gyakorlati tapasztalatok alapján is határozott nemmel felelhetünk. Ceteris paribus a börtuberculosis átragályozására nézve sokkal csekélyebb a veszedelem, mint pl. a (leginkább elterjedt) tüdőtuberculosisra nézve; egészen egyszerüen azért, mivel a börtuberculosisnál, még ha bármennyire elterjedt is, soha nem találjuk oly számban a tuberculosis-bacillust — a fertőzésnek ma már kétségtelen vivőjét —, mint akár csak a mérsékelten kifejlődött tüdőtuberculosisnál is. Ez természetesen csak azon egyénekre nézve áll, a kiknél a bőr tuberculosisán kivül tuberculosis semmiféle egyéb szervben nincs jelen. *Fontosnak tartanám tehát minden egyes lupus-esetben — illetve a betegnek a lupus-gyógyintézetbe való felvételét megelőzőleg — a pontos belgyógyászati vizsgálatot* nemcsak a lupus prognosisa szempontjából, hanem főleg azért is, hogy megtudjuk, vajjon a beteggel mint „veszélyes fertőzött beteggel“ kell-e elbánnunk.

Ezt a megkülönböztetést különösen az átragályozás prophylaxisa szempontjából tartom fontosnak. Tudvalevő dolog ugyanis, hogy olyan lupus (Finsen)-intézetekben, a hol a kezelés az egész napon keresztül több órán át folyik, lehetetlen az egész intézetet minden egyes kezelési óra után radicalisan fertőtleníteni: *czélszerünek tartom tehát, hogy az első szakban azon lupus-betegek kezeltessenek, a kiknél a tuberculosisfertőzés-átvitel lehetősége a legcsekélyebb, a kik tehát tüdőtuberculosisban nem szenvednek*, azon betegek ellenben, a kiknél a fertőzés veszélye a specifikusan megbetegedett szerv működésénél (tüdőnél kilégzés!) fogva a környezetre nézve a legnagyobb, kezeltessenek ugyanazon napon

a legutoljára. Ez a javaslat a gyakorlatban természetesen akkor volna a lehető legjobban kivihető, ha tisztán inoculatiós és egyéb szervi (főleg tüdő-) tuberculosissal combinált tuberculosis között mindenkor éles határt szabhatnánk; így azonban ez csak a végletekre nézve áll, másfelől pedig arra int, hogy kétséges esetekben tekintessék a lupus mindig inkább haematogen eredetűnek, vagyis a fertőzésre veszélyesebbnek.

Addig is, a míg az évtizedeken át szigorúan keresztül vitt prophylactikus rendszabályok a tuberculosis-megbetegedések csökkenését nem fogják maguk után vonni, szükségesnek tartanám, hogy mindenütt, a hol erre a lehetőség megvan, a lupusbeteg mint általános tuberculosisban szenvedő beteg kezeltessék, részesüljön tehát azon kezelésben, melyet pl. a tüdőtuberculosisra nézve ez idő szerint a legjobbnak tartunk; szükségesnek tartanám tehát, hogy a lupusbeteg a mennyire csak lehet, de az egyúttal egyéb szervi tuberculosisban szenvedő beteg mindenesetre a „közforgalomból kivonassék", azaz sanatorium-kezelésben részesüljön, nemcsak a saját gyógyulása, de az általános prophylaxis érdekében is. *Követelném tehát, hogy a lupus-betegek* — főleg azok, a kik egyéb szervi tuberculosisban is szenvednek, és így foglalkozásukat többnyire már ezen oknál fogva is csak nehezen üzhetik — *ne kezeltessenek ambulanter a lupus-gyógyintézetekben, hanem részesüljenek legalább a specifikus bőrkezelés tartamára általános sanatoriumi kezelésben is.*

E követelmény végrehajtását ma, midőn a legtöbb kórházban a „plein air"-kezelésre már nagy súlyt fektetnek, egyáltalában nem tartom kivihetetlennek, annál kevésbé, mivel a legtöbb lupus-beteg szerényebb anyagi körülményeinél fogva amúgy is a kórházi kezelésre szorul.

Ezzel megadtam volna általánosságban a feleletet az első kérdésre is akképen, hogy *lupus-gyógyintézetekben ugyanazon óvórendszabályok vitessenek keresztül, a melyek már a tuberculosis-sanatoriumokban jóknak bizonyultak.* Intézetemben — a mely első sorban magánbetegek, és csak kisebb részben szegény-betegek számára van berendezve, és így szerényebb eszközökkel működik — ezt akként érem el, hogy a sebészeti műtőszobákban dívó módok szerint járok el: a padozat, a falak, ágyak moshatók, a kezelő személyzet kéztoilettejére nagy gondot fordítok, a beteg részekkel érintkező műszerek (nyomóüveg) antiseptikus oldatokkal tisztíttatnak stb. Megjegyzem, hogy betegeim kizárólag csak ambulansok.

Nagy gond fordítandó a kezelőhelyiség szellőzésére, főleg ott, a hol a Finsen-kezelés is alkalmazást nyer, mivel tudvalevő, hogy már maga a kezelés czéljaira szolgáló ívlámpa bomlástermékei is nagyon szennyezik a levegőt. Tökéletes ventilatio tehát mindenesetre fontos dolog; legczélszerűbb azonban — a hol ez kivihető —, hogy a Finsen-szoba köröskörül ablakokkal vétessék körül, a melyek melegebb időjáráskor levétetvén, a kezelés mintegy a szabadban történik. *A szellőzéssel és sebészi antisepsissel lehet a belégzés útján terjedő tuberculosisnak mindenesetre a legjobban elejét venni.* Igy járván el, eddigi 2½ éves Finsen gyógykezelésem gyakorlatában intézeti fertőzés esetét még nem észleltem. A fertőzés lehetőségénél fogva és a levegő szennyezésének elkerülése czéljából kívánatosnak tartom, hogy a kezelőhelyiségben csakis a betegek és az ápolószemélyzet tartózkodjék; a kisérő személyzetnek külön szobát reserválok. Erre egyébként nyomtatott „házi rend" kifüggesztésével is megadom az utasítást, mely az egyéb ismert és a prophylaxisra fontos tudnivalókat (köpködés, kötszerek eldobása stb.) is tartalmazza. *Ilyen nyomtatott házirend kifüggesztését, de főleg a jól iskolázott ápolószemélyzet által alkalomadtán adott szóbeli intéseket mindenesetre igen fontosaknak tartom a prophylaxis szempontjából. A ma dívó hosszadalmas lupus-gyógymódok gyakorlati alkalmazása mellett a klinikailag képzett orvosnak mindenesetre sok alkalma van, hogy betegeit a hygieine legkényesebb szabályai szerint nevelje.*

Nagyobb lupus-gyógyintézetekben mindenesetre szükségesnek tartom, hogy a kezelőhelyiség kizárólag csak a kezelés czéljaira reserváltassék. Minden egyéb müveletre (ruházkodás, kötszerváltoztatás stb.) külön-külön helyiség álljon rendelkezésre.

Természetes dolog, hogy a hygienikus rendszabályok pontos kivitele ott a legfontosabb, a hol a kezelés tárgyát *ambulans* betegek képezik, a kik különösebben nem részletezendő okoknál fogva sokkal inkább veszélyeztetik a hygienét, mint a sanatoriumi kezelésben részesülő bennlakó betegek.

A mi a lupuskezelés részletesebb kivitelét illeti, Finsen-intézetekben, a hol az ápolószemélyzet tudvalevőleg a kezelésből kifolyó okoknál fogva órákig kénytelen a tuberculosis-betegek közvetlen közelében tartózkodni, specialisabb óvórendszabályokat tartanék szükségeseknek. Igy pl. a legtöbb esetben akként történik a kezelés, hogy az ápoló alig 1—2 araszny távolságban ül a *beteggel szemközt:* az utóbbi köhögésével, tüszszenésével szétporlott köpet mindenesetre imminens veszedelemmel fenyegeti az ápolót. Ennek elkerülése czéljából mindenesetre fontos rendszabályok kivitelét tartanám szükségesnek, a minőket eddig egyetlen általam látogatott (Berlin, Kopenhága, Wien) Finsen-intézetben sem láttam alkalmazva. Javaslom erre nézve a következőket: a kezelés történjék „veszélyes" (tüdőtuberculosisban szenvedő) betegeknél lehetőleg akként, hogy az ápoló a beteggel szemben *nem* ül; *gyakori köhögésben szenvedő betegek vonassanak ki átmenetesen avagy végleg a Finsen-kezelés alól,* már csak azért is, mivel ezeknél a phototherapiánál szükségelt nyugodt fekvés amúgy sem érhető el. A „veszélyes" betegnek tétessék a kezelés tartamára egy az intézettől szolgáltatandó, sterilizált és naponta megújítandó kendő a szájára, a mely a köpetszétporlódást megakadályozni volna hivatva; a kendők minden kezelési óra után zárható edénybe gyüjtendők össze, és egyenesen a sterilizátorba küldendők.

A mint látható, én a prophylaxis szempontjából a tüdőtuberculosisból eredhető fertőzésre helyezem a fősúlyt, mivel a lupusra nézve néhány kivételes (pl. exulcerált lupus) esettől eltekintve, az átragadás veszélye mindenesetre igen csekély. Kérdés azonban, vajjon a Finsen-kezelés folytán a bullák nyomán támadó transsudatum nem vivője-e nagyobb mértékben a fertőző anyagnak; erre vonatkozó vizsgálataim most vannak folyamatban, és így ezek eredményéről még nem nyilatkozhatom végérvényesen.

Természetes, hogy a Finsen-kezelésnél szükségelt mindennemü anyag (pl. vatta a kezelendő hely pontos körültakarására), a mely csak ad hoc nyer alkalmazást, használat után elégetendő. A huzamosabban alkalmazandó tárgyak (pl. párnák az alátámasztáshoz) olyan anyaggal (pl. Billroth battist) vonandók be, a mely antiseptikus oldatokkal könnyen sterilizálható.

Végül még egy körülményről óhajtanék szólni, a melyre vonatkozólag a czikkem elején jelzett két kérdés ugyan mit sem tartalmaz, de a melyet úgy az egyéni, mint az általános prophylaxis szempontjából igen fontosnak tartok, és ez a lupusbetegeknek állandóan evidentiában tartása egy-egy nagyobb város, avagy az egész ország keretén belül. A lupus-betegek kötelező összeirásával és azoknak az erre hivatott szakközegek által való nyilvántartásával elérnők mindenesetre azt, hogy az ellenséget, a mely ellen küzdünk, a maga valódi erejében látnók szemtől-szembe. A nyilvántartás lehetővé tenné, hogy a lupus-beteg nyomtatott irás útján (a mely a legdiscrétebben volna zárt borítékban átadandó) teljes felvilágosítást nyerjen bőrbaja lényege, az ellene való védekezés módjai, a kezelésnek minél korábban való foganatosítása, az esetleges átragályozás stb. felől. Hogy ott, a hol államilag fenntartott lupus-gyógyintézetek fejtik ki áldásos működésüket, nem volna-e czélszerű a nyilvántartott lupusbetegek rendszeres kezelését egyenesen *kötelezővé tenni,* ez olyan kérdés, a melylyel, bevallom, mindig szívesen foglalkoztam, de a melyre most még korainak tartanám a válasz megadását.

Legyen szabad ezek után a czikkben mondottakat a következőkben röviden összefoglalnom:

1. A prophylaxis és a végleges gyógyulás szempontjából kívánatos, hogy lupusbetegek lehetőleg ne ambulanter, hanem mint bennlakó betegek külön e czélra berendezett sanatoriumokban kezeltessenek; áll pedig ez különösen azon lupusbetegekre, a kik egyidejűleg tüdőtuberculosisban is szenvednek.

2. Kívánatos a tuberculosis ellen való védekezés helyes keresztülvitele szempontjából, hogy a lupusbetegek hivatalosan összeirassanak, állandóan nyilvántartassanak, és a bajukra vonatkozó minden körülményre nézve pontosan felvilágosíttassanak; ugyanezen okból kívánatos, hogy a lupusbetegek gyógykezelése lehetőleg az államtól fenntartott és ennek felügyelete alatt álló gyógyító intézetekben végeztessék.

3. Finsen-intézetekben kívánatos, hogy a kezelés olyan bete-

gekkel kezdessék meg naponként, a kik inoculatiós lupusban szenvednek, vagy legalább olyanokkal, a kiknél egyéb szervi tuberculosis még nincs előbbrehaladott állapotban jelen; kívánatos ennélfogva, hogy a lupuskezelés megkezdésekor tájékozódás czéljából a beteg pontos belgyógyászati vizsgálatnak vettessék alá.

4. Lupus-gyógyintézetekben általában véve ugyanazon óvórendszabályok keresztülvitele kívánatos, a minőket eddig a tuberculosis-sanatoriumokban találtunk czélszerűeknek; különös gond fordítandó a betegek és az ápolószemélyzet hygienikusan czéltudatos nevelésére és e tanoknak házirendek, nyomtatványok útján való propagálására.

5. Legnagyobb gond fordítandó a kezelésre szolgáló helyiségekre, a melyek egyéb czélokra ne szolgáljanak.

6. Az ápolószemélyzet védelmére, főleg a Finsen-kezelésnél, különösebb rendszabályok foganatosítandók, a melyek a szövegben részleteztettek.

7. Kívánatos további adatok gyűjtése arra nézve, hogy lupus-gyógyintézetekben történik-e átragályozás, és mily mértékben.

Tárcza.

Schulek Vilmos temetése.

Schulek Vilmos temetése e hó 16-dikán délután 4 órakor volt. A ravatal helyéül szolgált egyetemi előcsarnokban rendkivül nagyszámú gyászoló közönség gyült össze. A vallás- és közoktatásügyi minister, a ki a családjában előfordult gyászeset miatt van távol a fővárostól, Molnár Viktor államtitkár képviselte.

Az egyházi szertartás után *Genersich Antal* orvoskari dekán búcsúztatta el a halottat az egyetemi tanács, az orvosi fakultás és az Akadémia nevében következőképen:

Kedves barátunk!

Munkád közben kimerülve pihenést, gyógyulást kerestél s mikor láttad, hogy azt nem leled, visszajöttél hazádba, szülővárosodba, kedves Tieidhez, szerető barátaidhoz meghalni, s én fájdalommal köszöntlek működésed helyén, az egyetem csarnokában.

Mi bántott, mi ölt meg Téged?

Nem gyengeség, hisz Isten munkátbiró testtel és kitartó lélekkel áldott meg.

Nem az idő viszontagságai, hisz gyermekkorodtól fogva edzve voltál ellenük.

Nem czélszerűtlen életmód, hisz okos mértékkel éltél.

Nem bántott Téged betegség csirája, hisz évtizedeken át egészséggel dolgoztál kórtermekben.

Nem gyengitett szeretet hiánya, nem sebzett az ellenség fegyvere, nem aggkor oltotta ki drága éltedet, betegséged s halálod okát nem is kutatom tovább, mert úgy is tudjuk valaménnyien, hogy mi tört le Téged idő előtt.

Tudjuk és megbecsüljük: nemes hivatásod áldozata vagy!

Az orvostanár munkája nem óraadásból és nem csak a reábizott betegek szakszerű kezeléséből áll, kötelességei nem mérhetők munkaidő szerint. Mint orvos művész, mint tanár a természet törvényeinek kutatója, az igazságnak hivatott keresője voltál, ki nem ismerted az elfáradást, ki nem hátráltál a nehézségek elől, hanem búvárkodtál, gyógyítva tanultál szüntelen és munkásságod gyümölcseit szóban és irásban örömest és minden mellékgondolat nélkül adtad át tanitványaidnak és az emberiségnek.

Ez volt a zászló, melyre felesküdtél s melyhez hű maradtál mind halálig és igyekezeted szerencsés, munkád áldásos volt.

Tudásod számtalan embernek megtartotta szeme világát, életét; kezed művészete a világtalanok ezreinek látást adott; de főérdemed, hogy tudásodat lelkes buzgósággal nyujtottad tanitványaidnak s mi több, hogy fáradhatatlan szellemeddel új ösvényeket törtél a vizsgálódásra, új műtéteket eszeltél ki, új igazságokat fedeztél fel és hogy munkakedved és szeretetreméltó egyéniséged által sok hű társat szereztél és azoknak serény együttműködésével szaktudományodat oly magas szinvonalra emelted, hogy manapság épen a szemészet elsőrendű csillagként ragyog a magyar tudomány egén s fényét, melegét nemcsak a haza élvezi, hanem a világ látja és megbecsüli.

A természettudományok művelése folytán fegyelmezett észjárásod és tapasztalatokban gazdag emberismereted képessé tett arra, hogy nemcsak intézetedben és klinikádon czélszerű felszerelést, példás rendet létesits, hanem arra is, hogy szelidséggel és erős akarattal tudományos társulatokban, a fakultásban és az egyetemen nehéz időkben is szerencsésen vezetted az egyetem ügyeit és tapasztalt okos tanácsaiddal előmozditottad a tudományt.

Igaz, hogy nem végezhetted be mindazt, mit jubileumod alkalmával feladatodul kitűztél és a mihez vasakarattal hozzá is fogtál, de mégis elérted azt, mi a tanár legszebb jutalma: tanitványaid beláthatatlan serege Neked köszöni képzettségét, szakmunkások lelkes sora folytatja munkádat, tanártársaid tiszteltek és szerettek, hálával fordul feléd a szenvedő emberiség.

A közbizalom és a király elismerésben, magas kitüntetésben részesitett, s a magyar tudományos akadémia is rendes tagjául választott és most megbizott engem, hogy kegyeletének koszorúját helyezzem a ravatalodra.

Fáradozásod mindenképen sikerekben gazdag, nemes harczod győzedelmes volt.

Fájdalommal látjuk, hogy a nagy győzelem áldozatot kivánt s az áldozat Te vagy!

Hült tetemed fekszik előttünk.

Megállott a sziv, mely szeretettel dobogott az emberiségért. Elnémult az ajk, mely a tudományt hirdette. Megbénult a kéz, mely világot adott a világtalanoknak. — Mindennek vége.

Por voltál és porrá lettél!

De a porhüvely, ha szét is hull — *az emberszeretet*, mely arra ösztönzött, hogy mindazt, a mi hasznost, szépet, jót elsajátitottál, bőkezüen és örömmel adtad tanitványaidnak és embertársaidnak; a *kötelességérzet*, mely folytonos komoly munkára serkentett; *az igazság utáni vágy*, mely búvár szellemedet mozgásban tartotta, az a bizonyos isteni szikra, mely Benned működött, nem halhat meg!

Az tovább is élni fog közöttünk!

S azon élő fa, a melyet annyi buzgalommal plántáltál, tovább is gyümölcsözni fog.

Drága halottunk. Fogadd tanártársaid búcsúköszöntését, és végre részemről is, tanulótársadtól, ki szeretettel látta dicsőséges pályafutásodat s most utolsónak árván maradt a hat conscholaris orvostanár közül, fogadd baráti hűségedért köszönetem.

Nyugodj békében!

Ezután még a kolozsvári egyetem rectora, *Kiss Mór* mondott a kolozsváriak nevében nehány búcsúszót, mire a gyászmenet megindult a kerepesi temetőbe, a hol a nyitott sírnál az elhunyt volt tanitványai nevében *Grósz Emil* mondott a lapunk fején olvasható megemlékezéssel körülbelül egyező tartalmú beszédet, *Mutschenbacher István* orvosnövendék pedig az orvostanhallgatók nevében mondott búcsúszavakat.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közli: **Ráskai Dezső** dr. műtőorvos.

(Vége.)

J. Bell[50] 72 éves czipésznél, ki 10 év óta szenvedett vizeletrekedésben, sect. suprapubicával végzett (Freyer szerint) enucleatiót. A tyúktojásnyi prostata fibroadenoma volt. Az esetnek érdekességet az a körülmény kölcsönöz, hogy a betegnél, 50 év előtt kiállott mumps folytán, a bal here teljesen atrophizált és a megfelelő oldali prostata lebeny mégsem mutatott elváltozást.

J. P. zum Busch[51] (London) Freyer methodusa szerint 4 esetet operált, ezek közül 1 halállal végződött. Dicséri az eljárást, mely a hólyag összehúzóképességének teljes helyreállásához vezet. Frank szerint a széles adenomatosus prostatadaganatok könnyen kihámozhatók ezen az úton tokjukból, a fibroid formák azonban inkább perineális úton volnának eltávolitandók. *Unterberg*[52] egy esete neoplastikus tumor, cahexiában halt meg 15 nappal a műtét után, a melyet hólyagpunctio előzött meg. *Cautermann*[53] Freyer methodusa szerint operált 8 esete gyógyult. E műtétet, tekintve, hogy a legkisebb vérzéssel jár és a hólyag teljes áttekintését nyujtja, a jövő műtéti alakjának tartja. Ezzel szemben *Parker Syms*[54] kifogásolja a suprapubikus módszernél fellépő sebviszonyokat. Nem egyszer az alsó hátsó hólyagfalnak nem épen jelentéktelen roncsolása jön létre és mögötte, azon a helyen, a hol a prostata volt, egy nagy kitöltetlen vak tasak marad vissza. *Senn*[55] ezért ezt az utat elhagyva, a sectio mediánát csinálja. A prostatikus rész ki lesz tágitva, egy általa ajánlott *retractor* (gummiballon, a mely vízzel meg lesz töltve) a hólyagba vezetve, ezáltal a prostata lefelé lesz tolva és a tokból való kiválasztása megkönnyitve. A seb és a tasak, a melyben a prostata feküdt, kitömetnek. Állandó catheter. 21 esetben végezte halálozás nélkül. A continentia kifogástalan.

Wyllys[56] a szokásos prostatectomiákkal, tekintve azok hátrányait, nincs megelégedve és ezért az *infrapubikus* metszést ajánlja, a mely a prostatát a környező szövetből felszabaditja és a prostatarészletek eltávolitását a húgycső megsértése nélkül engedi meg. Szerző conclusioi pontokba szedve a következők: 1. A medenczekimenet szűk volta a prostata hypertrophiánál sebészi fontosságot nyer. 2. A prostata hypertrophia egymagában, ha kivülről nem gyakoroltatik nyomás, a húgycső szűküléséhez nem vezet. 3. Ez a nyomás izmok és szalagok által történik, a melyek a prostatát a csontos vázhoz nyomják. 4. Ha a prostatát a szeméremcsont mögött környezetéből kiszabaditjuk, úgy kiterjeszkedhetik és a húgycső szűk volta megszünik. 5. Ez egy mellső metszés által történik legjobban, a melyhez a prostatagyűrű leválasztása és egy prostatarészlet eltávolitása csatlakozik. 6. Ezáltal helyzetváltozás áll be, a mennyiben a hólyagszáj mélyebbre sülyed, a prostata mögötti tasak felemelkedve megszünik és igy a természetes drainage elősegitve lesz. 7. A prostata és urethralis szalagoknak a szeméremcsontból való leválasztása által a diaphragma urogenitale gyengül, miáltal a medenczefenék feszülése kevesbedik.

Ugyancsak nincs a prostata eltávolitására irányuló két műtéti typussal megelégedve *Charles H. Chetwood*,[57] ki 7 eset kapcsán saját perinealis műtéti módját közli, mely abból áll, hogy perinealis metszéssel a prostata alaposan meg lesz vizsgálva, azután külön e czélra

készített műszerrel a lebenyek galvano-caustikusan szétroncsolva. Tanácsolja, hogy palliativ beavatkozásokkal ne töltsünk időt, hanem törekedjünk a bajt radikalis módon rendbe hozni. E czélt szolgálja az ő methodusa is. *Wainwright*,[58] medián metszéssel először a praevesicalis űrt nyitja meg és ujjal a prostatát szabaddá teszi, azután a gátról (tehát a medián metszés alatt) a prostatát kipraeparálva, a felső sebnyilásból gyakorolt nyomás segélyével kihámozza. A végbél megsértésének daczára az eredmény kitünő volt. A fistula gyorsan gyógyult. Beteg napjában 3—4-szer vizel. Végül meg kell emlékeznünk *Riedel*-ről,[59] ki az élőből és a hullából kivett prostata közötti különbségre alapitja sebészi eljárását. A hulla prostatája kemény, az élőé puha és éles kanállal könnyen kiszedhető, ez nemcsak a mirigy-, de az izomszövetre is vonatkozik. Legueu szerint (Press. méd., 1900. 80. sz.) 333 operált betegnél 121 esetben a középső, 156 esetben a középső és oldalsó, 56 esetben csak az oldalsó lebenyek voltak megnagyobbodva. Ez a viszony Thompsonnak régebbi időből származó statistikája szerint még rosszabb. A Bottini-műtét tehát, mely valóban, de itt is sok korlátozás mellett, csak a középső lebenyre alkalmas, legtöbb esetben alkalmatlan és igy tartós siker lehetősége nélkül végezték. A prostata hypertrophia ellen irányuló műtétek főkelléke az, hogy veszélytelenek legyenek. A baj hosszadalmas ugyan, de az életet magát Riedel szerint nem veszélyezteti. A mostan gyakorolt direct műtéti eljárások pedig feltétlenül veszélyesek, ezért Riedel ivmetszéssel, a húgycső megnyitása nélkül, a könnyen hozzáférhető részeket a prostatából excochleálja úgyanúgy, mint azt *Rydygier*[60] ajánlotta.

A műtét a hólyagizomzat nehéz bántalmazottsága előtt, a húgynak nagyfokú bomlását megelőzőleg végzendő. Idealis az volna, ha magát a katheter alkalmazását is megelőzné. A prostata valószinűleg újra nő, de akkor a műtét, tekintve teljesen veszélytelen voltát, a mi nem malignus bajnál utóvégre is a fődolog, megismételhető. Azért ajánlható még relativ fiatal egyéneknek is. A sonda a kikanalazás előtt eltávolitandó, mert a húgycsövet emelve, az oldalsó lebenyeket is magával húzza.

Ezen néhány műtéti javaslatot csak a teljesség kedvéért és nem azért, mintha visszhangot vagy csak figyelmet is keltettek volna, említettük fel.

A prostatectomia mindkét főtypusának indicatioi azonosoknak mondhatók. A műtéti mód megválasztása legtöbb esetben nem az eset viszonyaiból következik, hanem a műtő szabad választásának képezi tárgyát.

Az indicatiókra nézve az összes szerzők nagyjában megegyeznek. A műtét javalt a katheterismus nehézségeinél (fájdalmak, haemorrhagiák), a hólyag fertőzöttségénél, contraindikált a felsőbb húgyutak fertőzött voltánál, javalt hólyagkőnél, a mirigy gyors nagyobbodásánál, mert ez a rosszindulatú újképlet gyanúját kelti. Tekintetbe jő továbbá Pousson szerint a beteg kora és társadalmi helyzete, nem jő tekintetbe a szerv nagysága, mert a kis prostata által előidézett kellemetlenségek aránylag nagyobbak, mint a nagyok által létrehozottak. Szerinte a felső hólyagmetszés csak sovány egyéneknél és a hólyagba emelkedő lebenyeknél vehető combinatioba. *Hartmann*[61] az indicatiókat még tágabbra veszi, szerinte a hólyag gyengesége, magas kor és pyelonephritis nem képeznek ellenjavalatot, sőt ez utóbbi a drainage folytán javul. Ezzel szemben *Delbet*[62] a perinealis prostatectomiát indikáltnak tartja mindazon esetekben, a melyekben a katheterismus és a hólyagmosások nem vezetnek czélhoz vagy nem vihetők rendszeresen keresztül, ha súlyos hólyaglob van jelen, vagy az általános állapot hanyatlásnak indul. A betegnek semmi esetre sem szabad nagyon legyengültnek lennie, a felső húgyutak pedig ne legyenek még nagyon fertőzöttek *Albarran*[63] föltétlenül tekintetbe veendőnek tartja első sorban a beteg erőbeli állapotát. A felsőbb húgyutak állapota döntő befolyású, jó eredményeit (66 eset közül 2 †) a minden esetben megejtett functionalis vesevizsgálatnak tudja be. Ezek szerint *kétoldali veseaffectio* ép oly szigorú ellenjavalatot képez, mint a súlyos pericystikus és periprostatikus folyamatok. Igy a lefolyás mindig láztalan volt, soha infectio létre nem jött.

Escat[64] szerint a műtét javalata a türelmesen végigalkalmazott palliativ módszerek sikertelensége esetén van megadva, ha a katheterismus lehetetlen, ha a beteg kora megengedi. Daczára annak, hogy még 85 éves egyéneken is sikerrel végeztek műtétet, a műtéttel kapcsolatosan mégis súlyos szenvedések voltak észlelhetők. Tekintetbe kell venni a narcosis veszélyeit és az elkerülhetlen jodoformnak esetleges mérgező hatását. Nagy prostata, tágult, nem érzékeny hólyaggal, jobb gyógyulási esélyt mutat, mint kis mirigy kevés maradék vizelettel, de izgatott hólyaggal. A prostata nagysága nem képez ellenjavalatot. A vesefunctiók minden esetben pontos vizsgálatnak vétessenek alá, az összes halálozások 34—35%-ában a vese bántalmazottságára vezethetők vissza. A beteg az esetleg bekövetkezendő impotentiára figyelmeztetendő, a Young által ajánlott műtéti eljárás ez irányú előnyeinek tartós értéke még megerősitésre szorul. A hol a beteg socialis állása a tartósan aseptikus katheterismust a priori kizárja, ott a műtét indicatioja is kibővül. Acut retentionál ne operáljunk, hosszabb idő óta fennálló, hólyagizgalommal járó retentionál is először a rendszeres katheterismus útján kisérelјük meg a gyógyitást. A hólyagot a műtétre igy mintegy előkészitjük. Aseptikus retentionál a műtét megegyezés tárgyát képezi. A műtét alkalmazásának legtágabb tere az idült, fertőzött retentio és ez esetben az operatiót sürgetik 1. a katheterismus nehéz volta, 2. fájdalmak (hólyagkő) 3. gyakori vizelési inger, 4. pyuria (a javulás sőt gyógyulás még súlyosan fertőzött hólyag mellett sines kizárva a perinealis drainage következtében), 5. lázak. Igen fontos javalatot képez a hólyagkő (különösen a phosphat kő), mivel a retroprostatikus tasak az újolagos kőképződést valószinűvé teszi. Rosszindulatú elfajulásnál az eredmények még nem mondhatók kielégitőknek, minél korábban történik a műtét, annál jobb eredmény várható.

Proust[65] szerint helytelen a hypertrophia különböző formáit egymással szembe állitani. A retentio oka hypertrophia általában, fontos a húgycső lefutási irányának változása, a mely a hólyagnyak magas állását és a hólyag „bas fond“ képzését hozza létre. A pars prostatikán átvezető út szűk lesz az anteroposterior átmérő megnagyobbodásának daczára. A „bas fond“ csak kielégitő drainage által desinficiálható. Tekintettel kell lennünk a prostatismus kifejlődéseinek fokára, a hólyag állapotára és a beteg általános erőbeli viszonyaira. A operatio ne ejtessék se túl korán, se nagyon későn meg. Legalkalmasabb a 2. korszak, a relativ insufficientia időszaka. Chronikus retentionál meg kell különböztetnünk a teljest a nem teljestől. Ez utóbbi kedvezőbb esélyeket nyujt, az előrement rendszeres katheterismus és igy a jobb hólyagviszonyok folytán. A prostata nagysága ép úgy, mint a kő jelenléte külön indicatiót nem alkot, czélszerű az előzetes esetleg perinealis lithotripsia. A beteg agg kora ellenjavalatot nem alkot, még inkább képeznek ilyent a beteg általános rossz zulléte, a vesék bántalmazottsága és a hólyagizomzat degeneratioja. Az operatio sikertelenségét ezen esetekben a hólyagizomzat állapota magyarázza meg. Azért még az ilyen esetben is sokszor észleltek gyógyulást. A vizelet gyorsan feltisztul, a közérzés rohamosan javul, a vérzések megszünnek és a katheterismus fájdalmas volta csökken. A műtét lehetővé teszi az esetleges hólyagkő eltávolitását, mind a mellett a kő újra képződése többször észleltetett. Recidivák teljesen kizárva ugyan nincsenek, de mindenesetre igen ritkák és többnyire rosszindulatú daganatoknál észleltettek. A legtöbb esetben úgy a localis, mint az általános állapot jelentékeny javulása állapitható meg. *Haberern*[66] szerint a Proust által felállitott „indicatiók keretébe szoritva a prostatectomia egy kitünő műtét, de az esetek többségében a katheterismus a jogosult“.

Proust szerint a transvesicalis műtét még nem tekinthető annyira kiképzettnek, mint a perinealis, a perinealis drainage hatásosabb, mint a symphysis feletti, a bőrseb ez ufóbbinál inkább van fertőzésnek kitéve, mint a jobban alagcsövezett perinealisnál. Ezzel szemben előnye, hogy majdnem kivétel nélkül fistula nélkül gyógyul. A nemi functiók teljes épségükben megmaradnak és mellékheregyuladás is sokkal ritkább. A gyógyulási hányad egyező mindkét műtéti alaknál, Freyer szerint a transvesicalisnál kedvezőbb, 97%-ban teljes siker. A legrosszabb gyógyulási esélyeket adó incomplet chronikus retentio eseteiben elért sikerek a felső hólyagmetszés javalatát emelik.

Verhoogen szerint a műtét megválasztásánál a mirigynek a hólyaghoz és végbélhez való viszonyára kell tekintettel lennünk. Ha a prostata a végbél felé van megnagyobbodva, úgy a perinealis utat válaszszuk, ellenkező esetben a transvesicalist.

Rovsing[67] nem fogadja el a prostatectomiára általában felállitott indicatiókat, a mely a betegek nagy részének korára és erőbeli állapotára való tekintetből sohasem lehet normál műtét. Tapasztalata szerint a perinealis prostatectomia ép úgy vezet mutilatiohoz, mint a castratio. Ő maga a cystotomiának marad híve, a mely a Poncet-félének olyan módosításából áll, hogy a hólyag kivarrása helyett a kis nyiláson át vékony kathetert állandósit.

Brusford Lewis[68] azt mondja, hogy az előtt, a ki objectiv itéletét megtartotta, kétségtelen, hogy egy műtét vagy gyógykezelési eljárás nem alkalmazható egyaránt minden esetre. Tekintettel kell lennünk a localis viszonyokra ép úgy, mint a beteg korára, erőbeli állapotára és esetleges complicatiókra. *A sebészet ezen terén a bölcs mérséklet igen fontos, a beavatkozások indicatioinak felállításakor teljes klinikai készültség mellett, specialis vizsgálati gyakorlottság szükséges.* Bizonyos alakjai a prostatának csak bizonyos gyógykezelés vagy műtét útján gyógyithatók, más műtét teljesen czéltalan, mert már a priori is eredménytelen. *Egy methodus sohasem illik minden formára.*

A prostata hypertrophia fokának, nagyságának, terjedelmének meghatározása csak endovesicalis (cystoskop), rectalis és endourethralis vizsgálat combinatiojából nyert adatok alapján lehetséges. Az absolut nagyság és a subjectiv panaszok (vizelési nehézség) között a közvetlen összefüggés sokszor nem található fel. A hólyag állapota, innervatioja olyan tényező, melyet a kórkép megalkotásánál és igy az indicatiók felállításánál teljesen figyelmen kivül hagyni nem szabad. A viszonyok élőben egészen mások, mint a hullában, az anatomiai praeparatumokból nyert deductiók nem alkalmazhatók simpliciter az élő organismus sok componensből alkotott és eredményezett functioira. Ezen természetesnek és magától értetődőnek látszó tételről sehol nem feledkeztek meg annyiszor, mint épen a prostata hypertrophia ellen irányuló beavatkozásoknál.

A legtöbb műtéttel járó decongestio, a műtétek utókezelése folyamán szükségessé vált állandó vagy rendszeres catheterismus, sokszor ideig-óráig tartó eredményeket mutatott olyan esetekben is, a melyeknél a további lefolyás e kedvező eredményekre ugyancsak ráczáfolt. Az eredményeknek elhamarkodott, sokszor a jóhiszeműség feltételezése mellett is könnyelmű értékelése, az igy nyert értékeknek statistikai lajstromzása, különösen az úgynevezett kisebb beavatkozásoknál (sexualis műtétek, Bottini) azt eredményezte, hogy mig a statistikák mindvégig a siker győzedelmes columnáit mutatták, addig a lelkesedéssel kidicsért műtétek mintegy hallgatag megegyezésre egyértelműleg elhagyattak. Mintha minden jövendő idők orvosi statistikáira

gondolt volna Talleyrand, midőn azt mondja: „La statistiqué est le mensonge en chiffre“.

Irodalom. 1. *Sinitzin:* Guerison de l'hyp. de la prost. par l'enlévement de deux testicules. Lyon méd. 1894. Ref. Ann. mal. gen.-urin. 1894. VII. — 2. *Ramm*: Hyp. prost. behandelt mit Castration. Ctblatt f. Chir. 1893. 759. l. és 1894. 387. l. — 3. *White J. W.:* A summary of the history etc. Med. news. Philad. 1894. és British medic. journal. London. 1894. — 4. *Bazy*: Soc. de Chirurgie. 1894. XX. — 5. *Escat*, 6. *Cally*, 7. *Gross:* Ref. Ctblatt f. Harn- u. Sexualorg. 1895., 1896. és 1897. évf. — 8. *Erving Mears:* Casp. Mber. 1897. és Ligat. of the sperm. cord etc. Ann. of surg. Phil. 1895. — 9. *Lauenstein*: Die subcutane Durchtrennung etc. Ctbl. f. Chir. 1896. XXIII. 145. l. — 10. *Bier:* Ctblatt f. Chir. 1893. és 1897. — 11. *Willy Meyer*: Ann. of surg. 1896. — 11. *Freudenberg A.*: Zur Bottini'schen Oper bei Prostatahypertrophie. Berl. klin. W. 1897. 45. és 46. sz., Ctblatt f. Harn- u. Sex.-Org. 1900., 1901., 1903. — 12. *Bottini*: Di una nuova caut. etc. Bologna. 1874., W. m. W. 1874. (első közlemények). — 13. *Débédat*: Electrolyse de la prost. hypertr. per rectum. Ref. Ctbl. f. H. u. Sex.-Org. 1901. 327. l. — 14. *Heber Robarts*: Am. journ. of derm. and gen.-urin. diseases. 1902. 5. füzet. — 15. *Goldmann:* Zur Behandlung der Prost. hyp. Beitr. zur Chir. XXXI. 1. f. — 16. *Casamayor*: Traité de l'hyp. de la prost. basé sur une concept. etiolog. nouvelle. Ann. gen.-urin. 1901. 10. sz. — 17. *Jaboulay:* Lyon méd. 1900. 39. f. és 1902. 27. f. — 18. *Delagenière:* De la prostatopexie subperineale au luxation etc. Ref. Ctblatt f. H. u. Sex.-Org. 1903. 50. l. — 19. *Dittel:* Prostatect. lat. W. kl. Woch. 1890. 18—19. sz. — 20. *Schede:* Prostatectomia lat. Münch. med. Woch. 1892. 13. lap. — 21. *Kocher:* Ctblatt f. Chir. 1893. — 22. *Socin:* Ibidem. — 23. *Goodfellow:* Perineal prostatectomy read bef. the Calif. med. soc. 1892. április. — 24. *Alexander:* Prostatectomy. Med. rec. 1899. Allg. med. Central-Zeit. 1898. 68. sz. — 25. *Belfield:* Posterior prostatocystostomy. Journ. am. ass. Chicago. 1894. Ref. Alexandernél. — 26. *Nicoll:* Ann. meeting of the britsh med. assoc. 1898. — 27. *Fuller*: Six succesful and successiv cas. of prost. Journ. of derm. and gen.-urin. dis. 1895. 239. lap. — 28. *Freyer P. J.*: A new ureth. etc. Brit. med. journ. 1900. márczius 24. — 29. *Zuckerkandl Otto*: Ein neues Verfahren, die Beckenorgane vom Mittelfleisch aus operativ blosszulegen. W. med. Presse. 1889. 17. és 19. sz. — 30. *Gosset A.* et *Proust R.*: De la prostatectomie périnéale. Ann. mal. org gen.-urin. 1900. 1. sz. — *R. Proust:* La prostatectomie et la position périnéale inversée. La presse méd. 1901. 87. füzet. — *R. Proust*: Manuel de la prost. ect. pér. pour hyp. Paris. C. Naud. 1902. — 29. *Delbet*: Ann. mal. gen.-urin. 1901., 1902. — 30. *Bazi*: Soc. de chir. 1903. julius 25. Ref. Ann. mal. gen.-urin. — 31. *Cautermann:* Notes sur 3 cas de prostatect. Ref. Ctbl. f. Chir. 1902. 52. füz. — 32. *G. Ruggi* (Modena): Prostatect. perin. subcapsulare. Bullet. d. scienze med. di Bologna. 1903. Ref. Centralbl. f. Chir. 1903. 697. — 33. *Bakó*: Orvosi Hetilap. 1903. és 5 Fälle von perin. Prostatectomie. Ctbl. f. Harn- u. Sex.-Org. 1904. 4. sz. — 34. *Senn:* The prop. perin. prostatect. incis. Journ. of the am. med. assoc. 1903. augusztus 15. Ref. Ctbl. f. Chir. 1903. 41. sz. — 36. *Albarran:* Guérison radicale de l'hyp. de la prost. Ann. d. mal. gen.-urin. 1901. 1357. l. és 1902. 1336. lap, azonkivül Jean Petit: Thèse de Paris. 1902. V. et VIII. session de l'association franc. d'urolog. Proces verbaux, memoires et discussion. Publ. sous la direct. de mons. le dr. Desnos. Paris. 1902. és 1904. — 37. *Verhoogen:* Ibidem. — 38. *Voelker:* Beh. der Prost. hyp. mit perin. Prostatect. Arch. f. klin. Chir. 71. k. 4. f. — 39. *Young H.*: Ueber die konservative perineale Prostatect. Monatshefte für Urol. 1904. LX. k. 5—6. f. — 40. *Unterberg Hugó:* A prostatatúltengés műtéti kezelése. Gyógyászat. 1905. 1. sz. — 41. *Fauchet V.*: VIII. session etc. és Voiselle. Thèse de Paris. 1904. — 42. *Mikulicz:* Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte Breslau 1904. 18—24. september. Ref. Münch. med. W. 1904. 39. sz. — 43. *Proust R.*: VIII. session de l'ass. franc. etc. — 44. *Mac Gill:* Die Prostatectomia suprapubica. Wiener mediz. Blätter. 1888., Brit. med. journ. 1887. stb. — 45. *Belfield:* l. c. — 46. *Burckhardt:* Die Verl. und Krank. d. Prostata. Stuttgart, 1902. — 47. *Fuller*: l. c. — 48. *Nicoll:* The treatment of chron. enlarg. stb. Brit. med. journ. 1898. október, november. — 49. *Freyer*: British med. journal. 1901. julius 20, 1902. február 1, 1903. julius 26. Lancet. 1904. julius 23. The practitioner. 1904. szeptember. — 50. *J. Bell*: Case of prostatectomy. Journal of cut. and gen.-urin. dis. 1901. 262 lap. — 51. *J. P. zum Busch* (London): Münch. med. Woch. 1904. 25. sz. — 52. *Unterberg:* l. c. — 53. *T. Cautermann*: Ann. de soc. méd. chir. d'Anvers. 1903. szeptember. — 54. *Parker Syms:* Ref. Ctbl. f. Chir. 1904. — 55. *Senn:* Ibidem. — 56. *E. Wyllys Andrews* (Chicago): Amer. med. assoc. journ. 1902. 16., ref. Monatshefte f. prakt. Derm. 1903. 484. — 57. *Charles H. Chetwood:* New-York med. journ. 1902. május 31. — 58. *Wainwright:* Contrib. to the subj. of perin. prostatect. Ann. of surgery. 1903. 5. Ctbl. f. Chir. 911. — 59. *Riedel:* Ueber die Excochleatio prostatae. D. m. Woch. 1903. 44. Ctbl. f. Chir. 1904. 229. l. — 60. *Rydygier:* Die intracapsuläre Prostataresection als normalverfahren bei Prostatahypertrophie. Ctbl. f. Chir. 1902. 41. — 61. *Hartmann*: Ann. gen.-urin. 1902. 1428. l. Organ. gen.-urin. de l'homme. 1904. és VIII. session soc. urol. — 62. *Delbet*: Prostatectomie périnéale. Ann. 1902. 1193. — 63. *Albarran*: Discussion VIII. session soc. urolog. — 64. *Escat:* Ibidem. — 65. *Proust*: Ibidem. — 66. *Haberern J. Pál*: A prostata hypertrophia operativ kezelésének újabb módszerei. Budapesti Orvosi Ujság. 5. szám. Közkórházi orvostársulat évkönyve. 1904. — 67. *Rorsing:* l. c. — 68. *Brausford Lewis:* Eine Discussion über die oper. Behandlung der Prostatahypertr. Deutsch v. Dr. M. Dreysel. Ctbl. f. Harn- und Sexualorgane. 14. k. 13 l.

Könyvismertetés.

W. Guttmann: Elektrizitätslehre für Mediziner. Leipzig. G. Thieme. 1904.

Tekintettel arra, hogy manapság a villamosság az orvosi alkalmazásban is mind jobban elterjed, s hogy ennek következtében czélszerű, ha minden orvos megismeri a villamosság legfőbb törvényeit és alkalmazásának módjait, örömmel kell üdvözölnünk Guttmannak, a berlini „Kaiser Wilhelm-Akademie“ tanárának jelen könyvét, melyben összefoglalja az említett akademián tartott előadásait.

Hogy a nagy physikai kézi könyveknek idevonatkozó passusai, részben mert nehezebben hozzáférhetők, részben mert nehezebben érthetők, nem elégítik ki a kivánalmakat, azt már az is bizonyitja, hogy az elektromosság egyes ágait, pl. a Röntgen-gyógymódot tárgyaló könyvek szükségből rendesen néhány általános tudnivaló ismertetésével kezdődnek. Ez szükségből ugyan elegendő, de a teljességre természetesen nem tarthat számot, s bizonyára nehézkes dolog volna, ha egy orvos több ilyen könyv bevezető részéből akarná mindazon ismereteket összegyüjteni, a mire neki e téren szüksége van. Épen a lehető teljességet akarja Guttmann 224 oldalra terjedő könyvében elérni, s e tekintetben talán túlságosan messzire is megy. Azt pl. elismerem, a mit a szerző előszavában indokol, hogy a villamos gépek, a transformatorok stb. tárgyalásának több helyet kellett szánnia, mint az első pillanatban szükségesnek látszik, minthogy pl. a különböző csatolási táblák mindjobban háttérbe szoritják az eddig alkalmazásban volt batteriákat és accumulátorokat, de viszont az Erg, Joule, Coulomb ismerete nélkül talán meglehetne a *practikus* orvos. Az azonban kétségtelen, hogy a könyv oly ügyesen van összeállitva, oly világosan van megirva, s oly gazdagon van illustrálva, hogy minden orvos teljesen kimeritő felvilágositást szerezhet belőle minden őt érdeklő idevágó kérdésről, annyival is inkább, minthogy a munka a legújabb kutatások eredményeit is felöleli.

M.

Uj könyvek. *Hofbauer:* Grundzüge einer Biologie der menschlichen Placenta mit besonderer Berücksichtigung der Fragen der fötalen Ernährung. Wien und Leipzig, W. Braumüller. — *Sturm:* Die strafbaren Unterlassungen, insbesondere die fahrlässigen Unterlassungen der Aerzte, Heilkünstler, gewerbsmässigen Gesundbeter und Kurpfuscher. Berlin, C. Heymann. — *Reissner*: Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Michaelis:* Die Bindungsgesetze von Toxin und Antitoxin. Berlin, Borntraeger. — *Jessen:* Lungenschwindsucht und Nervensystem. Jena, G. Fischer. — *Lignitz:* Zur Hygiene des Krieges. Berlin, Mittler und Sohn. — *Dubois*: Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. Bern, Schmid und Franke. — *Jaffé:* Stellt die Bottinische Operation einen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Urinretention bei Prostatikern dar? Jena, G. Fischer. — *Carnot:* Maladies microbiennes en général. Paris, J. B. Baillière. — *Guépin*: Traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate. Paris, F. Alcan.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A serum agglutináló képességének ingadozása a typhus lefolyásában képezte *Iversen* kiterjedt vizsgálatainak tárgyát. Azt találta, hogy az agglutináló képesség nagyfokú ingadozásokat mutat a typhus lefolyásában. Olyan esetekben, melyekben recidiva jelentkezett, az első betegség alatt gyakran hiányzott az agglutináló képesség, a recidiva alatt azonban fokozott mértékben jelentkezett. Typhus átállása után néha éveken át agglutinaló a serum, mig máskor már a reconvalescentia idejében eltünik az agglutináló képesség. Icterus, tuberculosis és diphtheria septica eseteiben a vérsavó néha rendkivül erősen (1 : 1500 arányban) agglutinálja a typhusbacillusokat. A betegség súlyossága és az agglutinatio foka és tartama között semmi összefüggés nem mutatható ki. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, 49. kötet, 1. f.)

Epefesteny kimutatására a vizeletben állitólag nagyon érzékeny, az általánosan használt Gmelin-féle próbánál sokkal érzékenyebb eljárást ajánl *Riegler*. Az eljárás tulajdonképen csak továbbfejlesztése a szerző által már négy év előtt ajánlott próbának, melynek lényege az volt, hogy epefesteny chloroform-oldata paradiazobenzen által élénkvörös színű lesz. Ez a kémszer azonban nagyon könnyen bomlik. Ezen tehát úgy segitett, hogy a reagenst két jól eltartható oldat összeöntésével mindig frissen készíti. Ez a két oldat a következő: 1. 5 gramm paranitroamidobenzen oldata 180 köbcentimeter párolt vízben + 25 köbcentimeter tiszta kénsav. 2. 2·5 gramm natrium nitricum oldata 200 köbcentimeter párolt vízben. A vizsgálat menete következő: kémcsőbe 4—5 köbcentimeter chloroformot öntünk és csaknem színültig vizeletet; erős felrázás és a chloroform leülepedése után a vizeletet az üledékről eltávolitjuk, a chloroformra ugyanannyi 96%-os alkoholt, majd a fenti reagensek mindegyikéből 5—6 cseppet öntünk és az egészet ismét összerázzuk. Epefesteny jelenléte esetén a leülepedő chloroform narancs- vagy vörösszinű lesz. (Revista farmaciei, 1904. 3. szám.)

Belgyógyászat.

A tüdővérzések kezeléséről tartott klinikai előadásában *Hochhaus* nem igen mond újat. Csupán két dolgot tartunk kiemelendőnek. Az egyik az, hogy az opium vagy morphium schematikus használatát vérköpés eseteiben elitéli; véleménye szerint csak akkor szabad ezeket a

szereket igénybe venni, ha állandó izgatott köhögés van jelen, a mely miatt a vérzés nem szünhet meg; mérsékelt köhögés még előnyös is, mert az erekből kijutott vér távozását a tüdőből elősegíti. A második dolog a gelatina subcutan alkalmazására vonatkozik. Az eljárás, melyet előadó nagyon dicsér, most már minden veszély nélkül vehető igénybe, a mennyiben a Merck-gyár 40 köbcentimeteres üvegtubusokban biztosan sterilizált állapotban hoz 10%-os gelatinát forgalomba. Használatkor a tubus egyik végét letörjük és az előzetes mérsékelt melegítés által folyékonynyá tett gelatinát egy megfelelő nagy fecskendőbe felsziva, vagy a mellkas mellső felszinén, vagy a czombok oldalán a bőr alá fecskendezzük. A befecskendezés okozta fájdalom csak kezdetben jelentékenyebb, jégtömlővel könnyen enyhíthető és csakhamar megszünik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 5. szám.)

A helyes evésről (euphagia), gyors evésről (tachyphagia és lassú evésről (bradyphagia) irt legutóbb rövid czikket *Einhorn*. Az euphagiáról és a tachyphagiáról elmondottak általánosan ismertek; kevésbé ismert azonban a bradyphagia, a mely oly módon származik, hogy az egészségi szempontból egyébként előnyös lassú evést némelyek túlságba viszik, minden falatot újból és újból megrágnak, nyelvükkel pontosan átvizsgálnak, vajjon a falat kellőkép fel van-e aprítva. Ennek következtében lassanként bizonyos félelem fejlődik ki, az étkezés kinná lesz, a betegek mind kevesebbet esznek, a falatok nem ritkán meg is akadnak, idült inanitio fejlődik ki s a betegek el is pusztulhatnak, ha idejekorán erélyesen nem lépünk közbe. Minthogy a bradyphagia aránylag ritkán fordul elő, szerző két esetét közli is, melyek röviden a következők. *I. eset.* 32 éves jogász, 5—6 év óta szenved emésztési zavarokban, nagyon lefogyott, három év óta már nem képes hivatásának élni; arról panaszkodik, hogy nem képes az ételeket lenyelni, és hogy hasa felső részében, különösen étkezés után, erős fájásai vannak; nagyon szigorú diaetát tart és rendkivül lassan eszik: egy pohár tej elfogyasztása ½ órát vesz igénybe. A diagnosist szerző neurastheniára, hyperchlorhydriára és bradyphagiára tette. A beteg utasittatik, hogy többet és gyorsabban egyék. 3 hét alatt testsúlya 11 fonttal növekedett, a mely gyarapodás utóbb még folytatódott; a beteg teljesen meggyógyult. *II. eset.* 35 éves nő három év óta szenved emésztési zavarokban; étkezés után fájdalmai vannak, folyton felböfög, székrekedésben szenved, álmatlan, nagyon elgyengült, úgy hogy már két éve nem képes a háztartást vezetni. Főleg híg táplálékkal él és ezt is nagyon lassan fogyasztja: fél tányér leves elfogyasztása 20 perczet vesz igénybe, egy csésze tejé pedig 25 perczet; e miatt nem étkezik együtt családjával. A diagnosis neurasthenia ventriculi és bradyphagia volt. Szerző egyszerű, de változatos diaetát ajánlott, továbbá gyorsabb evést, mire az állapot gyorsan javult és a beteg 2—3 hónap mulva teljesen gyógyultnak volt tekinthető. (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 8. kötet, 11. füzet.)

Vesebaj és angina. *Remouchamps* szerint közönséges angina nagyon sok esetében találhatni, néha tetemes mennyiségben, fehérjét a vizeletben. Ez a fehérje a legtöbb esetben gyorsan eltünik, néha azonban kiinduláspontját képezi valóságos idült nephritisnek. (Handelingen van het 7-de Vlaamsch Natuur en Geneeskundig Congress, Gent. Ref. München. mediz. Wochenschrift, 1905. 3. szám.)

Az aggkori gangraena kezelését illetőleg *Verhoogen* azon nézetének ad kifejezést, hogy már a legelső tünetek jelentkezésekor minden rendelkezésre álló módon iparkodni kell a vérkeringést a veszélyeztetett tagban megkönnyiteni. Salétromsavas natrium subcutan befecskendezését is ajánlja a véredények tágitása czéljából. A digitalist inkább ellenjavaltnak tartja, sokkal czélravezetőbbnek gondolja a coffein, és még inkább a theobromin használatát. Ha már beállott a gangraena, akkor az izgató antisepticumok kerülendők; legjobb a megbetegedett illetve elhaló részt kaliumhypermanganat-oldattal tisztogatni és langyos hydrogensuperoxydos kötést alkalmazni. (Journal médical de Bruxelles, 1904. 41. szám.)

Az intravenosus salicylkezelésről közöl újabban czikket *Mendel*, a melyben egyrészt ezen kezelésmód diagnostikai értékét fejtegeti, a mennyiben csak csúzos eredetű bajokra van hatása; másrészt pedig felhivja a figyelmet arra, hogy a befecskendezéshez használandó oldat (Natrium salicylicum 8·0, Coffeinum-natrio-salicylicum 2·0, Aqua destillata ad 50·0), a mely levegő és fény hatására könyen bomlik s ilyen állapotban kellemetlen tüneteket okozhat, újabban az egyszerre befecskendezendő mennyiséget (2 köbcentimeter) tartalmazó, beforrasztott barna üvegampullákban, teljesen steril állapotban kapható „*attritin*“ elnevezéssel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 4. szám.)

Intravenosus oxygeninfusio. Néhány évvel ezelőtt Gärtner állatkisérletek alapján oxygen intravenosus bevitelét hozta bizonyos kóresetek számára javaslatba. Noha az állatkisérleteket többen utánozták és a Gärtnerével egyező kedvező eredményre jutottak: a módszernek emberen való alkalmazását illetőleg eddig csak egy eset van az irodalomban feljegyezve, tudniillik Mariani esete, melyben az előrehaladt tüdőgümőkór által feltételezett nagyfokú nehézlégzés ellen jött alkalmazásba az oxygen intravenosus bevitele. Legújabban Gersuny osztályáról *Neudörfer* közöl egy idetartozó esetet. Az 56 éves betegnél nagyfokú nehézlégzés miatt — a boncolás súlyos genyes bronchitist, pneumonia lobularist és a tracheát a bifurcatioig comprimáló cystikus strumát derített ki — tracheotomiát végeztek. Másnap este hirtelen nagyfokú cyanosis állott be, a beteg eszméletét veszitette és noha a felső légutak átjárhatóknak bizonyultak, a légzés mind ritkábbá és kapkodóvá vált, a pulsus kicsiny, szapora, a felső végtagokon tonikus és clonikus görcsök. Az állapot teljesen a haldoklás képét nyujtotta. Ekkor határozta magát szerző az oxygeninfusiora; a Gärtner ajánlotta gazometerből 8 perczig folyatott a vena medianába oxygent. Körülbelül négy percz mulva a pulsus szabályosabbá és erősebbé lett, a cyanosis lassanként megszünt, a légzés szabályosabbá és erősebbé vált. A sziven hallgatózáskor valamennyi ostium felett fúvó zörejek voltak hallhatók; az állatkisérletben sokszor észlelt, távolról is hallható loccsanó zörejek nem jelentkeztek. Néhány perczczel az infusio után a beteg teljesen visszanyerte eszméletét. Éjjel hasonló jó eredménynyel ismételték az újból jelentkezett súlyos tünetek miatt az infusiót. Ez az észlelet is bizonyitja tehát az intravenosus oxygeninfusio ártalmatlan voltát, e mellett pedig azt is mutatja, hogy megfulás veszélye esetén a módszer életmentő lehet. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 4. szám.)

Hypogenetikus nephritis elnevezéssel *Babes* egy új fajta veselobot ir le, melynek hat esetét volt alkalma az utolsó három év alatt észlelni. A betegek fiatal, 30 éven aluli egyének voltak, a kiknél, a nélkül, hogy a vesék megbetegedésére utaló tünetek mentek volna előre, valami jelentéktelenebb betegség — bronchitis, influenza — kapcsán heveny uraemia tünetei jelentkeztek, comába estek és 1—3 nap alatt elpusztultak. Ezen rövid betegség alatt a vizelet bő, halvány, kissé zavaros, sok fehérjét és hengert, részben hámhengert tartalmaz, hugyany, urat, phosphat, chlorür tartalma alacsony; a szív, főleg a bal gyomrocs túltengett, a pulsus feszes, hasmenés van jelen, gyakran vérzések mutatkoznak (orrvérzés, vérköpés, purpura) nagyfokú anaemia, néha csekély anasarca kiséretében. Boncolláskor a vesék veleszületett fejlődési visszamaradásának jelei találhatók: a vesék a rendesnél lejebb feküsznek, nem egyenlő nagyságúak, általában nagyon kicsinyek — két esetben az egyik vese teljesen hiányos fejlettségű volt, 2—3 centimeter átmérőjű hártyás zsákot képezett —, kifejezetten lebenyesek; a veseüterek és az ureterek szűkek: a vesék lágyabbak, felületükön néha kis behúzódások vagy cysták láthatók; a kéregállomány egyenlőtlenül keskenyedett, homogen, a glomerulusok nem tünnek fel benne, halványszürkés vagy rózsaszinű; a pyramisok nagyon kicsinyek, szinük nem tér el feltünően a kéregállomány szinétől, közöttük láthatók a szűkült, részben obliterált üterek; a vesekelyhek és a vesemedencze tágultak, nyákhártyájuk vékony, halvány; egyébként még az általános anaemia és a vérzések mellett heveny agyhártyavizenyő, bronchitis, hypostasisok, néha heveny tüdővizenyő, a bal szivgyomrocs tetemes hypertrophiája, gastritis és enteritis catarrhalis képezik a boncleletet. Egy esetben jobboldali kryptorchismus, a másikban pedig a méh és az ovariumok infantilis állapota volt jelen. A vesék mikroskopi vizsgálata, melynek részletezésére nem terjeszkedhetünk ki, világosan mutatta, hogy nem arteriosclerotikus elváltozásokkal állunk ezekben az esetekben szemben, hanem a vesék egy sajátszerű, hiányos fejlődésen alapuló, hypogenetikus állapotával, illetve az ilyen hypogenetikus vesékben fejlődött kóros folyamatokkal. A fentebb vázolt kórkép tehát oly módon áll elő, hogy az illető egyének veséi a sufficientia határán állanak, s ha valamely különben jelentéktelen betegség folytán a szivre vagy a vesékre több munka háramlik, degenerativ vagy lobos folyamatok keletkeznek bennük, a melyek következtében azonnal teljes veseinsufficientia áll elő végzetes következményeivel. (La semaine médicale, 1905. 6. szám.)

A diabetes mellitus prognosisáról irott czikkében vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze *Hirschfeld*: Az eddig a könnyű diabetes-esetek közzé sorozott esetek egy része, a melyekben 100 gramm szénhydrat bevitele után még 20—25 gramm czukor választatik ki, a középsúlyos esetek közzé sorolandó. A középsúlyos esetekben nagyon gyakori a nephritis (69 eset közül 21-ben volt kimutatható); főleg azon diabeteseseknél fejlődik nephritis, kik 40—55 évesek és a kiknél nagyon bőséges a vizelet; elősegiti még a nephritis fejlődését az elhizás és az alkohol mértéktelen élvezete. A középsúlyos esetekben az arteriosclerosis és a szivgyengeség fejlődésének veszélye is nagyobb. Különösen fiatal egyéneknél és bőséges szénhydrattáplálkozás mellett fenyeget a diabetes-folyamat rosszabbodása, a súlyos alakba való átmenet és végül a coma diabeticum. A középsúlyos esetekben a halálokok között ritkán szerepelnek intercurrens betegségek, mig a csakugyan könnyű esetekben, melyekben 100 gramm szénhydrat bevitele után 10 grammnál kevesebb czukor választatik ki, alig rövidül meg az élettartam és a halálokok között nagy számmal szerepelnek az intercurrens, a diabetessel összefüggésben nem álló betegségek. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 5. szám.)

Venereás bántalmak.

Tertiaer syphilis folyamán fellépő lázas állapot esetét ismerteti *Kayser* (Batavia). Érdekes közleményét azon kezdi, hogy tropikus országokban aránylag gyakoriak olyan lázas esetek, melyekben a legpontosabb vizsgálat sem derit ki positiv adatot, s a melyek saját tapasztalata szerint jodkáli adagolására kitünően gyógyulnak. Egyik ilyen esetét különösen jól észlelhette s azért azt részletesen közli. 46 éves magas rangú hivatalnok, ki huzamosan tartózkodott a tropusokban s ezelőtt állandóan jó egészségnek örvendett, hónapok óta lázban szenvedett, a mihez izületbeli fájdalmak járultak. Orvosai semmi okot nem tudtak kimutatni. Vizelet zavaros, sok bakteriumot s kevés genyet tartalmaz; benne vesealakelemek nem találhatók. A vizelet kellő kezelésre csakhamar feltisztult, de a lázak nem szüntek meg. Tüdők, hasüri szervek épek. Syphilises infectio 21 évvel ezelőtt! Szerző ekkor jodkálit adott — főleg régi tapasztalatára gondolva — és pedig feltünő sikerrel. A siker oly kiváló volt, hogy a beteg csakhamar Európába utazhatott. Europai tartózkodása két évig tartott s ezalatt állandóan láztalan volt, kitünően

érezte magát. Visszatérve gonorrhoeája volt, mely azonban hamar meggyógyult. Ekkor régi lázai ismét elővették (37—37·8°). A subfebrilis állapothoz általános gyengeség és fájdalmak csatlakoztak, melyek a lábszárakban (főleg a jobb) s a jobb lágyéktájékban székeltek. A beteg jodkálit most már nem akart venni, mert baját nem szerette régi syphilisére visszavezettetni, hanem klimát változtatott, chinint s egyéb hasonló szereket szedett, de lázai valamint fájdalmai nem multak. Végre újabb jodadagolás (napi 1·5 gm.) s az eredmény ez alkalommal is meglepő volt; a beteg teljesen helyre állott, lázai egy csapásra megszüntek. A jod kihagyása után az állapot még egyszer ismétlődött (37—38·4°) s a jód ez alkalommal is fényesen bevált. A jod tehát három izben bevált akkor, mikor más, főleg lázellenes szerek teljesen hatástalanok voltak. Szerző mindezek után a lázat egyedül a syphilisben keresi, a fájdalmakat pedig általános jellegűeknek s a syphilis toxinja által előidézetteknek tartja. Véleménye szerint valószínű, hogy valamelyik rejtett belső szervben syphilises elváltozás volt, melynek azonban jellemzőbb tünetei nyilvánulásra nem jutottak. A tartós láz képezte tehát a még fennálló tertiaer luesnek egyedüli tünetét. Helyén való tehát, hogy ott, hol régi syphilis forog fenn és kimutatható ok nélkül állandó lázak jelentkeznek, a jodkálihoz forduljunk. (La syphilis, III. kötet, 1. füzet. 1905.)

Guszman dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Nephritis kezelése disznóvesével. *Page* és *Dardelin* veselob 18 esetét kezelték disnóvese maceratiojával. Az esetek közül 16-ban az albuminuria teljesen megszünt, 1 esetben felényire csökkent és 1 esetben a kezelés félbeszakadt. Az esetek nagyon különbözőek voltak; voltak közöttük nagyon makacsok és előrehaladt arteriosclerotikusok is. A maceratio naponként frissen készitendő és átlag 10 napig használandó; ezen idő alatt a beteg tejdiaetán él. (Presse médicale, 1904. 102. szám.)

Kis gyermekek capillaris bronchitise ellen *Heubner* tanár (Berlin) mustárvizes begöngyöléseket ajánl. Körülbelül ½ kiló friss mustárlisztet 1½ liter meleg (körülbelül 40° C.) vizzel addig keverünk, a mig a felszálló illó olaj a szemeket és az orrot izgatni kezdi. Ebbe a mustárvízbe beáztatunk egy nagy vászonruhát, jól kifacsarjuk, egy megfelelő nagyságú gyapjútakaróra kiteritjük és a meztelen kis beteget ráfektetve, nyakától végig gyorsan egészen begöngyöljük. A erőbeli állapothoz és a beálló reactiohoz képest 10—15 perczig marad a beteg igy begöngyölve. Utána a bőrre tapadt mustárrészecskék eltávolitása czéljából meleg fürdőbe teszszük vagy meleg vizzel jól lemossuk a sikerült reactio esetén rákvörössé vált gyermeket és langyos vizes begöngyölitésben hagyjuk 1—2 óráig, a mely idő alatt a beálló melegpangás miatt természetesen gondos felügyelet alatt kell tartani. Ezt meleg fürdő, esetleg hideg leöntés követi. Az egész procedura 24 óránként megismétlendő. (Therapie der Gegenwart, 1905. 1. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 11. szám. *Ferenczi Sándor:* A neurastheniáról. *Gerő Sándor:* A korlátolt beszámithatóságról. *Temesváry Rezső:* Az abortusról.

Budapesti orvosi ujság. 1905. 10. szám. *Ónodi Adolf*: A Highmor-üreg megnyitása az alsó orrjáratban empyemáknál. *Sümegi József*: Szivbetegek kezelése szénsavas fürdőkkel és néhány szó a gyógyhelyek indicatiojáról. *Kálmán Mór*: A gelatina vérzéscsillapitó hatásáról. *Adler Zoltán:* Bélátfúródás esete typhusfekély kapcsán. *Königsberger Lea:* Az 1904. évben kezelt skarlát-eseteinkről.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 10. szám. *Weichselbaum* és *Bartel:* A gümőkór latenssége. *Wagner v. Jauregg:* A terhesség megszakitásának psychiatriai és neurologai javalatai. *Haberda*: A mesterséges elvetélés jogosultsága. *Gross*: A terhesség mesterséges megszakitása neurosis vagy psychosis esetében. *Ruff:* Coma diabeticum operativ beavatkozás után.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 11. szám. *Fein:* Mellüreg-genyedések. *Kornfeld:* Az urosepsis tünettana. *Haskovec:* A vérnyomás némely ideg- és elmebajban. *Kos:* Mindkét látóideg lobja.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 11. szám. *Orth:* A rák morphologiája és a parasita-elmélet. *Kentzler*: A vér complement-tartalma tüdőgümőkór különböző alakjaiban. *Hirschfeld*: A peroneus-paresis egy eddig le nem irt kisérő jelensége. *Groedel*: A konyhasós fürdők physiologiai hatása. *De Renzi*: A szivbajok modern kezelése. *Karewski*: Diabetes és sebészi beavatkozások. *Ruhemann*: A legutóbbi tél járványos hurutos láza és a napfény között mutatkozó összefüggés. *Stoeckel*: A méhnyakcsatorna gyors tágitása.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 10. szám. *Binswanger*: Az elmebajok kezelésének alapelvei. *Barth:* A genyes perforatiós peritonitis kezelése. *Dirk:* A scopolamin-morphium-narcosis. *Kaiserling*: A panendophon használata a szervek határainak megállapitására. *Goldscheider:* Szivpercussio. *Brüning*: A Koplik-féle foltok jelentősége a kanyaró differential-diagnosisában.

Centralblatt für Chirurgie, 1905. 5. szám. *Landau*: A medialis lágyéksérvkapu és az egyenes hasizom. 6. szám. *Harms:* Gritti-féle amputatio. *Wodarz*: Módositás activ mozgáskészülékeken.

Neurologisches Centralblatt, 1905. 3. szám. *Saenger:* A pangási papilla pathogenesise. *Hudovernig* és *Guszman*: A tertiaer syphilis viszonya a tabeshez és a paralysis progressivához.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905. február. *Weifenbach:* Neuronal használata elmebajokban.

Le progrès médical, 1905. 10. szám. *Picqué*: A castratio és a here-prothesis. *Mortier:* A prostata-túltengés késő manifestatioi.

La semaine médicale, 1905. 10. szám. *Cristiani:* A myxoedema gyógyitása thyreoidea átültetéssel. *Estor:* Provisorius és praeventiv vérzéscsillapitás scapulo-humeralis és coxo-femoralis desarticulatio eseteiben.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 8. kötet, 12. füzet. *Zangger*: Az appendicitis kora kezelése. *Winkler*: Tapasztalatok iszapfürdőkkel. *Esch*: A meghülés kérdése. *Jürgensen:* A diaetás therapiára való nevelése az orvosnak.

Therapie der Gegenwart, 1905. 3. füzet. *Quenstedt:* A salicylkészitmények hatása a vesékre. *Grünbaum*: A pangásos vérbőség technikája. *Haas*: Eumydrin használata gyomor- és bélbajokban. *Alexander*: Vioform használata pemphigus eseteiben. *Kornfeld*: A gonorrhoea kezelése. *Fischer:* Kizárt sérvek repositiojának technikája. *Fritschler*: A digalen adagolása.

Archives générales de médecine, 1905. 5. szám. *Bard*: „Orientation auditive angulaire". *Bensaude* és *Rivet*: A purpura haemorrhagica idült alakjai. *Guillaume-Louis:* A quadriceps inának rupturája. *Brelet:* A bélgümőkór klinikai alakjai. 6. szám. *Rovere:* Praecipitinek jelenléte diphtheriaellenes serum használata után. *Rudaux:* Látszólag halva született gyermekek fölélesztése.

Bulletin général de thérapeutique, 149. kötet. 4. füzet. *Cabanès:* Orvostörténeti adatok. *Gallois, Flourens* és *Walter:* Csecsemőkori dyspepsiák kezelése oxygenes vizzel. *Bouloumié:* Enteritis mucomembranacea.

The lancet, 1905. I. 9. szám. *M. Stephen Mayou:* A lob okozta elváltozások a conjunctiván. *L. S. Dudgeon* és *Percy W. G. Sargent:* A peritonitis bakteriologiai szempontból. *C. R. B. Keetley:* Plastikai sebészet. *T. H. Openshaw*: Tibia-elgörbülések kezelése manualis osteoclasissal. *C. W. Mansell Moullin:* A fájdalom oka gyomorfekély eseteiben és ennek jelentősége a gastrojejunostomia szempontjából. *E. Stanmore Bishop*: Ismétlődő ovarialis papilloma. *J. Howson Ray:* A flexura sigmoidea heveny intussusceptioja. *L. C. Panting:* Koponyatörés esete. *F. H. Hawkins*: Pneumococcus okozta peritonitis. *A. Webb Jones:* Hascontusio okozta bélrepedésnek műtét után gyógyult esete.

British medical journal, 1905. február 25. *W. Hale White*: Izületek multiplex megbetegedése fiatal gyermekben. *E. J. Mc Weeney* és *D. J. Farnay:* Heveny lymphaemia gyermekben. *Th. Mc Crae:* Heveny lymphatikus leukaemia öt esete. *W. D. Donnan:* Heveny lymphatikus leukaemia esete. *C. Price Jones:* Csontvelő mikroskopi vizsgálata. *E. Turton:* Klinikai módszer a fehérvérsejtek megszámlálására. *J. Hope Reford*: Ovariotomia gyermeknél. *J. Vaillant:* Eredményes herniotomia 86 éves korban. *J. E. Bloomfield*: A parotitis epidemica incubatioja. *J. Paton:* Bélátfúródás 7 éves gyermekben; műtét 23 óra mulva; pneumonia fejlődése; gyógyulás.

The practitioner, 1905. február. *W. Broadbent:* Interlobaris empyema. *F. Owen*: Mozgó porczdarab a térdizületben. *J. J. Galbraith*: A nyers hús befolyása a nitrogen metabolismusra tüdőgümőkórban. *T. Carwardine*: A bélelzáródás sebészeti kezelése. *Purves Stewart*: A nyaki sympathicus némely megbetegedése. *P. Mathews*: Empyema esete leptothrix-lelettel. *Harvey Hilliard:* Aethylchlorid mint anaestheticum a mindennapi gyakorlatban. *J. Orr*: Az izületi csúz kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. márczius 11.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 10. hetében (1905. márczius 5-től márczius 11.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 498 gyermek, elhalt 318 egyén, a születések tehát 210-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 27·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·1, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 16, meningitis tuberculosa 14, apoplexia cerebri 9, convulsiones 10, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 3, alii m. syst. nerv. 6, morbi org. cordi. 12, morbi myocardii 5, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 9, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 5, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 5, pneumonia 31, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 71, emphysema pulm. 5, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 5, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 0, peritonitis 7, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 7, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 3, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 2, debil. congenita 16, paedatrophia 1, marasmus senilis 17, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 4, scarlatina 2, pertussis 2, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0,

lues congenita 0, erysipelas 2, pyaema, sepsis 3, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 4, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3704 beteg, szaporodás 1004, csökkenés 844, maradt e hét végén 3729 beteg. *b*) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 177 (170), vörheny 76 (55), álh. gége- és roncsoló toroklob 34 (33), hökhurut 7 (16), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 1 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 32 (26), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 5 (1), trachoma 7 (13), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ **Konrád Jenő** dr., a nagyszebeni tébolyda igazgatója a budapesti lipótmezei tébolyda igazgatójává neveztetett ki.

ⓘ **Ifj. Genersich Antal** dr.-t Csongrádmegye főispánja a hódmezővásárhelyi közkórház főorvosává nevezte ki.

Blaskovics László dr.-nak a budapesti tudomány-egyetem orvostudományi karán a szemészeti műtéttanból magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyóan tudomásul vette és őt e minőségében megerősitette.

— **A budapesti orvosi kör országos segély-egyletének** javára alapitványt tettek: Bäcker József dr. egyet. m. tanár 200, Genersich Antal dr. egyet. m. tanár 80, Kosztka József dr. (Kassa) 100, Elek Károly dr. (Szirák) 100 koronát; Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár 100, Egger Leó dr. és társa 50, Tauszk Ferencz dr. egyet. m. tanár 20, Lederer Ignácz, Szűsz István, Budai Emil, Kerpel Vilmos 10—10 koronával emelték alapítványaikat. Budapesten, 1905. márczius 14-dikén. Katona József dr. pénztáros. IX., Soroksári-út 74.

+ **Gyermekgondozónői szaktanfolyam.** A temesvári „Fehér-Kereszt" gyermekvédő-egyesület által hivatásos gyermekgondozónők kiképzésére rendezett 6 havi cursus folyó hó 16-dikán tartotta záróvizsgáját. A tanfolyam hallgatónői intelligens, négy polgári osztálynak megfelelő előképzettséggel biró, jó családok leányai. Theoretice és praktice nyernek kiképzést az összes szakbavágó dolgokról. A cursus időtartama alatt a temesvári állami gyermekmenhelyben és a gyermekpoliklinika egyes osztályain teljesitettek szolgálatot. A záróvizsga után a „Feher-Kereszt" gyermekgondozónők országos szövetségének alakuló közgyülése tartatik meg. Ezen szövetség hivatva van az okleveles gyermekgondozónők erkölcsi és anyagi érdekeit támogatni, állásnélküliség esetén állást szerezni, betegség esetében pedig otthont nyujtani a gyermekgondozónőknek. A most befejezett tanfolyam az első az egész országban. A hallgatónők, törzsgyökeres magyar családok leányai, már mindannyian kitünő állást nyertek. Jelentkezéseket a legközelebb tartandó tanfolyamba való felvételre már most elfogadnak.

∓ **Az ambidexteritásról orvosi szempontból** értekezett *Sir James Sawyer* a londoni statistikai társulat márczius 2-dikán tartott ülésén. Kifejtette, hogy az ember eredetileg ambidexter volt és csak külső körülmények miatt kezdte később az egyik felső végtagját előnyben részesiteni, még pedig a jobbat azért, mert belátta, hogy a küzdelemben, melyet állatok és sokszor embertársai ellen is úgyszólván állandóan folytatni volt kénytelen, kedvezőbb, ha szive lehetőleg távol esik ellenfelétől. Abból azonban, hogy az egyik felső végtagunkat részint az öröklésből kifolyólag, részint megszokásból előnyben részesitjük, még nem következik az, hogy a másikat teljesen elhanyagoljuk; sok tekintetben előnyös volna, ha ambidexterekké válnánk, a mi különben kellő gyakorlással elég könnyen elérhető. Idézi Brown-Séquard-ot: Agyunkban és gerinczvelőnkben nagyon sok olyan motorius elem van, a melyek neveléséről teljesen megfeledkezünk; ilyenek azok az elemek, a melyek a bal kéz mozgásait szolgálják. Az apák és anyák gyermekeik bal kezének fejlesztésére talán nagyobb gondot forditanának, ha hinnének abban, a miben én hiszek, hogy tudniillik az agy és a gerinczvelő állapota javulna, ha motorius és sensorius elemei egész összességükben gyakoroltatnának."

∞ **A „Docenten-Verein für Ferien-Kurse"** Berlinben márczius 3-dikán ünnepelte fennállásának 25. évfordulóját. Az 1880-ban alakult egylet által rendezett cursusok száma az első évben 404 volt, 160 résztvevővel és 31 előadóval. A cursusok száma tetőfokát (2326) 1901-ben érte el, a résztvevők száma 1900-ban volt legnagyobb (981), az előadóké pedig 1903-ban (180).

∞ **A budapesti orvosi casino** kétszáz koronás pályadijat tüzött ki a következő kérdés megoldására: Tanulmányozandó, hogy az orvosok társadalmi, erkölcsi és anyagi helyzetére milyen befolyással vannak az orvosi rend szervezkedésének különböző alakjai nálunk és külföldön. A pályamunkák szeptember 30-dikáig küldendők be a casino titkári hivatalához (VI., Teréz-körút 24/b.).

— **A franczia ideg- és elmeorvosok 15. congressusa** augusztus 1-jétől 7-dikéig tartatik meg Rennesben. Napirendre a következő kérdéseket tüzték ki: 1. A hypochondria. 2. A felszálló neuritisek. 3. Elmebajok balneo- és hydrotherapiája.

+ **Kisebb külföldi hirek.** A Collège de France élettan-tanárává az elhunyt Marey helyébe *François Franck* neveztetett ki. — A párisi egyetemen Reclus helyébe *Segond* neveztetett ki a sebészeti műtéttan tanárává. — A kölni orvosi akadémián *Minkowski* utódja Mering helyett, a ki a meghivást nem fogadta el, *Matthes* jenai tanár lesz. Ugyanott *Borst* tanár helyére, a kit Göttingenbe neveztek ki kórboncztantanárnak, *Kauffmann* baseli tanárt hivták meg.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** február hóban 529 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 435 beteget szállitott, mint mozgó őrség 63 esetben, vaklárma esetében pedig egyszer vonult ki. A február havi működési főösszeg tehát 1056. Az egyesületet fennállása óta 176,339 esetben vették igénybe.

† **Elhunyt:** *Lakner Árpád* dr. királyi tanácsos, Eperjes város főorvosa márczius 14-dikén 53 éves korában hirtelen meghalt.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Pegnin" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink becses figyelmét ezennel felhivjuk.

Sok tekintetben felülmulja a külföldi hasonló készitményeket a **„Nervinol Barabás"** idegerősitő gyógyszer-különlegesség, mely rendkivül megnyugtató és általános erősitő hatásánál fogva már idáig is széles orvosi körökben kellő méltánylásban részesült. A **„Nervinol Barabás"** nevű mellékletre és hirdetésre felhivjuk olvasó közönségünk szives figyelmét.

Sectióknál kitünő szolgálatot tesz a lysoform. mert minden szagot azonnal megszüntet. A lysoform nemcsak feltétlenül megbizható antisepticum, hanem kitüdő desodorans is, ezért terjedt el oly gyorsan az egész világon.

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

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

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

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

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelése, V., Fürdő-utcza 8. Gyógyitás tárgyát képezik: **Női arczszőrök.** — Szeplők. — Comedó. Acne. Rosacea. — Anyajegyek. (Tűzfoltok.) — Szemölcsök. — Arczráncok. — Az arcz- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegek (a bőr heges bemélyedései). — **Tisztátalan teint** (bőrhámlasztás). — **Hajhullás.** — **Hajfestés** (keleti hajfestékkel). Hajbetegségek stb.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Dr. Widder Bertalan operateur **testegyenesítő** (orthopädia) intézete **csont- és izületi** (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet Budapest, VIII., Muzeum-körút 2, I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. Orvosi felügyelet. Prospektus. Telefon 54—20. Igazgató orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes tudományos ülés 1905. márczius 11-dikén.) 206. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Rendkivüli ülés 1904. évi november hó 21-dikén.) 207. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi november hó 24-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülés.) 209. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1905. márczius 11-dikén.)

Elnök: **Stern Samú**; jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Pólya, Flesch és Schossberger kartársakat.

Szomorú kötelességet teljesit, midőn *Pétzy-Popovics Uros* tagtárs halálát bejelenti. 1901 óta volt tagja egyesületünknek. Szép reményekre jogositó pályája kezdetén ragadta el a halál. Emléke a jegyzőkönyvben megörökittetik.

11 hónapos gyermeken vesetumor miatt végzett vesekiirtás esete.

Winternitz M. Arnold: A gyermekkor első négy életévében typikus kórkép gyanánt észlelhetők vesedaganatok, melyekre klinikai szempontból jellemző, hogy az esetek 75%-ában véres vizelés nélkül lépnek fel és érnek el tetemes nagyságot. Ezen daganatok kórboncztani és szövettani tekintetben is typikus daganatfajtát képviselnek, melyről Birsch-Hirschfeld és Wilms vizsgálatai alapján kiderült, hogy a kora ébrényi időszakba visszanyuló mesodermális lefüződésekre vezetendők vissza. Ezen vizsgálók szerint ezen álképleteket „embryonális adenosarcomák"-nak kell tartanunk. Bemutató esete is ezen csoportba tartozik. A 11 hónapos gyermeket anyja azon panaszszal hozta a Stefánia-gyermekkórházba, hogy két nap óta a gyermek hasában daganatot vesz észre. Az egész jobb hasfelet a bordaivtől a köldökig és le a Pouparti-szalagig egy sima felületű tömött képlet töltötte ki, mely az ágyéktájra jól átballottált. A képlet előtt futott le a felhágó vastagbél. Vizelet teljesen tiszta. Vérvizelés soha nem volt. A tumor enormis nagyságára való tekintettel, továbbá, hogy lehetőleg minden nagyobb vérvesztést elkerüljön, bemutató a lumbális út helyett a transperitoneális műtétmódot választotta. Ennek előnye az, hogy a műtét első szakasza gyanánt azonnal a véredények lekötését lehet végezni, a műtét további menete pedig teljesen vértelenül történhetik. Hogy a képlethez, különösen pedig a vese-hylushoz jól hozzáférhessen, egy hatalmas harántmetszést használt, mely a köldöktől hátra a m. quadratus lumborumig jutott. A veseedények lekötése után a képlet kigörditése igen könnyen minden vérvesztés nélkül ment végbe. Sebgyógyulás zavartalan volt. Nagy daganatoknál ajánlja a transperitoneális módot.

Radiummal kezelt epithelioma. Esztendős gyógyulás.

Justus Jakab: 73 éves asszony, kinek 5—6 év óta volt félkörömnél nagyobbra nőtt epitheliomája a bal orrszárnyon. Jelentkezésekor bemutatónak saját tapasztalása a radiumos kezelést illetőleg még kevés volt, tehát hetenként 1—2 alkalommal csak néhány percre tette ki a kis tumort a radium behatásának, hogy esetleges hevesebb reactiót elkerüljön. E reátevések alatt a kis tumor folytonosan csökkent, fogyott, mig végre a bőr szinére lapult. A 12. besugárzás után abbahagyta a kúrát és az azóta elmult év alatt recidivának semmiféle jele nem mutatkozott.

Epekő-perforatio okozta diffus peritonitis műtét útján gyógyult esete.

Pólya Jenő: M. J.-né, 50 éves, ügynök neje, Budapesten. Öt év előtt (1900-ban) hirtelen heves gyomorgörcsei támadtak, melyek a hátra is kisugároztak, heves hányingerrel jártak és sárgaság által lőnek követve. Ezen állapot 14 napig tartott, mikorra a sárgaság is elmult. Ezután három évig teljesen jól érezte magát; 1903-ban hasonló fájdalmai voltak, de kisebb fokban; 1904 nyarán pedig állitólag vakbélgyuladást állott ki. Ezen idő óta teljesen egészségesnek érezte magát egész folyó évi január 7-dikéig, midőn éjjel hirtelen rosszul lett, hasában borzasztó fájdalmak léptek fel, melyek az egész hasra kiterjedtek, de főképen jobboldalt székeltek. Ezen idő óta folyton hányt, gyakran csuklik, lázas, széke csak beöntésre van, de szelek nem mennek és hasa erősen puffadt. Állapota folyton súlyosbodott s e miatt szállittatott január 12-dikén *Hirschler* tanár szt. István-kórházi osztályára, honnan műtét czéljából azonnal *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályára helyeztetett át a következő állapotban:

Szemelláthatóan megfogyott nő, igen elesett; homlok hideg veritékkel fedett, nyelv deszkaszerűen erősen bevont. Bőr halavány, sárga.

A has erősen puffadt, tapintásnál a hasfalak megfeszülnek, s a has mindenütt érzékeny; legfeltünőbb azonban az érzékenység az ileocoecális tájon és a jobb bordaív alatt; ugyanitt mindkét helyen elmosódott határú resistentia érezhető s az ileocoecális tájon tompulat is mutatható ki. Vaginális, rectális vizsgálat negativ.

A beteg sensoriuma kissé zavart. P. 140, kicsi, könnyen elnyomható, folyton hány, csuklik. Hőmérsék 37·6°.

Ezen tünetek alapján a diagnosist diffus peritonitisre kellett tennünk, melynek oka gyanánt első sorban epityphlitist kellett felvennünk, mivel a legnagyobb érzékenység mégis a vakbél táján volt s a beteg anamnesise szerint már egy izben keresztülment vakbélgyuladáson. Az epekőre való anamnesis s a jobb bordaiv táján érezhető resistentia és érzékenység epekő-perforatiora is engedett gondolni. A fennálló csekély icterus is támogatta e nézetet. Mivel a vakbéltájon levő physikális jelenségek ott jelenlevő exsudatumra biztosan engedtek következtetni, czélszerűbbnek látszott első sorban itt behatolni s azért, midőn rögtön behozatala után a beteget Herczel tanár szives megbizásából megoperálta (felületes aetherbódités), első sorban az ileocoecális tájon nyitotta meg a hasüreget, ferde metszéssel menve át a bőrön s tompán az izomzat között. A hasüregből bőven ömlik genyes-nyákos epe, és pedig szabadon a belövelt fibrinosus lepedékkel borított bélkacsok közül. Igy feltétlenül be lévén bizonyitva, hogy a peritonitis az epehólyag vagy az epeutak perforatiojából származik, a jobb rectuson át a bordaivtől a köldök alá két ujjal terjedő metszéssel egy második laparotomiát végzett. Itt is bőven ömlik nyákos geny a hasüregből, a belek itt is belövelteknek, fibrinczafatokkal fedetteknek mutatkoznak. Az epehólyag kicsi, fala vastagodott, csúcsán lencsényi kerek perforatio. Az epehólyagban két nagy követ érzünk s azért exstirpáljuk az epehólyagot, epeutakban kő nincsen. Az epehólyag csonkjára tampon, a körülfekvő beleket letörüljük s lazán drainezve tamponokkal a sebet, a hasfalat átöltő varratokkal zárjuk.

A kiirtott epehólyag 7 cm. hosszú; csúcsán egy diónyi diverticulumot alkot, mely az epehólyag űrétől egy diaphragmaszerű, csak ½ krajczárnyi kerek likkal biró hártyával van elválasztva, ezen diverticulum csúcsán egy lencsényi lik, a hol a nyálkahártya kifordult. A hólyagban két mogyorónyi, facettált epekő.

Az erősen collabált beteget az alig fél óra hosszat tartó műtét is jelentékenyen megviselte, úgy hogy a műtét napján két liter infusiót kapott. A harmadik napon már széke volt, a pulsus 96, erőteljes s ettől kezdve rapid gyógyulás. 21-dikéig koronként 38·3—38·5°-ig menő hőemelkedések; ettől kezdve teljesen láztalan. Január 27-dikén epefolyás állt be a felső hassebben, valószinűleg az epehólyagcsonk ligaturájának átvágása folytán, mely három hétig állott fenn. Február 28-dikán hagyta el a kórházat az ileocoecális tájon teljesen gyógyult sebbel, a rectuson át vezető sebben egy körülbelül 9 cm. mély sipolyjárattal, melynek nyilása 10 filléresnyi; azóta ez is szépen zsugorodik. A beteg közérzete kitünő, sem fájdalmai, sem passagezavarai nincsenek. Ujra hizásnak indul.

A „neutrophil vérkép" elváltozásai fertőző betegségekben.

Flesch Ármin és **Schossberger Sándor**: A fertőző betegségek haematologiájában az eddigi vizsgálatok főleg oda irányultak, hogy felderitsék azon elváltozásokat, melyek a fehér vérsejtek számában és különböző féleségeinek egymáshoz való arányában nyilvánulnak. Uj szempontból indult ki Arneth, midőn kimutatta, hogy maguk a neutrophil fehér vérsejtek fertőző betegségek folyamán nem csupán quantitativ, de qualitativ elváltozásokat is szenvednek. Mig ugyanis physiologikus viszonyok közt egymagvú neutrophil fehér vérsejt van kb. 5%, kétmagvú kb. 35%, hárommagvú kb. 41%, négymagvú kb. 17%, öt és többmagvú kb. 2%, addig fertőző betegségekben a neutrophil fehér vérsejtek ezen aránya (neutrophil vérkép) úgy változik meg, hogy a többmagvúak megfogynak, illetőleg eltünnek, az egymagvúak pedig különböző mértékben megszaporodnak (a vérkép balra tolódik).

Előadók czélja volt: 1. közvetlen vizsgálat útján meggyőződést szerezni a neutrophil vérkép ezen elváltozásáról a különböző fertőző betegségek folyamán; 2. megállapitani, hogy minő diagnostikus és prognostikus következtetésekre jogositanak fel ezen vizsgálatok s 3. mérlegelni, miként egyeztethetők össze az igy talált leletek a leukocytosisok keletkezésével s a szervezetnek a fertőzéssel szemben tanusitott reactiójára vonatkozó mai ismereteinkkel.

Vizsgálataikat majdnem kizárólag a Stefánia-gyermekkórház beteganyagán végezték; következtetéseik alapjául 165 neutrophil vérkép szolgált és pedig 26 egészséges egyén és 41 különböző fertőző betegségben (scarlatina, morbilli, rubeola, varicella, diphtheria, typhus abd., malaria, pneumonia croup., genyedéses folyamatok, tuberculosis) szenvedő egyén 139 neutrophil vérképe. Kevés eset kivételével a morphologiás vizsgálat fehérvérsejt-számlálással volt egybekötve. Ezen vizsgálatok eredménye a következő:

Az 1-, 2-, 3-, 4-, 5magvú neutr. fehér vérsejtek egymáshoz való arányában (neutrophil vérkép) physiologikus viszonyok között bizonyos fokú szabályszerűség ismerhető fel. Egymagvú van átlag 36%, kétmagvú 45%, hárommagvú 15%, négymagvú 3% s ötmagvú elvétve található. Az ezen arányban szereplő számok függetlenek a kortól, nemtől, táplálkozási foktól s az ingadozások látszólag minden szabályszerűség nélkül csak olyan mértékben nyilvánulnak, mint a hogy individuális különbségeket látunk az anatomia és physiologia összes törvényeiben. Fertőző kórfolyamatok a fehér vérsejtek physiologikus rendjét különböző módon befolyásolják. E befolyásolás legmegszokottabb nyilvánulási módja az egymagvúak megszaporodása mellett a többmagvúak megfogyása, illőtleg hiánya. Ez elváltozás felléphet minden elképzelhető fokban úgy, hogy az esetek kis részében a másik végletet, az egymagvúak mérsékelt fokú megkevesbedését látjuk. A befolyásolás

módja és mértéke függ a kórfolyamat lényegétől, de független annak súlyosságától, lefolyásától s a fehér vérsejtszám viselkedésétől.

Fertőző betegségek egy és ugyanazon faja egymással többékevésbbé megegyező neutrophil vérképet tüntet fel. Egy s ugyanazon neutrophil vérkép azonban a legkülönbözőbb betegségekhez tartozhatik. Előadók ugyanis azt találták, hogy a neutr. vérképnek az egymagvúak megszaporodásában nyilvánuló nagyfokú elváltozása észlelhető morbilliben, varicellában, typhus abd.-ban, rubeola legtöbb esetében, s a genyedéses folyamatok jó részében. Ennek csekélyebb fokát észlelték scarlatinában, számos genyedésben, pneumonia crouposában, a gümőkór különböző alakjaiban és rubeola egy esetében. Látszólag változatlan a n. vérkép egyik-másik betegség virulens stadiumában (diphtheria) s a vérkép kisfokú jobbra tolódása észlelhető morbilli-reconvalescenseknél. Kiemelik, hogy a n. vérképnek jellegzetes nagyfokú elváltozását már a kanyaró lappangási időszakában (házi epidemia) megtalálták.

Diagnostikus szempontból mindezek alapján a n. vérkép vizsgálata nem mulja felül a fehérvérsejt-számlálás eredményeinek értékét. A legtöbb esetben támogatja ítéletünket, normális határokon belül mozgó fehérvérsejt-szám mellett pedig positiv lelet kóros állapot jelenlétére utal. Ép ezért adott esetben nem szívesen nélkülöznék e vizsgálati módszert. Fontosnak vélik a kórházi praxisban a korai diagnosis és izolálás czéljából házi epidemia esetén a n. vérkép vizsgálatát a kanyaró lappangási időszakában. Prognostikus irányban a n. vérkép vizsgálata támpontot nem szolgáltat. A leukocytosisok keletkezésére vonatkozó elméletekben irányelv a chemotaxis. Azonban sem a chemotaxis egymagában, sem azonos módosítások, melyeket a különböző vizsgálók (Rieder, Schulz, Löwit, Jacob, Goldscheider, Arneth, stb.) ez elméleten eszközöltek, nem alkalmasak előadók összes leleteinek egyöntetű magyarázására. A neutrophil vérkép a szervezet fertőzéssel szemben tanúsított reactiójának csak egy tünete és nem végső magyarázata a lezajló folyamatoknak.

Engel Károly: Az I-ső számú belgyógyászati klinikán több izben állította össze a neutrophil vérképet. A fehér vérsejtek osztályozásánál nagy szerepet játszik az individuális önkény első sorban azon szempontból, hogy a vékony maghidakkal összekötött magképletekkel biró sejteket az egy, illetve többmagvúakhoz számítsuk-e. Vizsgálatainál elfogadva Arnethnak az indokolását, ezeket, miként előadók is, a többmagvúakhoz számította. Hogy egyéni állandóságra e tekintetben könnyű szert tenni, arról meggyőződött akkor, mikor egy és ugyanazon egyén több vérpraeparatumát megvizsgálva, egymáshoz igen közel álló számadatokat kapott. Valószínűnek tartja, hogy már e körülmény miatt is a különböző vizsgálók vérképei között különbség fenn fog állani. Van azonban egy másik szempont is, a hol ugyancsak tág tere nyilik az önkényességnek és ez azon sejtek osztályozásában áll, melyekben magrészek esetleg egymás felett foglalnak helyet. Jó vérpraeparatumban ugyan a fehér vérsejteknek nem szabad annyira összenyomva lenniök, hogy benne a mikrometercsavar igénybevétele mellett bizonyos térbeliséget meg ne tudjunk különböztetni. Egészben véve azonban górcső alatt mégis csak a magkép vízszintes projectioját látjuk, melynek alapján a kérdés eldöntése egyes esetekben igen bajos. Hogy pedig ezen két körülmény milyen különbséget hozhat létre, erre nézve bemutatja saját vérének neutrophil sejtosztályozását, melyet két szempontból vett fel. Első esetben a vékony hidakkal összekötött magrészekkel biró sejteket egymagvúaknak vette és a térbeliség meghatározásáról lemondott, ekkor 48 egy-, 38 két-, 12 három és 2 négymagvú sejtet kapott. A másik esetben az előbb említett sejteket a többmagvúakhoz sorolta és esetenként gondosan törekedett megállapítani, hogy nem foglalnak-e magrészek egymás felett helyet. Ily körülmények között 11 egy-, 60 két-, 23 három-, 5 négy- és 1 ötmagvú sejtet kapott. A különbség elég jelentékeny, az első vérkép tünetei szerint már kissé balra eltolódott. Az utóbb említett szempontnál is fő az egyéni állandóság, a bármely egyéni felfogás szerint felvett vérképnek az illető vizsgáló által felvett physiologikus vérképpel való összehasonlításának semmi sem áll útjában. A mi a vérképből levonható következtetéseket illeti, vizsgálatai nem haladtak még annyira előre, hogy végleges véleményt merjen mondani. Egyes esetekben jelen volt a vérkép parallelismusa a klinikai lefolyással Arneth értelmében. Így egy nagy exsudatioval járó parametritis-esetben a kisfokú hyperleukocytosis mellett fennálló normális vérkép genyedés ellen szólt és a beteg még a klinikai észlelés folyamán láztalan lett és genyes beolvadásnak semmi nyoma kimutatható nem volt. Hasonlóképen meggyógyult azon magas lázzal járó bronchopneumoniában szenvedő beteg, a kinél 29,500 fehér vérsejt mellett a vérképnek csak kisfokú balra való eltolódása volt jelen. Teljesen cserbenhagyta azonban az eljárás értékesíthetősége meningitis basilaris egy esetében, a hol isonormocytosis állott fenn és beteg mégis néhány nap mulva meghalt. Egészben véve hajlandó arra az álláspontra helyezkedni és e tekintetben előadónak igen értékes anyagon tett számos vizsgálata és következtetése megerősíti, hogy legalább ez idő szerint elég ritkán kerülünk majd abba a helyzetbe, hogy akár diagnostikai, akár pedig prognostikai czélból a neutrophil vérkép összeállításához forduljunk, bár természetszerűleg ez nem von le semmit az eljárás érdekességéből és tudományos becséből.

Körmöczi Emil: Arnethnek munkálatai és különösen az abból levont következtetések mindenfelé figyelmet keltettek és nagyon természetes, hogy kiterjedt munkálkodás indult meg állításainak ellenőrzésére. Szóló maga is számos esetben megfigyelte a neutrophil vérképet és nagyjában véve ő is azt tapasztalta, mit az előadó és Engel is elmondott, és mit más szerzők is, pl. Hilber, Grawitz tanítványa, leirtak.

Az előadó felemlítette, hogy azok az adatok, melyeket ő normális ember neutrophil vérképénél látott, eltérnek Arneth eredményeitől; szóló maga is azt tapasztalta és ezt mondja Hilber is. Ennek egyrészt, úgy véli, az az oka, hogy ezen vérkép tényleg ingadozó és a különféle embereknél más és más, sőt ugyanazon embernél is változó, de azért oly viszonyok, mint beteges állapotban, mégsem fordulnak elő. Függ különben ez a vérkép a készítmény előállítási technikájától is. Vékony rétegben felkenve pl. minden sejt és minden magrészecske nagyobbnak látszik, mert jobban ki van terítve. Vastagabb készítményen pedig minden kisebbnek tűnik fel és a magstructurának finom elváltozásai sem vehetők jól ki. A vastagabb készítmény azonkivül lasabban szárad és a nedves környezetben a sejt magvain lassú szétbomlás kezdődik, mint azt Botkin kimutatta. Ez a bomlás pedig a magvak finomabb contourjait, melyekre Arneth oly nagy gondot fordít, elmosódottakká teszi, sőt meg is változtatja. Sok függ azután a festési módozattól is, mint azt Engel is kiemelte. Utánvizsgálásról lévén szó, szóló leginkább a triacid-festést használta, miután elismeri, hogy a Romanovsky-festés vagy annak módosításai a magot jobban festik, de a neutrophil granulatiókat mégis a triacid tünteti fel jobban; ha más eljárást használunk, még kevésbbé kaphatunk egyöntetű eredményeket.

Mindezekből kitünik, hogy Arneth egész rendszerének megalkotása ingatag alapon áll és igen sok hiba csúszhatik be a vizsgálatnál.

Még rosszabbul áll a dolog azokkal a következtetésekkel, melyeket Arneth vizsgálataihoz fűzött. Azok közül a fantastikus theoriák közül, melyeket ő felállított, még egy sem nyert beigazolást. Szóló legalább nem talált eddig a neutrophil vérképben semmit, a minek diagnostikus vagy prognostikus hasznát vehette volna és így azok részletes felsorolásával ezúttal nem is untatja a tagtársakat. Csak azt akarja kiemelni, hogy pl. typhus abdominalisban vagy morbilliben, a hol a vérkép leginkább tolódik balra, Arneth theoriája értelmében alig képződhetnének antitoxinok, pedig jól tudjuk, hogy a tapasztalat mást bizonyit.

Mindezek daczára Arneth munkálatainak nagy érdeme, hogy a figyelmet a neutrophil vérkép ezen kétségtelenül fennálló sajátosságára felhivta. Igaz ugyan, hogy azt már régen tudtuk, hogy a polynucleáris sejtek magvai sokféle változatot mutatnak és azt már Ehrlich és még inkább Pappenheim magyarázni is iparkodott, de most Arneth közleményei után még intensivebben fogunk a dologgal foglalkozni és a részletkérdéseket, ha talán nem is oly értelemben mint Arneth vélte, de mégis tisztábban fogjuk látni.

Flesch Ármin: Köszöni a hozzászólásokat, és minthogy a felszólalók nagyrészt egyetértenek vele, csak azt jegyzi meg, hogy az Engel által említett individuális önkénynek tagadhatatlanul tere lehet, sőt e miatt az első praeparatumok egész tömegét nem használhatták, mert nem volt mértékük. De a gyakorlat ezen segitett.

A Körmöczi által említett nagysági viszonyokat illetőleg tág vita indulhat meg a felől, hogy az összefüggő sejtmagvakat egynek vagy kettőnek tekintsük-e? Előadók, ha csak egy vékony szállal függtek össze a magvak, kettőnek tekintették, egynek pedig, ha a két magrészlet között határozott vastag összeköttetés volt látható.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Rendkivüli ülés 1904. november 21-dikén.)

Elnök: **Török Lajos.** Jegyző: **Deutsch Arthur.**

Az ülés tárgya *Huber Alfréd* inditványának tárgyalása boldogult *Niels. R. Finsen* emlékének megörökítése ügyében.

Az inditvány szövege a következő:

Tisztelt Szakosztály! Alig nehány hete történt, hogy a táviró meghozta Finsen halálának hirét. Mi, dermatologusok, tudjuk legjobban, hogy mit vesztett a tudomány Finsen halálával. Czélom azonban jelen felszólalásommal nem az, hogy abban Finsen érdemeit méltassam, mert olyan nagy érdemeket nem lehet csak úgy mellékesen letárgyalni. Az ok, a miért felszólalni bátor voltam, a következő: Finsen halála után Dániából valóban nemzetközinek mondható mozgalom indult ki, a melynek czélja, Finsennek elévülhetetlen érdemeiért maradandó emléket állitani; e czélból bizottság alakult Kopenhágában, a mely rövid idővel ezelőtt közölte a részvételre vonatkozó terveit velem is, mint a ki a kopenhágai Finsen-intézettel három év óta állandóan nexusban állottam. Sőt egyenesen engem kért fel a mozgalomnak hazánkban való megindítására. Én azonban az ügyet sokkal fontosabbnak tartottam, semhogy be ne láttam volna, hogy azt személyemtől teljesen külön kell választanom, vagyis szándékom mindjárt eleve az volt, hogy az ügyet a budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya ügyének tekintsem és mint ilyet bátorkodom azt tisztelt szakosztályunknak szives pártfogásába ajánlani.

Áttérve a dán szoborbizottság kérésére, úgy az főleg oda irányul, hogy magyar hazánkban a nemes ügy — t. i. boldogult Finsen tanárnak állitandó emlék felállítása — érdekében minél szélesebb körű mozgalom indittassék.

Szerény ajánlatom, illetve javaslatom ezek szerint a következő:

1. Tegye a budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya a dán szoborbizottság által hozzám intézett ügy átiratát magáévá és intéztessék a Finsen-emlék ügyében folytatott minden további actio a szakosztály nevében.

2. Határoztassék meg, mily módon hódolhatna a tisztelt szakosztály legméltóbban Finsen emlékének.

3. Intéztessék átirat a kir. orvosegyesület tek. igazgató tanácsához a szakosztály nevében, a melyben utóbbi a szobor felállításának költségeihez való szives hozzájárulását kéri.

4. Határoztassék el, vajjon a szakosztály mint olyan, óhajt-e függetlenül az anyaintézettől az adakozásban résztvenni.

5. Jelöltessék meg a mód, miként lehetne orvoskartársaink szélesebb köreiben, esetleg a nagyközönség körében az adakozásra való felszólítást közzétenni.

6. Kapcsolatban a fenti öt ponttal actuálissá válván ismét egy szegénysorsú lupusbetegek részére létesitendő nyilvános Finsen- illetve lupus-intézetnek kérdése is, a minő Magyarország kivételével Európának összes fővárosaiban már létezik és rövidebb-hosszabb idő óta sikeresen is működik, javasolom, hogy e kérdés tüzessék *állandóan* napirendre, kéressék ki ez ügyben a kir. orvosegyesület igazgató tanácsának morális támogatása és alakittassék meg utóbbival karöltve minél előbb egy lupus-bizottság, a melynek kizárólag egy szegénysorsú lupusbetegek részére állitandó lupus-intézet létesitése leend a feladata.

Mielőtt a tiszt. szakosztály szives határozatát e kérdésekre nézve kikérném, csak arra bátorkodom figyelmeztetni — a mit egyébként mindnyájan jól tudunk —, hogy Finsen elévülhetetlen érdemeket szerzett az orvostudománynak, de főleg nekünk dermatologusoknak, a minek egyenes következménye, hogy az emlék felállitása költségeinek gyüjtésére irányuló bizottságok Európa összes államaiban máris megalakultak; szeretném tehát, ha e tekintetben a magyar dermatologusok sem maradnának el a külföldi dermatologus-társaságokkal szemben. A mi pedig a javaslatom 6-dik pontját illeti, erre nézve csak azt bátorkodom hangsúlyozni — a mit egyébként mindenki, a ki a Finsen-gyógymód fejlődését és terjedését figyelemmel kiséri, jól tud —, hogy egy szegénysorsú lupusbetegek részére állítandó Finsen-intézetnek létesitése Budapesten ma már elodázhatatlan morális kötelességünk.

Kérem szives véleményüket ez ügyben, illetve kérem egyúttal szives elhatározásukat is, hogy határozatunk illetve kérésünk a kir. orvosegyesület tek. igazgató tanácsával annak legközelebbi ülésén közölhető legyen.

Török és *Basch* hozzászólása után a következő határozat hozatott:

1. A *Finsen*-emlék költségeire a szakosztály a maga nevében 60 koronát szavazott meg, a mely összeg folyósitása ellen a pénztárosnak sem lévén kifogása, az rendeltetési helyére fog küldetni.

2. Elhatároztatott, hogy a szakosztály átiratot küld a budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsához a *Finsen*-emlékhez való szives hozzájárulás érdekében.

3. Elhatároztatott, hogy a *Finsen*-emlékre való adakozásra a magyar orvosi közönség a magyar orvosi szaklapokban fog felkéretni.

4. A beadott indítvány hatodik pontjára vonatkozólag, vagyis egy szegénysorsú lupusbetegek czéljaira létesitendő intézet ügyében a rendkivüli ülés akként határozott, hogy ez az ügy a *Finsen*-emlék ügyétől teljesen különválasztva tárgyaltassék és nagy fontosságánál fogva napirendre tüzessék. A szegénysorsú lupusbetegek részére létesitendő sanatorium ügyének további tanulmányozására egy szükebb bizottság küldetett ki, a mely *Basch, Huber* és *Török* kartársakból áll.

Szakülés 1904. évi deczember hó 19-dikén.

Elnök: **Feleki Hugó.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

A szakülés megkezdése előtt titkár bejelenti, hogy a budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsától átirat érkezett, a melyben tudatja, hogy a szakosztálynak a *Finsen*-emlékhez való hozzájárulás ügyében beadott kérésének, megfelelő alap hijján, eleget nem tehet.

Remete Jenő: Thiosinamininjectiók a húgycsőszükületek therapiájában. (Megjelent egész terjedelmében a „Budapesti Orvosi Ujság" 1905. évfolyama „Urologia" czimű mellékletének 1. számában). Miután a strictura therapiájában a lassú és fokozatos tágitást — mint legjelentéktelenebb beavatkozást — még mindig a leggyakrabban alkalmazzák, ezért fontos dolog, hogy e műveletet a lehető legjobban tökéletesitsük. Ez a körülmény, és az, hogy a thiosinamint már többen sikerrel alkalmazták egyéb szervek szükületeinél, késztette bemutatót, hogy e szert a húgycső stricturáinál is megkisérelje. Az eljárást 20 stricturás betegnél kisérelte meg. Az injectiókat 15%-os alkoholos oldattal végezte és mindig csak egy grammot fecskendezett be egyszerre a hát bőrének izomzatába, lehetőleg hetenként kétszer. Subcutan befecskendezésektől óva int, mert könnyon börnekrosist okoznak. Az injectio okozta fájdalmasságon kivül semmi kellemetlen mellékhatást nem tapasztalt; a fájdalmat akként csökkentette, hogy a Pravaz-fecskendőbe a thiosinamin után még 1%-os vizes cocainoldatból is szitt fel néhány cgm.-ot. A cocain fajsúlya nagyobb lévén, ez előbb jut a szövetekbe, miáltal a befecskendés fájdalmatlan lett. Eredményei a legtöbb esetben kedvezők voltak és ha nem is vezetett az eljárás a heges szövet felpuhitása avagy a hegek resistentiájának csökkentése által a szükület kalibereinek spontan tágulásához, de mégis megkönnyitette a fokozatos tágitást. A hatásmódra vonatkozólag azt hiszi, hogy a szer a szivműködést fokozza, ezáltal az újonnan képezett szövetek (hegek) véredényeit jobban táplálja, a minek következtében a szövetek engedékenyebbek lesznek. Részletes kórtörténeteket és betegeket demonstrál.

Csillag kérdi, vajjon a betegek nem sondáztattak-e megelőzőleg, mert ha igen, akkor nem érvényesülhetett-e itt is olyan hatás, mint a mikor például sondát a legnagyobb fáradsággal sem tudunk bevezetni, ha azonban a beteget 2—3 napig pihentetjük, akkor ugyane sondával könnyen behatolhatunk.

Remete emliti, hogy eseteivel párhuzamosan thiosinaminnal nem kezelt szükületes betegek is kezeltettek a poliklinikán fokozatos lassú tágitással és bár ezek teljesen hasonló esetek voltak mint az előbbiek, az eredmény itt még sem volt oly jó, mint azoknál; a thiosinaminnal kezelt betegek szükületeinek tágulékonysági véghatára sokkal nagyobb, mint az egyszerűen sondázottaké.

Remete Jenő: Epidurális injectiókkal kezelt urogenitális bántalmak esetei. (Megjelent egész terjedelmében a „Budapesti Orvosi Ujság" 1905. évi 3. számában). A neuropathiás alapon nyugvó urogenitális bántalmak: impotentia coëundi, spermatorrhoea, pollutiók, a crises vesicales és prostatiques, valamint az enuresis nocturna ellenében sokszor therapeutice tehetetlenek vagyunk és e miatt tette *Cathelin*-nak a mult évben ajánlott eljárását kisérletei tárgyává. Az eljárás lényege, hogy a 4. és 5. sacrális csigolya között, a hiatus sacralison keresztül, felnőtteknél egy körülbelül 8 cm., gyermekeknél 5 cm. hosszú platin-iridiumtűt szúrnak be és körülbelül 10 cm^3 folyadékot deponálnak a gerinczcsatornában. E folyadék lehet physiologiai konyhasó-, gyenge cocain- vagy Schleich-féle oldat. A beteget bal oldalára fektetve, a keresztájék bőrének gondos desinfectioja után, a tűt hegyével felfelé irányitva ferdén beszúrjuk és a mint a lig. sacrococcygeumon áthatoltunk, 20°-kal süllyesztjük és előre toljuk, e közben nem kell félnünk, hogy a gerinczvelőt vagy hártyáit megsérthetnők, miután azok már a második keresztcsigolya magasságában végződnek és igy a befecskendezett folyadék tényleg a dura mater fölé jut, azaz az injectio epidurális. A befecskendés gyakrabban is végezhető. A poliklinikán makacs sexuális neuropathiák és enuresis eseteiben kisérleteztek ezen eljárással, ez eseteket különösen alkalmasoknak vélvén arra, hogy az eljárás értéke megbecsülhető legyen, azon direct hatásnál fogva, melyet a keresztcsatornába fecskendezett folyadék az idegvégződésekre és edényekre gyakorol. *Cathelin* szerint a befecskendezés a conus medullaris centrumaira shock gyanánt hat és azokban molekuláris egyensúlyi változást okoz. Az eddigi eredmények után itélve, enuresis eseteiben némi sikert lehetett észlelni, mig a sexuális neuropathiásoknál muló — esetleg suggestiv jellegű — sikerektől eltekintve, kedvező eredményről be nem számolhat.

Weisz egy enuresis esetet észlelt; 18 éves leány két injectiót kapott, de eredmény nem mutatkozott.

Emődi: Tekintettel kell lenni az enuresis gyakran meg nem határozható okára, mert természetes, hogy az injectiók a fejlődési anomaliákon alapuló enuresiseknél nem fognak használni, mig ellenben a neuropathiás egyéneknél, a mint azt az előadó esetei is bizonyitják, megnyugtató eredménynyel lehet azokat alkalmazni. Az injectio hatása a sexuális bajoknál bizonyára a bennök rejlő nagy suggestiv hatáson alapul és ultimum refugiumként minden körülmény között ajánlatos.

Basch két gyermeknél enuresis ellen hét injectiót adott eredménytelenül.

A suggestionak nagy hatást tulajdonit; példa rá egy betege, kit azzal félemlített meg, hogy addig tartja kórházban, mig elmarad az ágybavizelése és igy tényleg sikert aratott.

Feleki: Néha sikert látunk sondakezelés, villamozás, prostatamassage stb. útján, máskor pedig mindez eredménytelen; ezért az epidurális injectio okvetlen megkisérlendő akkor, a midőn minden más eljárás cserben hagy.

Ha az enyhébb eljárások czélhoz nem vezettek, még mindig hathat az injectio, mely által az idegrendszert irritabilissé teszszük és ez által péld. a hólyag záróizmának idegeit is érzékenyebbé tehetjük, úgy hogy a beteg előbb percipiálja a hólyag teltségi érzését. A genitális zavaroknál észlelhető muló siker is a legnagyobb valószinűség szerint nem a suggestión, hanem a vérkeringési viszonyoknak az injectio által okozott megváltozásán alapul.

Remete maga is nagy skepsissel fogott kisérleteihez s eddigi megfigyeléseit nem is tartja még elegendőknek, bemutatását csak előzetes jelentésnek kivánja tekinteni. Azonban már eddig is eredményekről számolhat be s reméli, hogy nagyobbszámú megfigyelés után ismét visszatérhet e helyen a tárgyra.

Steiner Gyula: Lupus erythematodes és folliclis szövődésének második esete. A beteget Róna tanár három év előtt mint „Lupus erythematodes nővéreknél" esetét mutatta be. Augusztusban vette észre, hogy a könyökizületek felett és nehány hét óta az ujjak feszitő oldalán a cutisban ülő lencsényi—borsónyi göbök keletkeztek, melyek felett a bőr később kissé hyperaemiás lett s melyek a bőr niveaujából papula alakjában kiemelkedtek. Egyesek később közepükön felületesen nekrotizáltak. A nekrosis helyén később pikkelyes var, majd töléséralakúlag behúzódott heg keletkezett. Mások középi atrophiával gyógyultak nekrosis nélkül. Az esetet folliclisnek tartja és mint a *Róna* tanár osztályán észlelt, folliclissal párosult lupus erythematodes *második* esetét mutatja be. Az esetet azért nem tartja lupus erythematodes acutusnak, mert a lupus erythematodesnél sohasem észlelünk nekrosist.

Csillag Jakab: Pityriasis pilaris Devergie esete. Mint ritka és mostani állapotában diagnostikai tévedésre alkalmat adható bőrbajt mutatja be az esetet *Róna* tanár osztályáról, hol 1904. november 21-dike óta áll észlelés alatt. Anamnesis: E. M., 24 éves házilánynál 1—2 éves kora között mindkét arczfél közepén, a térden, könyökön, egy-egy krajczárnyi vörös folt lépett fel, melyek nehány hét mulva hámlani kezdtek és csak igen lassan terjedtek, azonban azon időben, melyre már visszaemlékezni tud, a kiütés egész arczát és alsó-felső végtagjai nagy részét fedte. Két év előttig csak arczán, felső és alsó végtagjain voltak

kiütések. 11 éves korában tüdőgyuladása volt, mely alatt a bőrkiütések állítólag visszafejlődtek. 12 éves kora óta rendes menstruatio, melylyel a bőrbántalommnak semmi összefüggése nincs. Két év előtt törzsén mellül-hátul gömböstűfejnyi, vörös, száraz kiütések léptek fel sűrű csoportokban kisebb-nagyobb területeken és egy évig állottak fenn a nélkül, hogy összefolytak volna és csak egy év óta vannak nagyobb összefolyt hámló területek. Bőrbaja subjectiv érzéssel nem jár. Eddig többször volt állítólag psoriasis vulgaris diagnosissal kezelve. Szüleinél, testvéreinél, kik különben egészségesek, hasonló bőrbaj nincs.

Beteg jól fejlett, jól táplált, hajzatos fejbőrén csak intensivebb korpázás, mérsékelt keratosis palmaris et plantaris; a körmök a kezeken és lábakon megvastagodtak. Az egész arczbőr, a homloktól az állig, egyik fültől a másikig, kivéve az orr-ajkzugredőt, diffuse hyperaemiás, alig megvastagodott, minimálisan korpázó, bal alsó szemhéjon kisfokú ectropium. Az egész köztakarón különben elszórtan, egyenként és csoportokban, vagy nagyobb plaque-okká összefolyva, rendes bőrszínű, gombostűfejnyi, folliculáris göcsök láthatók, erősen tapadó szarúcsappal, melynek leválasztása után pontszerű vérzés nem jelentkezett. A plaque-ok alakja főleg csik- és szalagalakú, a hossztengelylyel haránt irányban elhelyeződve, felületük árkolt, érdes, helyenként erősebben tapadó, ezüstfehér pikkelyekkel fedett, színük halvány-hyperaemiás. A göcsök és plaque-ok körkörös terjedésre mutatnak hajlamot. A kisebb plaque-okról a pikkelyt lekaparva, pontszerű vérzés jelentkezik néha. Diagnostikai szempontból két betegség jöhet számításba: a ps riasis vulgaris és pityriasis pilaris Devergie. A psoriasis ellen szól a primaer laesióknak ezen betegségnél szokatlan folliculáris elrendeződése, továbbá az ép bőrét megközelítő szine, a pikkely intensivebb tapadása és erősebb vakarásra is a pontszerű vérzés hiánya, a körkörös terjedésre való hajlam hiánya és a keratosis palmaris et plantaris, továbbá egy göcsnek histologiai lelete, mely nem a psoriasis vulgaris typikus histologiai képét, hanem kifejezett nagyfokú folliculáris hyperkeratosist és a papilláris réteg minimális izgalmát derítette ki. Mind e leletek viszont jellegzők a pityriasis pilaris *Devergie*-re.

A beteget különben körülbelül egy év előtt *Huber* kartárs röntgenezéssel is kezelte kisérletképen az alszáron, jelenleg arseninjectiókat kap, melyekre a kiütés látszólag javul.

Huber a bemutatott esethez csak a therapia szempontjából óhajt hozzászólni. A beteg, a ki egyébként végigjárta már bajával Bécs és Budapest összes specialistáit, szóló magánrendelésén is jelentkezett 1903. január 18-dikán. Ekkor a betegnél saját kívánságára, de főleg azért, mivel gyógyítókisérlet már a legkülönfélébb gyógyszerrel történt, a röntgenezést ajánlotta. Figyelmeztetvén a beteget az esetleges kellemetlen eventualitásokra, mindenekelőtt is kisérletképen a bal alszár hátsó felületén egy körülbelül tenyérnyi, typikusan megbetegedett és élesen határolt terület vétetett kezelés alá. Az első ülés 1903. január 21-dikén volt és azután — mivel a kezelés még azon acrában történt, a midőn a Holzknecht-féle chromoradiometer még nem volt használatban — naponta ismételtetett 10—10 perczen át mindaddig, míg a reactio első jelei alig észrevehető hyperaemia alakjában felléptek; ez a 11-dik ülés után történt; a kezelést ekkor abba akarta hagyni, de a beteg erőszakos unszolására és miután őt ismételve figyelmessé és felelőssé tette a biztosan fellépő káros következményekre, a következő napon egy újabb — bár csak öt perczig tartó — ülést dispenzált. E 12 ülés után excoriatioval egybekötött erős reactio jelentkezett, a mely nemsokára lezajlott ugyan, de a kezelt hely közepén borsónyi ulcus maradt vissza, a melynek gyógyulása, mint ismeretes, hónapokig tartott; a kezelés eredménye a fellépett heg és számos teleangiectasia miatt nem volt kellőleg ellenőrizhető. Ugyancsak kisérlet czéljából a jobb czomb belső felületén tenyérnyi, élesen határolt kóros bőrrészlet vétetett Röntgenkezelés alá 1904. május 8-dikán, de ezúttal már a Holzknecht-féle chromoradiometer ellenőrzésével. A beteg összesen hat H-t kapott egyetlen ülésben, mire középerős reactio jelentkezett felületes excoriatiókkal; a reactio 3—4 hét mulva teljesen lezajlott, mire a kezelt bőrfelület teljesen épnek látszott és hosszabb ideig ilyen is maradt; mint érdekes jelenség azonban az tünt fel, hogy a volt beteg plaqueot környező és a röntgenezésnél ólommal letakart látszólag ép bőrterület lett most beteg, úgy látszott tehát, mintha a betegség a középről a szélek felé eltolatott volna. Az eredmény itt tehát részben legalább jónak volt mondható, noha később itt is újból felléptek — bár gyérebben — efflorescentiák és teleangiectasiák. Az esethez fűzött hozzászólásából ezek után csak két pontot óhajtana különösebben hangsúlyozni: 1. A bal alszáron előfordult incidens — jóllehet az első sorban a beteg lelkiismeretét terheli — ismét eclatánsan bizonyitja, a mit minden adandó alkalommal hangoztatott és hangoztat, hogy radiotherapiát addig is, a míg jobb műszerrel nem rendelkezünk, csakis a Holzknecht-féle chromoradiometerrel tart megengedhetőnek, mivel csak ily ellenőrzés mellett dolgozhatik a radiotherapeuta a kellő nyugalommal és csakis így mondhatja azt, hogy a radiotherapiában előforduló baleset nemcsak véletlenség, hanem műhiba. A 2. pont pedig, a melyet a bemutatás kapcsán hangoztat, a radiotherapiának részleges kedvező hatása, a mely természetesen mint véglegesen gyógyító agens már csak a baj nagy kiterjedésénél fogva sem kecsegtet sok reménynyel. A radiotherapiával elért hatásokat egyébként módjában lesz histologice is ellenőrizni, minthogy a próbaexcisiohoz megadta már *Róna* tanár szives beleegyezését.

Róna a bántalom historicumára nézve kiemeli, hogy *Hebra* azt a lichen ruber exsudativus csoportba sorozta, melyből *Kaposi* különválasztotta a lichen ruber planust és acuminatust; a bemutatott kóralakot *Kaposi* a lichen ruber acuminatus néven irta le. Ma már kétségtelenül tudjuk, hogy a bécsi iskola tévedett, mivel e betegség *nem* lichen.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi november hó 24-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülés.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyzők: **Haberern Pál, Dapsy Viktor.**

Az arteria gastrica dextra sérülésével szövődött májszúrás gyógyult esete.

Ludvik Endre: H. J.-né, 54 éves, napszámosnő, felvétetett 1904. augusztus 21-dikén. Férje behozatala előtt másfél órával késsel megszúrta. Az egyik sérülés körülbelül 12 cm. hosszúságban a bal mellbimbó alatt ferde lefutással a bordákig terjed. Typusos metszett seb. Egy másik sérülés a bal bordaiv alatt, a bimbóvonalban látható. Hossza körülbelül 3 cm.-nyi, szélei élesek; belőle feketés, híg vér szivárog. A szúrás a hasfalon áthatoló. Az asszony kivérzett. Pulsusa alig számlálható.

Kezdetes aetherbódulatban hasfeltárás. A hasüreg felől nagy menynyiségű híg és frissen alvadt, sötétvörös vér ürül. Mint első sérülés a májszélnek (bal lebeny) körülbelül 6 cm. mély, arra merőleges irányú metszett sebe tünik fel, mely alig vérzik. Az erős vérzés egyéb okát keresve, a gyomor kis görbületén a nyálkahártyáig terjedő, körülbelül 2 cm. hosszú sebzést találunk, mely az arteria gastrica dextrát kettémetszette. A gyengén lüktető ér (alacsony vérnyomás) lefogása és lekötése után a gyomorfal sebét nehány serosavarrattal egyesitjük. Réteges tampon a gyomor fölé, a májseb tamponálása jodoformcsíkkal. A hasfal zárása előtt a beteget Trendelenburg helyzetbe hozzuk, miközben a szabad hasüreg felől még vagy 1 liternyi vér ürül. Egyéb sérülésekre gondosan átvizsgálva a hasat, ezek kizárása után 2 liter meleg konyhasóval kimossuk az üreget és friss oldattal megtöltve lehetőség szerint a hasat, egyrétegű varrattal elzárjuk a felső sebzug kivételével. A mellkasfal metszett sebének egyesítése.

Sima lefolyás. A 3—8-dik napig lassanként eltávolítjuk a tamponokat. Kevés genyes váladék. A harmadik héttől kezdve a körülbelül 3 cm. széles, sarjukkal kitöltött sebtölcsért ragasztótapasz-csíkokkal összehúzzuk.

A beteg szeptember 26-dikán gyógyultan hagyja el az osztályt.

Burkonytömlő a rekeszen.

Seyfried János: Az esetet, melyről a sebészi szakosztály előtt röviden szólani óhajtana, két körülmény érdemesiti arra, hogy a casuisticába soroltassék. Az egyik a bántalom székhelye, a másik a sebészi beavatkozás módja. A szóban levő eset egy 26 éves nőre vonatkozik, ki vidékről került fel hozzájuk s a következőket adta elő felvételekor: Hét hó előtt vette észre, hogy a has bal oldalán valami daganat nőtt, mely ugyan nem okozott fájdalmakat, de gyors növekedése miatt aggodalmakat keltett és az ezen okból keresett orvosi tanács után műtétre határozta el magát.

A vizsgálatnál baloldalt a bordaiv alatt gyermekfej nagyságú, dombordad, egyenletes, rugalmas tapintatú térfogatnagyobbodás volt található, belső határa a középvonal, alul a köldököt meghaladja, kifelé a léptompulattal összefoly, felfelé a rekesz rendes magasságán túl nem terjed. Hirtelen nyomására azon jellegzetes tünet észlelhető, a mely hydatid surranás név alatt ismeretes. A kórisme megállapításához ennyi adat elégséges. A Röntgen-átvilágítás lényeges tényezőjét ez esetben nem alkalmazhatták, a melylyel a légzési mozgások viszonyait pontosan lehetett volna megfigyelni. Mert a máj és lép szabad volt és a terimenagyobbodás kiindulási góczát megállapitani nem sikerült. A műtétre, melyet a beteg maga is óhajtott, elég positiv adat volt; az volt most a kérdés, milyen úton és mely módszerrel.

Ha valaki erre vonatkozólag az irodalom tanulmányozása útján határozottabb nézeteket akar nyerni, akkor nagyon csalódni fog; mert az ellentétes vélemények oly tömkelegére bukkan, hogy azokból döntő itéletet alkotni nem lehet.

A punctiotól a gyökeres kiirtásig nagyon különbözők a burkonytömlő sebészeti kezelésénél szerzett vélemények és tapasztalatok, ez pedig a műtét megválasztását nagyon megnehezíti.

Két főcsoportozat mégis megállapítható. Az egyik szerint nem szabad vagy legalább is nem tanácsos nagyobb beavatkozást végrehajtani, elégséges a szúrcsapolás (Bacelli, Beret, Bókay, Cavassani, Hanot, Franke, Bendix); az ajánlott befecskendezéseknél többek között odáig jutottak, hogy a sublimátos injectiókat közvetlen a visszerekbe adták. Ezzel szemben a másik csoportbeliek óva intenek a tűszúrástól (Gneim, Champenois, Chauffard, Broca, Jonnescu, Steiner) és említésre méltóazon eset, hol a Pravaz-punctio után 25 perczczel később halálos kimenetel állott be.

Ilyen viszonyok között legelfogadhatóbb Llobet álláspontja, ki 1888-ig pungált, két évig a kivarrást kisérlette meg, azután sülyesztett varratokat alkalmazott, de nem tudott végleges elhatározásra jutni s a fennforgó körülmények szerint választja meg minden egyes esetben az eljárást.

A jelen esetben a bántalom góczát nem lehetett megállapitani: a hasüreget a középvonalban tárták fel és minthogy a kifejtésre így elegendő hely nem volt, derékszögű oldalmetszéssel a hónaljvonalig tágitották. Az útba eső utolsó két bal bordát, úgy mint már 1894-ben végezte Dollinger tanár (Lannelongue) rekeszen áthatoló májburkonytömlőnél, csonkolással eltávolították.

A tömlő kifejtésénél az összenövések a rekesz felé mindinkább erősbödtek és a rekeszhomorulat bal hátsó negyedében lelték gyökeredzésüket. A bordaiv felkampózásánál először és a tömlő tapadási helyének kimetszésénél másodizben is beszakadt a pleura, de gyors tamponaddal és varrattal sikerült a légmell keletkezését elkerülni. A visszamaradt laza falakat könnyen lehetett egyesiteni, harmadnapra eltávolitották a tamponcsikot, melyet hasűri daganatok kiirtásá-

nál mindenkor alkalmaznak. A gyógyulás zavartalan lefolyású maradt, három heti fekvés után beteg gyógyultan távozott. Osztályukon két hónappal később jelentkezett alanyi panaszok és tárgyi tünetek nélkül. A kiirtott tömlő több rekeszű volt, számtalan fióktömlővel, súlya 670 gm.

Az irodalomban eddig egy eset fordult elő, hol a burkonytömlő a rekeszből indult ki, de a műtéti beavatkozásról és eredményről adat nincs. Ezen körülmény bátorította fel, hogy az esetet bemutassa.

Elnök: Miután a következő szakosztályi ülésre az echinococcusokról előadás van bejelentve, a szakosztály hozzájárulásával a discussiót a következő ülésre halasztja. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1004/1905 ki. sz.

Csikmegye felcsíki járásához tartozó Szt.-Damokos-Balánbánya, Szt.-Tamás, Jenőfalva, Karczfalva, Dánfalva és Madaras községekből **Csikkarczfalva** székhelylyel alakított közegészségi körben a **körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött, s arra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állománnyal 2000 korona évi fizetés, 200 korona úti átalány, természetbeni lakás, látleletekért 2 korona. Csik-Jenőfalván és Karczfalván a halottkémlésért pedig a megállapított díjak járnak; továbbá a látogatási, valamint a kör területén létesített és létesítendő bánya- és ipartelepek egészségügyi teendőinek ellátásáért járó díjak az orvos és községek illetve telepek között kötendő külön egyezség tárgyát képezendik; figyelemmel az e tekintetben megelőzőleg kelt szabályrendelet és jegyzőkönyvi határozatban foglaltakra.

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

Felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állomást elnyerni óhajtják, hogy az 1886. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi legalább két évi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 15-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beadottakat nem fogom figyelembe venni.

A választás Csikkarczfalván az 1905. évi április hó 17-dikén délelőtt 9 órakor fog megtartatni és a megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik. Felcsíki főszolgabiró.

Csíkszereda, 1905. évi márczius hó 13-dikán

3—1 *Becze Imre*, főszolgabiró.

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

Javadalom: 1100 korona évi fizetés, butorozott lakás, fűtés, villamos világítás, tiszti élelmezés, kiszolgálás. A segédorvos mindegyik osztályon gyakorolhatja magát. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható.

Pályázatok a képesítést, eddigi működést igazoló okmányokkal Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve hozzám **folyó évi márczius hó 30-dikáig** adandók be.

Szolnok, 1905. évi márczius hó 9-dikén.

2—2 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

799/1905. kig. szám.

Csik vármegyében a gyergyói járáshoz tartozó Remete, Várhegy és Salamás községből alakult egészségügyi körben a **körorvosi állás Gyergyó-Remete** székhelylyel üresedésben lévén, annak betöltése czéljából ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényes képesítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám f. **évi márczius 25-dikéig** adják be.

A választást 1905. évi márczius hó 26-dikán fogom Gyó-Remete községházánál megtartani.

A körorvos évi fizetése a látogatási díjak váltságával együtt 2336 korona, lakbére 200 korona, fuvarváltsága évi 104 korona.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Gyergyószentmiklós 1905. február 27-dikén.

2—2 *Szász Lajos*, h. főszolgabiró.

787/1905.

A lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés: 800 korona.
2. Lakbér: 200 korona.
3. Utazási átalány: 300 korona, a melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási díjak a körorvos lakásán 40 fillér, a körben nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, a mely látogatási díjaknak esetleges felemelése folyamatban van.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. **márczius hó 26-dikán d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom. A választás Harkács község községházánál f. évi márczius hó 28-dikán d. e. 10 órakor fog megejtetni.

Tornallya, 1905. márczius 4-dikén.

3—2 *Szentmiklósy Béla*, főszolgabiró.

609/1905. sz.

Békés vármegyének békéscsabai járásához tartozó **Ujkigyós** községben **a községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, a kik ezen havi előleges részletekben kifizetendő évi 1200 korona fizetéssel, azonkivül 4 szobából álló szabad lakás és udvar használatával, továbbá éjjel kétszeresen számítandó nappali házonkivüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér látogatási és 40 fillér halottkémlési díj szedésének jogosultságával javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1905. márczius 24-ik napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

Később érkezett, vagy kellőleg fel nem szerelt pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választást később megállapitandó napon fogja Ujkigyós község képviselőtestülete megejteni.

A választási naptól számított 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását elfoglalni köteles.

Békéscsaba, 1905. márczius hó 2-dikán. *Seiler*, főszolgabiró.

A rozsnyói dr. Kósa-Schopper nyilv. jellegű r.-kath. kórház másodorvosi állására kiirt pályázat eredménytelen maradván, a **másodorvosi állásra** újabb pályázatot hirdetek.

A három évi időtartamra betöltendő másodorvosi állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, a kórházban egy tágas, butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, kiszolgálat és első osztályú kórházi élelmezés. Kórházon kivül lakó orvos javadalmazása 1400 korona évi fizetés. Kilátásban van, hogy az 1906. évtől az évi fizetés 200 koronával felemeltetik. A kórházi szolgálat hátránya nélkül az orvosgyakorlat a városban meg van engedve.

A mennyiben az állásra oklevéllel biró pályázó nem jelentkeznék, egy évi időtartamra 800 korona fizetés, fűtés, világítás, kiszolgálat és kórházi élelmezés mellett szigorló orvosok is elfogadtatnak.

Felkérem a pályázni szándékozó orvosdoktor és szigorló orvos urakat, hogy oklevéllel és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket a rozsnyói székeskáptalanhoz f. é. **április hó 1-jéig** megküldeni szíveskedjenek. Az állás azonnal elfoglalandó.

Rozsnyó, 1905. évi márczius hó 12-dikén.

Ruber József dr., kórházi igazgató-főorvos.

3128/905. ki. sz.

Borsod vármegye tulajdonát képező **„Erzsébet“ közkó házban** lemondás folytán egy **segédorvosi állás** jött üresedésbe.

Ezen megürült és főispáni kinevezés útján betöltendő segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazása évi 1200 korona fizetés készpénzi és teljes ellátás. (Kórházban szabad lakás, élelmezés, kiszolgálás, fűtés, világítás.) Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-a, valamint 9. §-ának II. részében előirt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, s a V. Ü. Sz. 4. §-ának megfelelőleg Borsod vármegye főispánjához czímzett kérvényüket hozzám f. **évi márczius hó 30-dikán d. e. 12 óráig** annyival inkább adják be, mivel az elkésetten érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Miskolcz, 1905. évi márczius hó 11-dikén.

Tarnay Gyula dr., alispán.

4781/1905. k.

Szabolcs vármegyei nyiregyházai „Erzsébet“ közkórháznál 1000 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresített **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat s életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czímezve, hozzám **folyó évi aprilis hó 25-dikéig**, mint záros határidőig nyujtsák be.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkezik: később jóváhagyástól feltételezotten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Nyiregyháza, 1905. évi márczius hó 8-dikán.

2—1 *Szikszay*, alispán.

207/905.

Bars vármegye oszlányi járásában **agyugrócz** székhelylyel rendszeresített, 10 községből álló nagyugróczi **közegészségi** körnek lemondás folytán megüresedett **körorvosi állására** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona fizetés, 200 korona úti átalány, havi, illetőleg negyedévi előleges részletekben, az illetékes m. k. adóhivatal által kiszolgáltatva.

A nagyugróczi Thonet család butorgyára betegsegélyző, és uradalmi gazdasági orvos kötelező működése, mely után évi 1400 korona készpénz, 3 szoba, megfelelő mellékhelyiségek és kertből álló szabad lakás és 50 köbméter tűzifa javadalmazást élvez.

Körorvos köteles a körbeli vagyontalanokat díjtalanul, a többieket az egyezségileg megállapitott díjak mellett gyógykezelni, a trachomásokat kezelni, és a kör községeit hetenként egyszer beutazni.

A választást 1905. évi április hó 15-dikén délután 3 órakor fogom a nagyugróczi községháznál megtartani, felhivom tehát pályázni kivánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesítés és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hatóságomhoz **1905. évi április hó 12-dik ig** nyujtsák be. Ezen határidőn túl érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A megválasztott körorvos állását azonnal tartozik elfoglalni.

Oszlány, 1905. évi márczius hó 14-dikén.

2—1 *Ponoczky István*, főszolgabiró.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetben az egyik **másodorvosi állás** egyelőre ideiglenesen betöltendő. Javadalmazás: havi 100 korona fizetés, lakás, fűtés és I. osztályú élelmezés.

Felhivatnak azon orvostudorok, a kik ezen állást betölteni hajlandók, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat alulirtnál **folyó évi márczius hó 30-dikáig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha orvostudor nem jelentkezik, **szigorló orvos** is alkalmazást nyer.

Nagyszeben, 1905. évi márczius hó 14-dikén.

2—1 *A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.*

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
már. 20.	körorv.	Kis-Zombor	1000 korona	Nagy főszolgabiró
„ 25.	közs. o.	Bácsmilitics	1400 korona	Szemző főszolgabiró
„ 25.	kórh. főo.	Sátoraljaujhely	2000 k., 400 k. lakbér	Dókus alispán
„ 25.	2 k. s. o.	Sátoraljaujhely	1600 korona, telj ell.	Dókus alispán
„ 25.	közs. o.	Brezova	1200 k., 200 ut. á.	Vinkler, főszolgabiró
„ 28.	körorv.	Vál	1600 korona	Szűcs, főszolgabiró
„ 29.	kórh. s. o.	Esztergom	1000 k., teljes ellát.	Polgármester
„ 30.	járáso.	Temesvár	X. fizetési oszt.	Alispán
„ 31.	körorv.	Aranyág	1600 k., 200 k. lakb., 420 k. úti átalány	Jeszenszky, főszbiró
ápr. 1.	körorv.	Gyanta	1440 k., lakás	Rokszin, főszolgabiró
„ 12.	közs. o.	Nagy-Sáros	1200 korona	Egerer, főszolgabiró
„ 15.	kórh. alo.	N.-Tapolcsány	1400 k., teljes ellátás	Markhof, alispán
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
„ 9.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 úti átal.	Gyürei gyógyszerész

Negyvenkilenczedik évfolyam. 13. szám. *Budapest, 1905. márczius 26.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET Schulek Vilmos és 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 Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Thanhoffer Lajos: A neurit eredése az idegsejtből. 211. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár.) Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség esete. 212. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel dr. egyetemi cz. rk. tanár.) Adat a parakeratosis variegata (Unna-Santi-Pollitzer) és a dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn) stb. nevű kóralakok azonosságához. 214. lap.

Kopits Jenő: A skoliographia módszereiről. 215. lap.

Tárcza. Tudományos értekezések készítésmódja. 218. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Herrenknecht:* Aethylchlorid und Aethylchloridnarkose. 219. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Bertram:* Az asthma bronchiale orvoslása. — *Henle:* Heveny nátha gyógyítása. — *Valentini:* A hastyphus kezelése pyramidonnal. 220. lap — *Sebészet. Muscatello:* A hólyagectopia gyökeres műtevése. — *Lapinski:* Gyermekek köldöksérve. — *Bőrkórtan. Tourtoulin Bey:* A lepra gyógyitása chaulmoogra-olajnak subcutan befecskendésével. 220. lap. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Müller:* Vérzéscsillapitás. — *Fischer:* Chlorallal eredményesen kezelt tetanus. — *Weitlaner:* Gyomorhurut orvoslása. — *Münz:* Tussis convulsiva orvoslása. 220. és 221. lap. — *Folyóiratok átnézete.* 221. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Trachoma-tanfolyamok. — Egyetemi alkalmazások — A XV. magyar balneologiai congressus. — A XI. szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága. — Az osztrák egyetemek látogatottságáról. 221. és 222. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akademia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — III. országos elmeorvosi értekezlet. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brünnig czég „Albargin“ cz. prospectusa. — Krewel & Cie., Köln a. Rhein „Tannoform“ czimű prospectusa. — Lipótvárosi gyógyszertár „Nervinol Barabás“ czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A neurit eredése az idegsejtből.

Thanhoffer Lajos egyetemi tanártól.

Előleges közlemény.

Nem vagyok barátja az előleges közleménynek, életemben csakis egy-kétszer folyamodtam ahhoz; de most többféle ok kényszerít reá, s azért bátorkodom e lapok hasábjait igénybe venni, és pedig első sorban azért, mert az eredmény, melyet újabb ez irányú vizsgálataimmal elértem, oly fontos, hogy közlésével várni nem czélszerü; másrészről az elsőbbség megóvása késztet a közzétételre azért is, mert a rajzok elkészítése, az újabb és bő irodalom áttekintése, valamint a szöveg megirása nagy időt vesz igénybe, s igy a rohamosan dolgozó száz meg száz búvár kutatása esetleg hasonló eredményre vezetvén, évtizedes munkának eredménye válhatnék a késés miatt illusoriussá.

Azért is új munkámat több részre szándékozom osztani, és szakaszait egyenként fogom — ha erőim megengedik — közzétenni. Jelenleg csak azon kérdéssel fogok foglalkozni, a mely az idegnyúlványnak, a neuritnek a sejtből miként való eredését tárgyalja.

Már 1884-ben közöltem a Magyar Tudományos Akademián az általam ajánlott, úgynevezett szétterítő módszert és az azzal elért eredményeimet, s ugyanakkor ott készítményeimet is bemutattam. Módszerem leirása különben a Magyar Tud. Akademia külön kiadványai közt és németül is megjelent, továbbá későbbi nagyobb monographiámban is (Adatok a központi idegrendszer szerkezetéhez) megtalálható az.

Ebben fenti kérdéseink is tárgyalva voltak, és színes táblákban kimutattam a többi között, hogy, mint valaha *Arnold* két esetben s *Jolly* egy esetben észlelték, az idegtengelyszál nyúlványa az idegsejtek magvából vagy magvacskájából veszi eredését. Vizsgálataim ezen és más eredményeit azóta nem vonta kétségbe az irodalomban senki sem, részben talán azért, mert vizsgálataimnak főbb eredményei csak rövid kivonatban lettek németül közölve rajzok nélkül, s ekként a hozzászólásra a külföldnek elég substratuma nem lehetett, bár sok hozzáértő külföldi tudósnak készítményeimet bemutattam, s az igazsághoz híven említenem kell, hogy egyesek meggyőzőknek tartották készítményeimet, mig mások nyúlványnak hitték a magvacskából eredő szálat, de nem mondták, hogy az idegnyúlvány, ismét mások annak helyes magyarázatát másképen gondolták, sőt volt egy olyan magyar hazámfia is, a ki e kérdés vizsgálatáról le akart beszélni engemet, sajnálva bizonnyal időm meddő elforgácsolását.

Hosszas meg-megszakított vizsgálataimban azonban nem csüggedtem, hanem módokról gondolkodtam, és számos részint meddő, részint azonban sikerre vezetett methodust eszeltem ki, a melyekkel a sejtmagvacskát és a vele egybefüggő neuritet ugyanegy és más színre festve tüntettem elő, mint magát az idegsejtet, ekként még élesebb képeket kapva.

Sikerült a sejttestet kékre, az idegnyúlványt s magvacskát pirosra festenem. Máskor — s ez meggyőzőbb — a picrocarminfestést alkalmaztam, s utána a gyenge hevitést. Ezzel is szép készítményeket kaptam, itt is differentiálva láttam a neuritet a sejttől. De az nyugtalanított, hogy nem metszeteken, hanem csak fedőüvegkészítményen látok ilyes dolgokat, meg hogy ezer meg ezer készítmény között csak egy-kettőn tudok eredményt felmutatni.

Hozzáfogtam végre a metszetek készítéséhez, úgy a *Golgi*, mint a *Ramon*, valamint a *Bilschovszky* és *Vermes*-féle methodu-

sokhoz, mely vizsgálataimban gyakornokom, *Lükő Béla* fáradhatlanul támogatott, de ekkor megint csakis sok száz meg száz készítmény után akadtam olyan képekre, a melyekben sejteni lehetett, hogy előbbi állításom helyes. Azonban végre is fáradozásunk meglepő sikerre vezetett, midőn a metszeteket a *Heidenhain*-féle *haematoxylin-vaslakkos* festőszerrel megfelelő módon festettük.

Mintha gyémánttal volna a kép kőbe metszve, oly élesen látszik ily metszeteken — átlag mintegy minden 10—12 metszet közül egyen-egyen —, hogy a sejtnél, mely lilakékre színeződik, sokkal sötétebbre, csaknem feketére színeződik a tengelyszálnyúlvány s eredő gócza: a sejtmagvacska, különösen akkor, ha a sejtmag kevéssé vagy alig festődött. Nemcsak e módszerrel, de egyéb más festőmódszerekkel is, egyéb finom szálakat is láttam a magvacskából eredni, melyeket azonban tovább kell meg kutatnom, itt csak felemlítem azokat.

Egy kitünő collegám azon kimondásának, hogy ha csak egyetlen metszeten mutatok is neki egy ilyen eredést, elhiszi állításomat, eleget tehetek most, mert nem egyet, hanem már eddig is több ilyen készítményt mutathatok neki, a melyek közül legalább a nagyon élesek és világosak meggyőzhetik minden bizonynyal őt is és másokat is ezen szerintem nagyfontosságú észlelet helyességéről.

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

Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség esete.[1]

Közli: *Elfer Aladár* dr.

A leukaemiás megbetegedéseknek Röntgen-sugárral való gyógykezelését az amerikai sebész *Senn* kezdeményezte. Először a pseudoleukaemiás formák két esetében, majd, mint *Senn* nevezi, a „splenomedullaris leukaemia“ egy esetében alkalmazta volna sikerrel a Röntgen-fényt. Az utóbbi esetében 29 éves nőbetegről tesz említést, ki megelőzőleg körülbelül 1½ év óta gyengélkedett. Az észlelés kezdetén anaemiás és igen elgyengült volt, csaknem a symphysisig leterjedő lépmegnagyobbodással. A haematologiai lelet: 3.500,000 piros vértest, 56% (?) haemoglobin és 64,800 fehérvérsejt. A fehérvérsejtekre következőket jegyzi meg: „leucocytes, myelocytes and eosinophiles 64,800“. 1903. évi február hó 3-dikán veszi kezdetét a Röntgen-fénynyel való kezelés és április hó 12-dikén myelocytákat már nem látott. Junius hó második felében kitünő egészségben (?) kerül haza a leukaemiás nő.

Ily gyógykezelési eredmény a leukaemiás megbetegedések statistikájában igazán feltünő volt, s bár a fenti vérlelet hézagos volta ellenmondásra is szolgáltatott okot, mégis megérdemelte, hogy az utánavizsgálók egész serege következzék. Pedig hiányzott az experimentalis alap, a melylyel ezen látszólagos kedvező eredményt indokolni lehetett volna.

Jelen alkalommal csakis azon vizsgálatok rövid felemlítésére szorítkozom, melyek magyarázatát adhatják azon kedvező hatásnak, melyet a Röntgen-fény a fehérvérűségre gyakorol.

Senn kisérleti alap hiányában a kedvező eredményt annak tulajdonította, hogy az X-sugár megöli a leukaemia mikrobáját. Jó volna ismerni természetesen első sorban is ezt a kérdéses mikrobát.

A komoly experimentalis búvárlat eredményét szolgáltatja *Heinecke*, ki feladatául tüzte ki többek között a belső szervek boncztani és szövettani elváltozásainak tanulmányozását Röntgen-fény behatása után. Fehér egerek, tengerimalaczok, házinyulak különböző szerveit vette vizsgálat alá, melyeknek eredménye gyanánt említi „die Röntgen-Strahlen üben eine elective Wirkung aus auf das lymphoide Gewebe, die mit der Zerstörung desselben gleichbedeutend ist“.

Ugyancsak *Heinecke* említi, miszerint a lymphocyták pusztulása már igen rövid, mondjuk pl. ½ órai expositio után is bekövetkezik, még pedig ellentétben a bőrre gyakorolt hatással incubatiós szak nélkül és 36 óra alatti pusztulással, melyet elég gyors regeneratio is követ. A lép pulpája és a csontvelő specifikus elemei a megfelelő expositio után csak 2—3 nap multán mutatják az elváltozások kezdetét. Természetesen kizárandó az utóbbi elváltozásokból az egymagvú lymphocytáknak pusztulása, a melyek fenti értelemben az expositio után már 2½—3 óra mulva a degeneratio jeleit mutatják. A piros vértestecsek elpusztulását még későbbi időre helyezi, a mennyiben az körülbelül a 6. napon volna először észlelhető. Kutyákon végzett kisérletei hasonló eredményeket adtak. A lymphoid szövet elpusztulását határozottan a Röntgen-sugárnak tulajdonítja, s mint már fennebb is említettük, jellemzi ezen elváltozást az incubatiós szak hiánya, a pusztulás rohamos beállta és lefolyása, az utóhatás hiánya és az elpusztult lymphoid-szövet gyors pótlása.

Milchner és *Mosse* állatkisérleteikben arról óhajtottak meggyőződést szerezni, hogy vajjon adna-e a Röntgen-fény valamely irányban támpontot a vészes vérszegénység gyógyításában. Kisérleteik, melyeket házinyulakon végeztek, csak megerősítik *Heinecke* adatait, melyek a haemoglobintartalmú sejtekre vonatkoznak. A piros vértesteknek a Röntgen-sugárral szemben mutatkozó resistentiáját oly módon is igyekeztek bizonyítani, hogy physiologiai sóoldattal összerázva tették ki azokat a Röntgen-fény behatásának mintegy két óráig, a nélkül, hogy a pirosvértestek valamely elváltozást mutattak volna.

Ezen experimentális adatok mellett számos szerző tesz említést a fehérvérűségnek Röntgen-sugárral való gyógyításáról; azonban hogy mily eredménynyel, arról részint a megfigyelési időszak rövid volta, részint az időközben esetleg más okból bekövetkezett exitus miatt teljesen positiv választ eddigelé nem nyujtottak. Azonkivül a haemocytologiai adatok sem oly számúak, hogy azokból végleges következtetést vonhatnánk. Mindenesetre oly esetek, mint pl. *Ahrens*-é, kinél a sectio daczára a Röntgen-kezelésnek, a csontvelő typusos leukaemiás elváltozását mutatta, teljesen bizonyító erővel nem birhatnak, mivel egyrészt a beteg sem folytatta a megfelelő gyógykezelést, másrészt egyéb külső káros körülmények is szerepeltek. *Ahrens* esete mindenesetre mutatja azt, hogy a fehérvérsejtek nagy mértékben megfogytak, annyira, hogy az arány a piros és fehérvérsejtek között 525 : 1 lett. Miután azonban pontosabb sejtanalysist dolgozatában nem találunk, az előbbi körülmények tekintetbe vételével egy irányban sem támogatja teljes biztonsággal a Röntgen-fénynyel való gyógykezelés hasznát, természetesnek találjuk, hogy maga *Ahrens* is tartózkodik a határozott véleménynyilvánítástól. *Rohde, Schveinburg, Krause, Fried, Grawitz, A. Hoffmann, Guilloz, A. Spillmann, L. C. Groshand, W. I. Stone, Aubertin et Beaujard, C. Bozzolo, Bryant and Crane, Krone, Gerber, Holzknecht* stb. neveihez fűződnek a megfelelő esetek közlései. Ezeken kivül külön felemlítésre méltónak tartom *J. A. Capps* and *J. F. Smith*, továbbá *Joachim* és *Kurpjuweit* közleményeit, még pedig előbbit a közölt esetek tömeges száma (7) miatt, valamint azért is, mivel a benne közölt esetek között szerepel a *Senn* által gyógyultnak nyilvánított leukaemiás eset is, még pedig letalis kimenetellel.

Joachim és *Kurpjuweit* két esetnek Röntgen-fénynyel való gyógykezelését közlik pontos haematologiai vizsgálattal kapcsolatban. Egyik esetük mint myelaemia, a másik pedig mint lymphaemia chronica szerepel. Az eredmény meglepően kedvező volt; a mennyiben különösen első esetükben a fehérvérsejtszámnak csökkenését kifejezetten követte a beteg javulása is. A lymphaemiás beteg vérlelete qualitativ változást nem mutatott a kezelés végén sem, bár számbelileg 385,000-ről 8800-ra csökkent a peripheriás fehérvérsejt száma mm^3-ként; azonkivül a mirigyduzzanatok, valamint a lépmegnagyobbodás is jelentékenyen visszafejlődtek.

Esetünk részletezése előtt sietünk megjegyezni, hogy ez csakis az előleges közlés formája mellett történhetik, mivel az ily idült lefolyású megbetegedésnél, mint a myelaemia, szükséges, hogy a therapiai észleletek is a megfelelő időtartamra vonatkoztassanak. Esetünk röviden a következő:

Nagy Anasthásia, 40 éves, gör.-kath. vallású, kertész neje, vajdakamrási illetőségü (Kolozs megye). Klinikai felvétel 1904. deczember hó 12.

Atyja előtte ismeretlen betegségben évek előtt halt el. Anyja úgyszintén három élő testvére egészségesek. Két testvére kicsiny

[1] Bemutattatott az „Erdélyi Muzeum-Egylet“ orvos-természettudományi szakosztálya 1905. január havi ülésében.

korban (8—9 év) állítólag hólyagos himlőben halt el. Gyermekkori bántalmakra nem emlékszik. Himlő ellen két izben sikerrel oltották be. Mérsékelt alkohol élvezetét bevallja. Luest tagad. Havi baját 17 éves korában kapta meg először, mely azóta, eltekintve 10-szeri terhességi és megfelelő szoptatási időszaktól, a megfelelő időközökben, rendes minőségben és mennyiségben jelentkezett; utoljára egy év előtt volt, azóta teljesen kimaradt. Jelenleg második férje van. Összesen 10 gyermeke volt, kik közül három (3) él és egészséges (18, 10 és 8 évesek), hét gyermeke pedig előtte ismeretlen betegségben kicsiny korban halt el. Gyermekeit mind maga szoptatta. Utolsó gyermeke 3 év előtt született; ez nemsokára meg is halt.

Serdültebb leánykorában hosszabb ideig tartó másodnaponkénti rázóhideg kínozta; ettől eltekintve fekvőbeteg jelen bajáig soha nem volt.

Jelenleg két év óta érzi, hogy beteg. Eleintén gyengülni kezdett, majd hetenként 2—3 napon át fájt a feje és egy év óta állapota jelentékenyen súlyosbodott. Ekkor maradt el a havi baja is. Folytonosan soványodott, étvágytalan lett; könnyen elfáradt; munkaközben elfuladt, gyakran vér jött szájából, később lábai is dagadni kezdettek, két hónap előtt állapota már oly súlyos volt, hogy állandóan ágyba került. Lábai erősen megpöffedtek, fájtak, s járni egyáltalán nem tudott. Beteg állítása szerint hasa megdagadt, és egy daganat nőtt benne, a melyet már egy év előtt is észrevett, mint kis csomót, mely azóta folyton nőtt és újabban fájdalmas is lett. Egy hónap óta annyira fullad, hogy ágyában is csak ülve képes megmaradni; három hét előtt egy hétig folyton vér ürült ki szájából, a nélkül, hogy köhögött vagy hányt volna, és azóta kisebb-nagyobb mértékben szájából vérzik. Lábai, hasa folyvást dagadtak, miért is a fenti napon kórodánkra került.

Jelenállapot. A középtermetű és rendkivül lesoványodott nőbeteg csontrendszere külsőleg látható alaki eltérést nem mutat. A csöves csontok vége nyomásra, de főleg a szegycsont egész hosszában igen érzékeny. Izomzat térfogata, a hol megfogható, igen megfogyott, petyhüdt tapintatú. Bőr alatti kötőszövet zsírtartalma erősen megfogyott. A bőr, eltekintve az oedemás területektől, minden irányban bőven ránczokba szedhető; bőr színe igen halvány, barnás-sárga árnyalattal, tapintata száraz. A térfogatában jelentékenyen megnagyobbodott alsó végtag és has, továbbá mindkét kéz és alkar alsó két harmada felett, valamint a hát alsó harmadától lefelé a bőr mindenütt megfeszült, tésztatapintatú, az ujjbenyomatokat sokáig megtartó.

Sensorium tiszta. Intelligentiája körülményeinek megfelelő; arczkifejezése erősen szenvedő. Idegrendszer sem az érzési, sem a mozgási körben feltünő eltérést nem mutat, eltekintve a beteg nagyfokú gyengesége mellett fennálló járási képtelenségtől. Fej, arcz általában részarányos, szemek beesettek, az egyenlően középtág láták fényre és alkalmazkodásra egyaránt reagálók. A conjunctiva és ajaknyákhártya halovány, a szájür nyákhártyája hasonló képen, úgyszintén a foginy is. Ezen utóbbi itt-ott folyós vérrel fedett, egyébként nyomásra vér sajtolható ki belőlük. Erős foetor ex ore. Nyelv bevont, nedves; étvágy csökkent; szomj nem fokozott, nyelés szabad.

Nyak középhosszú, részarányos; rajta hegek nem tapinthatók; állkapocs szöglet alatt mindkét oldalt több kis, egyenletesen rugalmas mirigy tapintható. Kisebb, de hasonló tapintatú mirigyek észlelhetők mindkét kulcsfeletti árokban, a hónaljkúpban, ban a sulcus bicipitalisban és a lágyékhajlatokban, mely utóbbi helyeken azonban jókora babnagyságban is tapinthatók. Nyaki edények lüktetése jól látható és tapintható.

Mellkas felső részlete lapos, alsó részlete pedig minden irányban egyenletesen tágult. Kulcsfeletti és alatti árkok erősen besüppedtek, bordaközök kifejezettek. Egyébként a mellkas részarányos és légzésnél — melynek jellege kifejezetten felső mellkasi — a bal mellkasfél alsó részlete némileg visszamarad. Légzés elég mély, perczenkénti átlagos száma 26.

Kopogtatási viszonyok a következők: Mindkét kulcsfeletti és alatti árokban t. é. n. d. a kop. hang, mely mint ilyen leterjed jobboldalt mellül a három kopogtatási vonalban a IV. borda alsó, az V. borda felső és a VI. borda alsó széléig. Az e pontokon kezdődő tompulat mély légvételkor kevéssé feltisztul. Ezen tompulat meghaladja a bordaszélt mind a három kopogtatási vonalban mintegy 11 cm.-nyi terjedelemben. Jobb középső hónaljvonalban a tüdő alsó határa a VII. borda alsó széléig terjed és az itt kezdődő tompulat ugyanezen kopogtatási vonalban a csípőtaréig sem tisztul fel. A bal mellkasfél felett mellül a tüdő t. é. n. d. kop. hangja a szegycsont melletti vonalban a III. bordáig terjed le és az itt kezdődő tompulat egy harántujjal túlhaladja a proc. xiphoideust. A bimbóvonalban a IV. borda széléig terjed a t. é. n. d. kop. hang, a honnan lefelé haladó tompulat az V. borda alsó széléig terjedő. Bal középső hónaljvonalban a t. é. n. d. kop. hang a VIII. borda felső széléig terjed és onnan kezdve leterjed a tompa kop. hang a has alsó részletéig.

Hátul mindkét tüdő t. é. n. d. kop. hangja a scapularis vonalban a VIII. bordáig terjed.

Tüdők felett úgy mellül, mint hátul érdes légzés hallható.

Ütérlökés szabályos, kissé üresebb, elég könnyen elnyomható, perczenkénti átlagos száma 90. Szívtáj megtekintésre feltünőbb eltérést nem mutat. Szívcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonaltól 2½ harántujjnyira kifelé szétterülten tapintható. Absolut szívtompulat felső határa a III. bordánál kezdődik, kifelé a szívcsúcslökés helyéig és befelé csaknem a jobb szegyszélig terjed. Mint relativ szívtompulat a szegycsont melletti vonalban a III. borda felső szélén kezdődik és befelé a IV. borda magasságában mintegy 3 harántujjnyival túlhaladja a jobb szegyszélt. Szívcsúcs felett systolés zörej és tompa diastolés hang hallható. Jobb szív felett hasonlóak a hallgatási viszonyok. Pulmonalis II. hangja kevéssé ékelt és a systolés zörej időnként igen érdes és erősen hallható.

Has térfogata nagyobb, általában puffadt, köldök körüli körfogata 112 cm. A köldök és proc. xiphoideus közti távolság 23 cm. és a köldök-symphysis közti vonal 19 centimeter. Has feszes, légpárnatapintatú. A jobb hasfélben a bordaív alól kiinduló, nyomásra érzékeny, homályos szélű és a légzési mozgásokat követő resistentia tapintható, melynek fenti homályosan kivehető széle a jobb bimbóvonalban a bordaív alatt körülbelül 11 cm.-nyire észlelhető. Továbbá a bal hasfelet kitölti a bal bordaív alól kiinduló, csaknem a symphysisig leterjedő és mellső domborulati vonalában a köldököt némileg túlhaladó, és különösen alsó szögletében meglehetősen durván göröngyös felületű, a mellső tompa szélén pedig több mélyebb bevágást mutató képlet, mely nyomásra kevéssé érzékeny. Mindkét resistentia felett tompa kop. hangot kapunk.

Vizelet átlagos napi mennyisége nem nyerhető, mivel híg székletétével együttesen üríti ki a beteg. Kevés külön nyert vizelet 1013 fajsúlyú, igen gyengén savi vegyhatású és sötétebb borsárga színű. Idegen alkatrészek közül kevés fehérjét és genyet tartalmaz. Górcső alatt számos fehérvérsejt és néhány levált húgyútbeli hám látható.

Székletét rendetlenül, napjában átlagosan 4—6-szor jelentkezik, híg pépes, rendesen festenyzett és igen büzös.

A felvételkor megejtett vérvizsgálat górcső alatt a myelaemiára jellemzetes képet mutatja. Feltünő nagy számban láthatók a nagy egymagvú, szemcsézett protoplasmával biró sejtek. Miután a kórisme kétségtelenül idült fehérvérűség mellett szólott, czélszerűnek véltük az ekkor már elég elterjedten használt Röntgenfény alkalmazását betegünknél is igénybe venni.

A kórlefolyás rövid felemlítése előtt szükségesnek tartom a Röntgen-fénynyel való kezelés technikai részét röviden felemliteni, még pedig nemcsak azért, mivel a szerzők legtöbbje ezt külön megemliti, hanem főképen azon esetleges lehetőség miatt, hogy az eljárás pontos körvonalozása a nagyobb számú esetek összehalmozása után magyarázatul szolgálhatna az egyes esetekben való sikertelen alkalmazását illetőleg. Az inductor (50 cm.), Wehnelt-féle elektrolytikus szakító alkalmazása mellett állandóan kemény — kihasznált — csövet használtunk 6 Ampère és 80 Volt mellett. A megerősített antikathoddal ellátott cső és a fényhatásnak kitett szövetterület közötti átlagos távolság körülbelül 30 cm.-t tett ki. A távolságot az antikathod lapjától számítottuk. A nem exponált területeket ólomlemezekkel védtük, míg a fényhatásnak közvetlenül kitett testrész fölé elég vastagon staniollemezeket tettünk (*Perthes*) a kevésbé penetráló sugarak részle-

ges elnyelése czéljából. *Holzknecht*-féle chromoradiometert nem használtam, különben is erősen penetráló sugarakkal dolgoztam.

A haematologiai lelet pontosabb elemzését alább adom. A kórlefolyás röviden a következőkben foglalható össze:

A Röntgen-kezelés bevezetése előtt megejtett vérvizsgálat 45% haemoglobint (*Fleischl*) mutat 2.080,000 pirosvértest és 888,000 fehérvérsejtszám mellett. A beteg nagy mértékben elesett, szájából folyós vér, kevés alvadt vértömegekkel ürül; a megszúrt ujjhegyből nyomás mellett még negyed óra multán is vér sajtolható ki. Hasmenése van; székletéte inkább híg, erősen büzös.

Therapia: Salicylsavas beöntések. Bismuthum subnitricum és opium, továbbá china-főzet (1:200) belsőleg.

Deczember 13. Ma délután a Röntgen-kezelést vezetjük be a fenti módon, még pedig 20 perczig a beteg sternumát exponáljuk.

Deczember 14—15. Röntgenezés sternum felett 20—20 perczig.

Deczember 16—17. Röntgenezés a lép felett 20—20 perczig. Subjective könnyebben érzi magát. Hasmenése 5—7-szer naponta.

Therapia: Ricinus belsőleg és azután a beöntések. Étrend-megszorítás.

Deczember 18—20. Röntgenezés naponként 10 perczig a lép és 10 perczig a sternum felett. Folytonos hasmenés. Szemtükri vizsgálatnál apró vérzések láthatók a jobb szemfenéken. (*Borbély* dr.)

Deczember 21. Ma a fenti területeken kivül a bal czombcsont feje is bevonatik a röntgenezés keretébe további 10 percznyi időtartammal. Has körfogata 96 cm. (felvételkor 112), a köldök és proc. xiphoideus közötti távolság 21 cm. (felvételkor 23 cm.), a köldök és a symphysis közötti vonal pedig 18·5 cm. (felvételkor 19 cm.)

Deczember 22—24. Röntgenezés, mint legutóbb. Székletét 2—4-szer naponta, még mindig büzös; a beöntéseket most már ½ óráig is jól bentartja. Étvágy igen fokozott. A sternum feletti érzékenység csökkent. A szájürből jövő vérzések teljesen megszüntek.

Deczember 25—1905. január 1. a röntgenezés kimarad; az ekkor megejtett vérvizsgálat szerint haemogl. 53·7 % (Fleischl-Miescher), 2.140,000 pirosvértest és 442,000 fehérvérsejt mellett. Általában könnyebben van. Has körfogata köldök magasságában 92 cm. (Utolsó mérés 96.) Azonban hasmenése most is 4—6-szor naponta, híg, büzös. Lép határozottan kisebb, az alsó szélén kezdetben kifejezetten tapintott göbök kevésbé jól kivehetők.

Január 2, 4, 5. Harmincz percznyi röntgenezés a sternum, a lép s a csövescsontvégek felett. A bal czombcsont feje felett a decubitus teljesen begyógyult, beteg jó étvágygyal eszik; has feszessége is engedett; köldök körüli körfogata 90 cm. (Utolsó mérés 92 cm.).

Január 6, 7. Ugyanazon módon röntgenezés, kivévén a lép fölötti területet, hol a fellépett bőrpigmentatio miatt kihagyjuk.

Január 8—12. Lép kivételével folytatjuk a röntgenezést.

Január 13. Beteg annyira erősbödött, hogy egy keveset felkel az ágyból s járkálgat. Lép kivételével fenti módon röntgenezés. A megejtett vérvizsgálat 1,988,000 pirosvértestszám mellett 22,500 fehérvérsejtszámot mutat; híg székletét háromszor.

Január 14. Röntgenezés mint fennebb. Has körfogata köldök magasságában 74 cm. (Utolsó mérés 90 cm.)

Január 15. Ma a fenti terület kezelése mellett a lépet is exponáljuk.

Január 16. A sternum, a jobb fartáj és mindkét térdizület felett a bőr hyperaemiás és érzékeny. Ezen területek felett nem röntgenezünk. A gerinczoszlopot egész hosszában 15 perczig exponáljuk.

Január 17. A két felkarcsont fejecsét 5—5 perczig röntgenezzük. Ez időtől a röntgenezést beszüntetjük, és az akkor megejtett vérvizsgálatnál 2,453,000 pirosvértest és 600 fehérvérsejtet kapunk. Vizelet rendellenes alkatrészt nem tartalmaz.

Január 18—28. Betegnél a léptájon és a jobb fartájon jókora férfitenyérnyi terjedelemben dermatitis képe fejlődik ki. Az epidermis elég hamar leválik, s megindul a szélekről a sarjadzás. Ezen idő alatt beteg járkálgat, fokozott étvágygyal eszik; hasmenése teljesen megszünt, úgyannyira, hogy az Erdélyi Muzeum Egylet" orvosterméstudományi szakosztályában 1905. év január 28-dikán bemutatott beteg, bár még mindig igen gyenge, de távolról sem mutatja a kezelés első napjaiban tapasztalható nagymérvü elesettséget.

Ezen időtől mai napig (1905. márczius 1) beteg állandóan röntgenezés nélkül van; a dermatitises területek csak közepükön fedettek finom hámmal, egyébként a széli területeken a környező bőrtől nem sokban különbözők. Az újolag megejtett szemfenéki vizsgálatnál vérzésnek nyoma nem látható, mindkét szemfenék halványabb, a látóidegfők kissé halványabbszürke színüek, valamivel élesebben határoltak a rendesnél, úgyszintén az arteriák is kissé szükebbek. A legutolsó vizsgálat (márczius 1) szerint a haemoglobin-tartalom 95·4%, 3.100,000 piros- és 12,000 fehérvérsejt mellett. Jelenleg megjegyzendőnek tartom, hogy azon apró kis mirigyek, melyeket a kórtörténetben felemlitettünk, ma is fennállanak, úgyszintén a lépmegnagyobbodás is, melynek megmérhető hosszúsági és szélességi átmérője 27—24 cm.-t mutat. A máj a jobb bordaív alatt mintegy 3 harántujjnyi szélességben homályosan tapintható. Utólag felemlítem, hogy eddigi megfigyelésünk alatt a betegnek legmagasabb hőmérséke 37·8° C. volt, az átlagos hőmérséklet 36·5—37° C. között ingadozott.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel dr. egyetemi cz. rk. tanár)

Adat a parakeratosis variegata (Unna-Santi-Pollitzer) és a dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn) stb. nevü kóralakok azonosságához.

Irta: *Csillag Jakab* dr.

A „*parakeratosis variegata*" (Unna-Santi-Pollitzer) és a „*dermatitis psoriasiformis nodularis*" (Jadassohn) stb. nevek alatt ismert két kóralak megegyezik egymással különálló laesioinak úgy klinikai, mint histologiai egyformaságában, az idült lefolyásban, a subjectiv tünetek hiányában, a kezeléssel szemben való makacsságban és abban, hogy éveken át való fennállás daczára viselőik általános egészségi állapotát nem befolyásolják. Ezekkel szemben a különbség közöttük egyedül abban nyilvánul, hogy mig a „dermatitis psoriasiformis nodularis stb."-nél a primaer efflorescentiák izoláltak maradnak még akkor is, ha igen nagy számban vannak egymás mellett, addig a parakeratosis variegatánál ezek annyira összefolynak, *sürü hálózatot képezve*, hogy csak kis bőrszigetek maradnak épen, mint ezen háló szemei.

Ezen egyedüli lényeges különbség képezi azon alapot, a melyen egyesek a két kóralak különtartása mellett emelnek szót.

A következő eset fölöslegessé tesz ez irányban minden további vitát, a mennyiben *ezt a két kóralak azonossága mellett dönti el.*

Az eset, melyet ez idő szerint is még *Róna* professor osztályán van alkalmunk észlelni, a következő:

K. Zs.-né, 65 éves, 13 év óta a klimaxon túl levő özvegy nő 1904. február hó elejéig, leánykorában átszenvedett bárányhimlőt kivéve, bőrbajban nem szenvedett. Februárban általános vizkór miatt a szt. István-kórházban *Hochhalt* belbeteg-osztályára került, hol nephritis chronicát találtak nála és ez ellen kezeltetett május végeig, midőn vizkórja szünni kezdett. Közvetlenül ennek visszafejlődése nyomán kiütéseket vett észre először a hasán, majd az egész köztakaróján, melyek neki semmiféle subjectiv érzést nem okoztak és melyek azóta fennállanak. E kiütések miatt vétette fel magát Róna professor osztályára 1904. augusztus 28-dikán.

Jelen állapot: A jól fejlett, csökkent táplaltságú, petyhüdt, az alsó szárakon anasarcás bőrü, anaemiás szinü nő hajzatos *fejbőrén* elváltozás nincs. Az *arcz* mindkét oldalán a fül előtt, továbbá a tarkó táján a fül mögött nem hámló, mérsékelt hyperaemia látható; a homlokon a hajzat határán lencsényi hyperaemiás foltok, a jobb szemöldök belső szélén egy lencsényi hyperaemiás, kissé hámló, kerek terület. A *nyak* bal oldalán 6—8 kendermaglencsényi, laposan kiemelkedő, sima felületü, részben vékony ezüstfehér pikkelylyel fedett, sonkaszinü vörös, kerekded papula van,

melyeknek a bőrből való kiemelkedése tapintásnál is nyilvánul és melyek kissé tömöttek, éles határúak; néhány hasonló a tarkó jobb szélén is. A *mellen* csak az emlők alatt láthatók e papulák nagy számban, az emlők lelógása következtében kissé macerált felülettel, különben a mell többi részén csak egy-kettő van. A *hason* szintén nagyobb számban vannak elszórtan, részben már visszafejlődve, barnásan pigmentált és vékony ezüstfehér pikkelylyel fedett terület visszahagyásával, részben egész kis körömnyire növe lapos sima felülettel. A háton a kötözködésig göcsök vagy foltok nincsenek. A kötözködés tájától lefelé a keresztcsont felett, továbbá a farpofákon, főleg ezek oldalsó felületein csak mérsékelt számban láthatók részben teljesen sima felülettel, részben ezüstfehér színü, a centrumot fedő, könnyen leemelhető pikelyekkel fedve, melyek leemelése után vakarásra pontszerű vérzés csak elvétve lép fel. Mindkét *váll* körül, de főleg mellül, a *hónaljárkokban* és a *felkar* belfelületén igen nagy számmal láthatók a kendermag-lencsényi, kivételesen körömnyi, inkább göcs, mint folt jellegü kiütések, melyek itt élénkvörös színüek és egymáshoz igen közel való elhelyeződésük daczára alig mutatnak hajlamot az összefolyásra. Kisebb számban és legnagyobb részben már lelapulva, ezüstfehérszínü fehér pikkelyekkel fedve láthatók a kiütések a felkar feszítő felületén, az alkarokon, a kézháton és a tenyereken is. Nagyobb számban láthatók a nemi szervek környékén, mérsékelt számban az alsó végtagokon és a talpakon is. Az alszárakon a szín tekintetében annyiban térnek el a törzsön és a felső végtagokon levő kiütésektől, hogy cyanotikus vörösek, egész vérömlenyesek.

A szájnyálkahártyán elváltozás nincs. A mirigyrendszerben elváltozás nem tapintható. A vizeletben kevés fehérje mutatható ki. A belső szervekben különben elváltozás nem volt található.

Egy a hát böréből kimetszett efflorescentia *histologiai* vizsgálatának eredménye következő volt. A papillaris rétegben mérsékelt perivascularis gömbsejtekből és többmagvu fehérvérsejtekből álló infiltratio, kisfokú oedema, a kötőszövetsejtek lényegtelen megszaporodása; a Malpighi-rétegben az interpapillaris hámléczek és a suprapapillaris réteg 1—2 sejtsorának mérsékelt oedemája, a sejtek között kisszámú vándorsejttel; az ezenfelüli részét az epidermisnek egy lényeges vastagságú parakeratotikus réteg foglalja el; keratohyalin réteg az efflorescentia nagy részén hiányzik, és csak a széleken jelentkezik újra. Mikroorganismusok methylenkék- és Weigert-féle festéssel ki nem mutathatók. Ezen klinikai és histologiai lelet, továbbá a hónapokon át való észlelés, mely idő alatt kezelésre csak annyiban változott a kép, hogy az eltünt laesiók helyett újabbak jöttek, kétségtelenné tette, hogy az eset azonos azokkal, melyeket *Jadassohn, Neisser, Juliusberg, Pinkus, Róna, Himmel, Rille* stb. ismertettek és melyeket „dermatitis psoriasiformis nodularis“, „exanthema psoriasiforme lichenoides“ és „pityriasis lichenoides chronica“ nevek alatt ismerünk. Mint ilyet is mutattam be az esetet a Budapesti Kir. Orvosegyesület dermat. és urol. szakosztályának november havi ülésén.

Deczember elején az eddigi kátrányos kezelés mellett az efflorescentiák, melyek nagy része már visszafejlődött, ismét szaporodni kezdtek, a miért a kezelést abbahagytuk. Azonban ennek daczára a kiütések folyton szaporodtak, sőt egyes helyeken *eddigi izolált jellegük is megszünt* és deczember 15-dikén a beteg börének állapota a következő volt:

A fejbőrön és arczon elváltozás nincs. A nyakon, a törzs felső részén mérsékelt számú lapos, ózbarna göcs, melyek az előző eruptiobelieknél kisebbek, átlag kendermagnyiak, kis fokban hámlanak. A hónalj körül, mellül és hátul valamivel sürübben láthatók az ugyancsak kendermag nagyságú és valamivel nagyobb göcsök. Mindkét alkar feszítő felületén a könyöktől lefelé az efflorescentiák a bőr niveaujába sülyedve igen sürün láthatók, ezek mind vékony, félig levált pikkelyecskékkel fedettek, miáltal a bőr pityriasis tabescentiumhoz hasonlít első pillanatra. Sürün találhatók kendermag-lencsényi, barnásvörös, viaszszerüen fénylő, vékony pikkelylyel fedett kiütések a törzs alsó részein, de legsürübben a farpofák külső felületén, a czombok külső és hátsó felületén.

Ez utóbbi helyeken az efflorescentiák egyenes és görbe sorokban rendeződve, alapjukkal összefolyva láthatók. A sorok egymásba átmenve és egymással érintkezve a bőrön sürü hálózatot képeznek egymással, maguk közé kisebb-nagyobb ép bőrszigeteket zárva. Az efflorescentiák itt is színük és fényük által nagyban hasonlítanak a lichen planus göcsökhöz, de ezeknél valamivel nagyobbak, köldökük nincs és vékony, könyen leváló pikkelylyel fedvék.

Az alszárakon is nagyobb számmal láthatók a kiütések, és itt cyanotikus vörösek, sőt kifejezetten vérömlenyesek (színük ujjnyomásra el nem tünik). Január végére a kiütések nagyrésze ismét visszafejlödött, azonban az újólag megindított *kátrányos kezelés közben* újabb roham lépett fel; és most már nemcsak a farpofákon és czombokon, hanem a törzsön és felső végtagokon is *hálózatos alakú elrendeződést* vettek fel a primaer efflorescentiák, de nem körkörös terjedés, hanem *az egyes laesiók egymáshoz rendeződése folytán.*

Ez esetben tehát, míg az észlelt első eruptionál a *Jadassohn-Neisser* typusú laesiókból álló bántalmat találtunk, egy további rohamnál már *a farpofákon és czombokon a kiütés ugyanolyan jellegü volt,* mint a milyet *Unna-Santi-Pollitzer a parakeratosis variegatánál* leirnak.

Ugyanez volt különben észlelhető az izolált és hálózatos alakoknál az *Unna-Politzer*-féle esetben is a kezelés behatására, csakhogy megfordított sorrendben. Itt ugyanis a 7 év óta fennállott nem kezelt kiütések képeztek az észlelés alá kerülés idejében a köztakaró egyes részein hálózatos formákat, míg kezelésre, mely ez esetben eredményes volt, a visszafejlödés folyamán „zeigten sich noch überall Reste der Affection; nun aber nicht mehr in Form zusammenhengender, netzförmiger Zeichnungen, sondern isolierter, hier und da gruppierter, oft glänzender Papelchen“, tehát olyan alakban, mint a mi esetünkben az első eruptionál és a milyenben *Jadassohn, Neisser, Róna* stb. észlelték eseteikben.

Nem szenved tehát kétséget, hogy a „parakeratosis variegata“ és a Jadassohn-Neisser-féle betegség azonos bántalmak, és az előbbi csak fokozata emennek, mely fokozat azonban, úgy látszik, nem minden esetben következik be, vagy helyesebben, nem minden adott momentumban látható. Hogy ezen kóralak azonos-e a *Török-* és *Brocq* féle hámló foltos erythrodermiákkal, annak vitatásába személyes tapasztalatok hiányában nem mehetek ez idő szerint bele

Végül még hálás köszönetemet tolmácsolom szeretett mesteremnek, *Róna* professor úrnak e helyen is az eset szives átengedéséért.

A skoliographia módszereiről.

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

(Vége.)

A *Schulthess* mérőeszközével nyert rajzok kétségkivül felülmulják a többieket mind, mert a törzsnek minhárom síkjáról adnak vázlatos körrajzot. E vázlatos képek a görbületek alakját jól visszatükröztetik s egymással összehasonlításra alkalmasak. Hátránya, hogy a nyert kép nem alkalmas arra, hogy azt később a beteggel összehasonlítsuk, hanem ha véleményt akarunk mondani az esetleges alakbeli változásról, úgy ismét felvételt kell készítenünk s csak a két kép összehasonlításából itélhetjük meg a bekövetkezett változást. Kétes azonban mindig, megfelel-e a kép a valóságnak? A felvétel ugyan 4—5 perczig tart Schulthess szerint, de ez még mindig elég hosszú idő arra, hogy a beteg szoborszerü nyugalommal álljon. Ha pedig ez hiányzik, úgy megeshetik, hogy mialatt az egyik lapoczka körvonalát rajzolom, a másik már nincs azon a helyen, melyen már a képre rajzolva van, a mi által a lerajzolt egyes vonalak igy egymásközt eltolódván, az egész kép hibás lehet. A nyugodt állást még inkább meggátolja, hogy a mérőeszköz fémpálczáját végig kell húzni ide s tova a beteg hátán, a mire azt hiszem még a kevésbé csiklandós betegek is mozgással reagálnak. E bajon már Milo is iparkodott segíteni azzal, hogy készülékénél a visszatükröző pálczika tükörképét használta fel a test körvonalainak a követésére.

Ugy a Zander- és a Schulthess-féle készülék, valamint a többi eszközök legnagyobb részének hátránya még, hogy rendkivül költséges, sok helyet foglal el és más deformitások megörökítésére nem igen használható.

E tanulmányaim eredményeként tehát nem határoztam el magamat egyik mérőeszköz alkalmazására sem, vagy a felsorolt módszerek követésére, hanem feladatomul tüztem ki oly módszer összeállitását, a mely a következő feltételeknek feleljen meg:

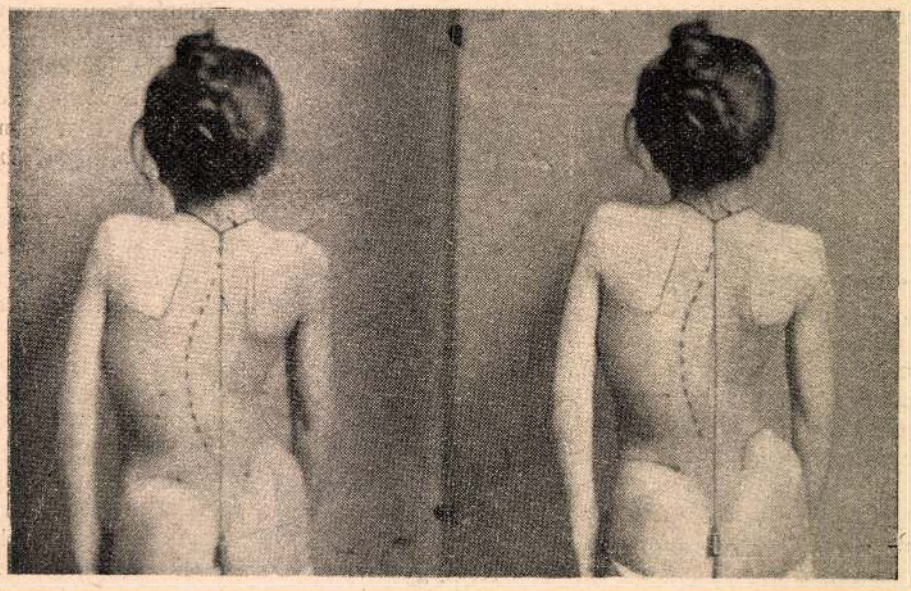
1. A nyert ábrázolás teljesen plastikusan tükrözze vissza a skoliotikus törzs alakját, úgy, a mint azt előttem látom vagy

mint láttam sok évvel ezelőtt. Adjon a kép felvilágosítást a skoliosis lehetőleg összes symptomáiról.

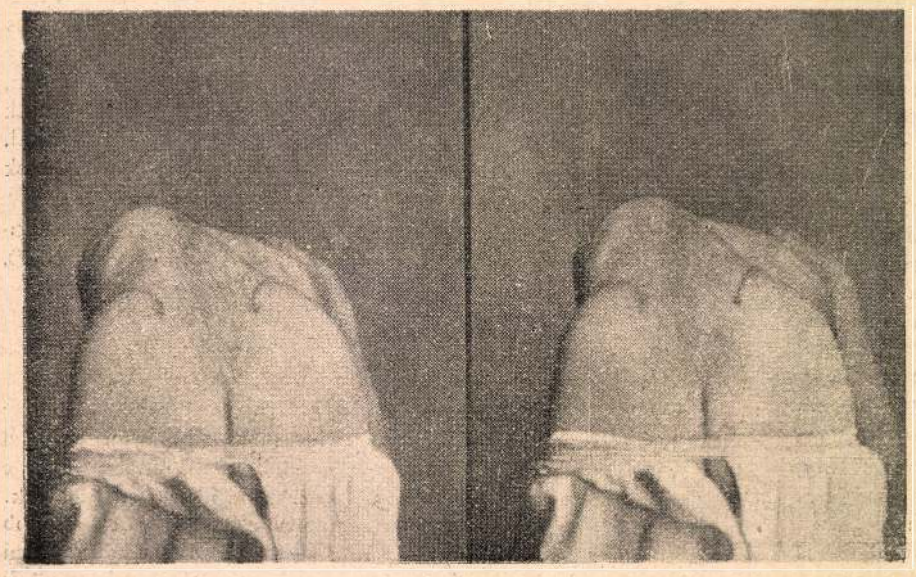
2. Legyen lemérésre és összehasonlításra alkalmas vázlatos képem a törzs frontalis projectiojáról és a törzs kerületének körrajzáról.

3. Törekvésem volt, hogy e célomat megbizható, de lehetőleg egyszerű, könnyen hozzáférhető s nemcsak egy czélt szolgáló eszközökkel érjem el.

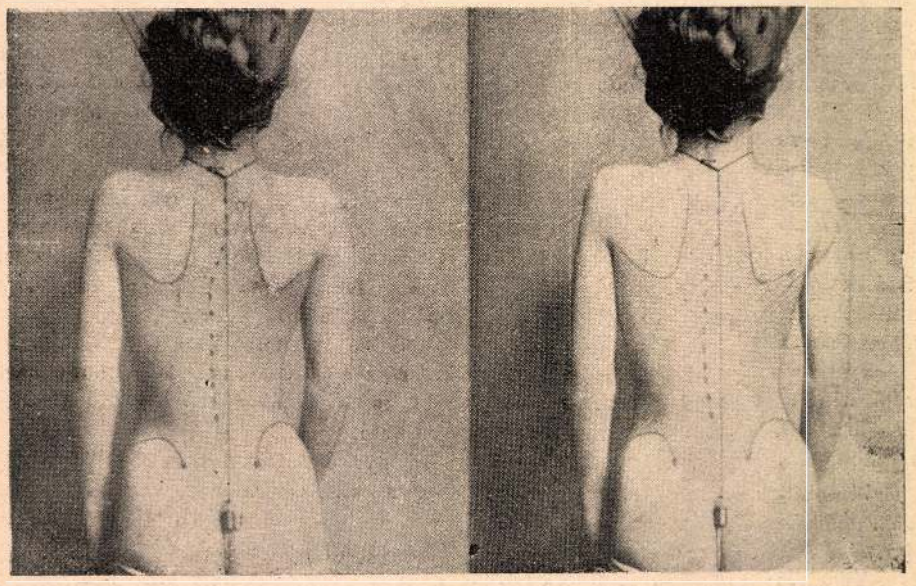
Az első pontban felsorolt követelményeket legtökéletesebben egyesítve a már régebben Lorenz által is ajánlott *stereoskopos*



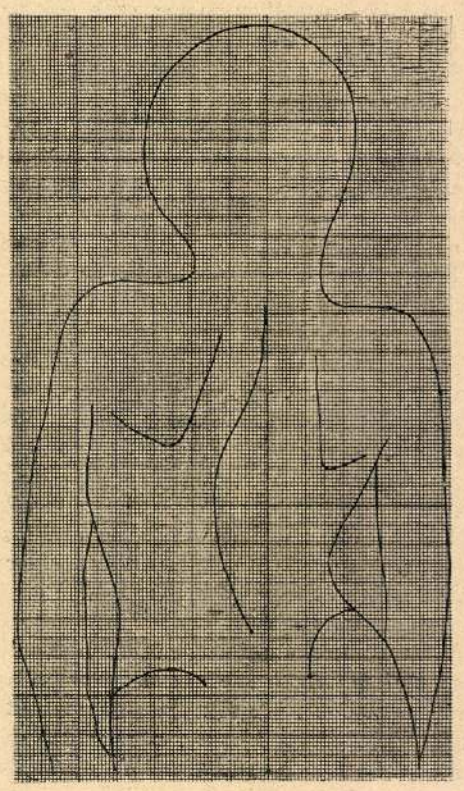
13. ábra.



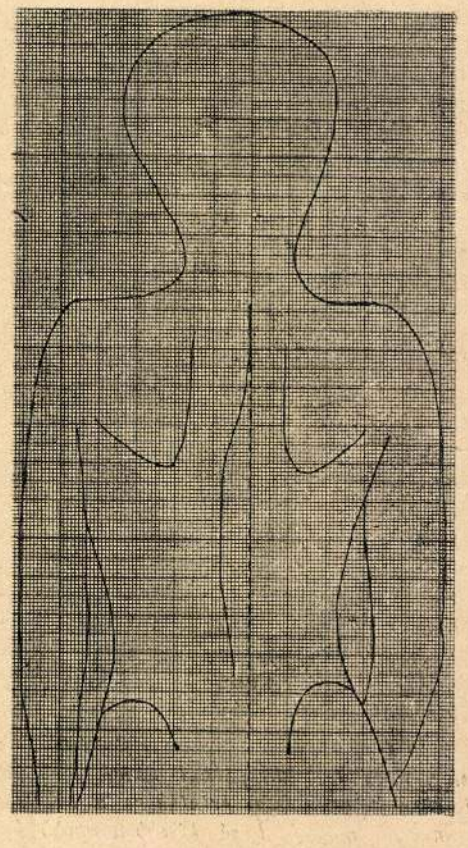
14. ábra.



15. ábra.



16. ábra.



17. ábra.

photographiában láttam. A photographia, mely az orvostudománynak ma már nélkülözhetetlen segédeszközévé vált, legmegbizhatóbban adja vissza a beteg alakját. Az egy nézőpontból készített photographiának azonban nagy hátránya, hogy a plastikus tárgyak képeit egy síkba redukálva adja, míg a stereoskopos kép stereoskopba téve teljesen szemünk elé varázsolja a beteget (13. ábra*). Ugy áll előttünk, mintha valóban látnánk, nemcsak körvonalakat látunk, hanem valóban testet. Láthatjuk miként lóg a beteg törzse az egyik vagy a másik oldalra, milyen az úgynevezett csípőháromszög az egyik és a másik oldalon, hogyan tartja a beteg a fejét, jól kivehető a fej rotatioja. Pontos felvilágositást kapunk a törzs részleteiről is, láthatjuk a gerinczoszlop anterio-posterior görbületét, jól láthatjuk a lapoczkák helyzetét, nemcsak azt figyelhetjük meg, hogy melyik áll magasabban, hanem azt is, ha a lapoczka kifordult, annak csúcsa a törzstől eláll. Pompásan visszatükrözi a stereoskop a gerinczoszlop rotatiojából származó elváltozásokat, ép úgy kifejezett a bordapúp, mint az ellenkező oldal besüppedése. Hogy még jobban feltüntessük a bordapúp nagyságát, készithetjük a felvételt előrehajolva (14. ábra), mint azt a beteg vizsgálatakor is teszszük. Végül láthatjuk a medenczén észlelhető helyzetváltozásokat, valamint a beteg általános tápláltságát.

Szóval a stereoskopos kép szemléletével ugyanazon benyomást nyerjük, mint a mit a beteg megvizsgálásánál az inspectio nyujt. Miután pedig a skoliosis symptomái a szemléléssel mind megfigyelhetők, érthetően teljesen megfelel azok rögzitésére a stereoskopos photographozás.

A photographozás előnye az eszközökkel való mérőmódok felett még abban is nyilvánul, hogy míg azok legnagyobbrészt a beteg egy és ugyanazon helyzetében alkalmasak csak az elváltozások reprodukálására, addig a photographiát a beteg bármely helyzetében felvehetem. Mint előbb említettem, photographálom a beteget előrehajlott helyzetében, midőn a bordapúp jól kiemelkedik, hasonlóképen készitek felvételt a felfüggesztett, kinyújtott gerinczű betegről is (15. ábra), midőn a gerinczoszlop curvaturájának a változásából szemmel látható adatot örökitek meg a prognosisra fontos tünetről, a görbület, illetve a gerinczoszlop merevségéről vagy nyújthatóságáról. Ha a beteg gerinczének antero posterior görbülete érdekel, külön készitek képet a beteg profiljáról is.

Az egyes symptomákat még jobban érvényre hozhatom, ha azokra a figyelmet felhivandó, dermograph-fal a testen jelzéseket végzek. Igy megjelölöm pontokkal a tövisnyújtványok helyét, valamint a lapoczon s csípőtarajon látható és érezhető contourokat (lásd 13. és 14. ábrát). Hogy a gerinczoszlop eltérését a függélyestől jobban feltüntessem, a beteg nyakába függőónnal ellátott zsinórt kötök akként, hogy az a vertebra prominenstől szabadon függjön le a rima ani felé. Ha a törzs oldaleltolódása nincs jelen, úgy a zsinór a bevágásba belefut, ha azonban a törzs oldalra lóg, úgy a zsinór a bevágás mellett fut le, közelebb vagy messzebb attól, a szerint, hogy mily nagy az oldalrahajlás. Természetesen a felakasztott súlynak csak oly nehéznek szabad lenni, hogy ne befolyásolja a beteg tartását. Abból az eltérésből, melyet a tövisnyúlványok fölé rajzolt pontozott vonal az irányvonaltól mutat, jól megállapithatjuk a gerinczoszlop elgörbülésének a typusát. Jól feltünteti az irányvonal a sagittalis elgörbülések nagyságát is Természetesen a súlylyal ellátott zsinór nem felel meg az egész test középvonalának, ezt a vonalat csak a képen ábrázolhatjuk akként, hogy egy függélyest húzunk az analis bevágástól felfelé.

Hogy a kép a valóságnak hiven megfeleljen, a photographozó gépet akként kell beállitani, hogy a fényérzékeny lemez síkja a beteg teste frontalis síkjával teljesen párhuzamos legyen.

A felvételnél semmiféle támasztó vagy rögzitő készüléket nem alkalmazok, hogy a test habitualis tartását legkevésbé sem akadályozzam; erre különben szükség sincs, mert a felvétel a megvilágitás erőssége szerint vagy pillanatnyi, vagy 5—10 másodperczig tart. A stereoskopos photographia előnye az egy szempontból felvett photographia felett még abban is nyilvánul, hogy feltétlenül őszinte. Ebben a tekintetben a stereoskopos kép kérlelhetlen, semmiféle retuche t nem tür meg, a legkisebb corrigálás is, akár a negativ lemezen, akár a positiv képen, azonnal félreismerhetetlenül feltünik. A megvilágitással sem lehet akkora csalódás, mint az egyszerű photographiánál, mert itt stereoskopban azonnal szembetünik a beteg helyzete s annak plasticus volta eloszlatja ez esetleges csalódást, melyet stereoskop nélkül esetleg a képen az egyoldali megvilágitásból eredő árnyékolás okozhat.

A stereoskopos photographia alkalmas arra, hogy bizonyos idő mulva vizsgálva ismét a beteget, a képpel megtegyem az összehasonlitást. Ha csak a görbület pontos leméréséről nincs szó, új felvételre nincs is szükség. Arra a kérdésre, hogy a képen megitélhető-e az esetleges változás, az a feleletem, hogy igen. Ha meg tudom mondani két egymás mellé állitott skoliosisos betegről, hogy egyiknek nagyobb a gerinczoszlop-görbülete, mint a másiknak, vagy hogy nincs akkora bordapúpja, mint a másiknak, úgy megmondhatom, hogy a beteg deformitása változott-e és miként, ha a stereoskopba tekintek s a beteget összehasonlitom akkori képével, mely szoborszerüleg varázsolja öt elém.

Feltételem második pontjának megfelelően igyekeztem a stereoskopos képen kivül még egy *vázlatos képet* is nyerni a törzs frontalis projectiojáról. Minél vázlatosabb t. i. egy kép, azaz ha csak azt tartalmazza, a mi lényeges s semmi mást nem, a mi a vizsgáló figyelmét elvonhatná, annál jobban feltünik a két összehasonlitásra szánt kép közt a különbség. Ilyen összehasonlitásra alkalmas frontalis vetületvázlatot ad a Schulthess-féle rajzolókészülék. Ugyanezt a vázlatos képet sokkal tökéletesebben el tudom készíteni az én felvételemről is. Schulthess mérésmódjának kivitelénél eljárását úgy irja le, hogy a törzsön dermograph-fal előre megjelöli a gerinczoszlop lefutását, a lapoczok és a csípőcsontok helyzetét s az igy megjelölt vonalakon vezeti végig eszközének a a rajzolókészülékkel összeköttetésben álló érintő pálczikáját. Tehát tulajdonképen azt reprodukálja a készülékkel, a mit a törzsre felrajzolt s végül a törzs bizonytalan contourjait ábrázolja. Sokkal tökéletesebben megkapom ugyanezt a vázlatot, ha ép úgy felrajzolom a lényeges körrajzokat dermograph-fal a törzsre, az egészet egy pillanat alatt photographozással rögzitem s az igy nyert képről készitem a reproductiót. Ez eljárásnak az előnyét abban látom, hogy igy az egyes vonalak egymásra vonatkoztatásában tévedés nem lehet; a törzs körrajzát pedig sokkal inkább hüen, a valóságnak megfelelően kapom meg, mert az a photographián egy vonal, mig a természetben, mint minden test látható körrajza, különböző szempontból nézve különbözőképen változhatik. A nyert körrajz még azért is tökéletesebb, mint Schulthess rajzai, mert tartalmazza a nyak és fej, valamint a szabadon lelógó karok teljes körvonalait, a miből nagyon fontos adatokat nyerek az egész törzs helyzetére.

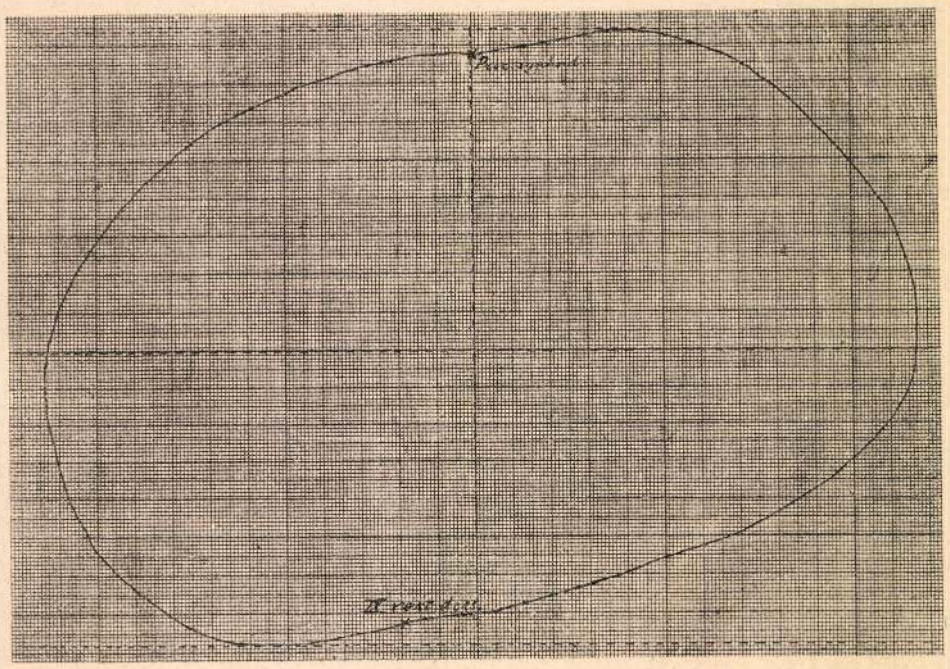
A körrajzokat pontosan rajzoló pantograph-fal készitem a photographiáról, annak körvonalait háromszoros nagyságra megnagyitva. Nyerhetnék ugyan körrajzot úgy is, hogy egyszerűen a photographia körrajzairól másolatot készitek, de én a nagyitást szükségesnek tartom, mert először nagyobb képen a különbségek is feltünőbbek és igy a mérésre is alkalmasabb a vázlat, másodszor pedig különböző nagyságú photographiákról különböző nagyságú körrajzokat nyernék, melyek az összehasonlitásnál csalódásra vezethetnének. Ez a hátránya a Schulthess-féle adatoknak is megvan, mert ha a beteg nehány év mulva nő, úgy a nyert körrajzok méretei is változnak s igy a nyert körrajzok directe nem hasonlithatók egymással össze, csak akkor, ha előbb alkalmas pantograph-fal azt a régi kép nagyságára kicsinyitem. Ezt ugyan meg lehet tenni oly pantograph-fal, melynek szárai nem az arányszámoknak megfelelő lyukakkal vannak ellátva, hanem csavarral rögzithetők és centimeter-, millimeter-beosztással birnak, de ez nagyon fáradságos munka. Az egyenlő nagyságú körrajzok nyerése végett én már a felvételt úgy készitem, hogy mindig teljesen egyenlő nagyságú alakokat nyerjek a photographián. Ezt persze szemmértékkel nem lehet eldönteni s azért oly pontok után kellett kutatnom, melyeknek egymástól távolsága nem változik, akár áll a beteg, akár függ. Nagyon alkalmas két ily pontot találtam a hátsó felső csípőtövisekben, melyek mint kis gödörzserü behúzódások mindenkor jól felismerhetők. E pontokat dermograph-fal szintén megjelölöm. Felvételnél már most a beteget oly nagyra állitom be a camera obscura homályos üveglapján, hogy a hátsó felső csípőtövisek egymástól távolsága egy cm. legyen. Ez könnyen kivihető körző segélyével, melynek szárai egy cm.

* Az eredeti képek nagysága $8^1/_2 : 17$ cm.

távolságra vannak egymástól rögzítve. Ez eljárásommal elérem azt, hogy mindig egyenlő nagy képeket nyerek, melyek mindegyikét háromszoros nagyságra megnagyítom; így a bármily időközökben felvett képekről pontosan egyenlő nagyságú, egymással direct összehasonlításra alkalmas vázlatos rajzokat kapok. A 16-dik ábra felére kicsinyítve mutatja az álló beteg, a 17-dik ábra pedig a felfüggesztett beteg vázlatos rajzát, feltüntetve, hogy utóbbi helyzetében mennyire egyenesedik ki a gerincz.

Hogy a nyert vázlatos képet direct mérésre legegyszerűbben felhasználhassam, a vázlatot a mérnökök által használt, millimeter-négyzetekre osztott papirra rajzolom. Ha a képet úgy rajzolom fel, hogy a függő ón zsinórja egy egyenes vonalra essék, úgy a gerinczoszlopeltérés nagyságát, annak bármely pontján közvetlenül a képről leolvashatom. Ekként meghatározhatom a törzs összes lényeges pontjainak az eltérését számokban kifejezve. Természetesen az így nyert számadatok értéke csak a képre vonatkozik s nem a beteg törzsére s csakis ismételten, változás esetén készített képen használhatom fel azokat összehasonlító mérésekre.

Miután a stereoskopos kettős kép egyik felét használom fel a reproductiora, szükségesnek tartom, hogy mindig ugyanazt



18. ábra.

a felét, tehát a jobb- vagy a baloldali képet, használjuk, mert a két kép közt valamelyes eltérési különbség szabad szemmel is felfedezhető a stereoskopos képek természeténél fogva.

Hogy a bordapúp, illetve a deformált mellkas körrajzáról is pontos vázlatot nyerjek, a bordapúp legmagasabb pontján ólomsodronynyal készítek a betegről pontos lenyomatot. E nagyon régi módszer ép oly megbizható egyes körrajzokat ad, mint ha azt rajzolókészülékkel szerkesztettük volna. A lenyomatot két részben készítem, pontosan a csigolya tövisnyúlványától a törzs mellső részének a megjelölt középvonaláig, ügyelve, hogy a sodronyt pontosan a harántsíkban tartsam. Az ólomsodronynak nagyon vékonynak nem szabad lenni, mert akkor a testről eltávolítva összeesik. Én a villamvilágítás berendezésénél használt vékony ólomkabelt veszem e czélra, mely elég vastag s a benne elhelyezett két vékony burkolt rézsodrony kissé a keménységét növeli, de azért elég plastikusan simul a testhez. A testről levett sodronyt rajzlapra téve pontosan a görbület belső szélén czeruzával lerajzolom. Mindkét törzsfél körrajza pontosan egymásba illik, ha a görbék végső pontjai egymásnak pontosan megfelelnek. Az így nyert körrajzot pantograph-fal felére kicsinyítve mellékelem a beteg kórtörténetéhez (18. ábra). Hogy a törzs mily magas segmentumából származik a körrajz, mutatja a csigolya száma, melyből a mérés kiindult. Természetesen szükség szerint egész sorozat ily felvételt készíthetek a deformált mellkasról.

E mérési módszer összeállításánál az lebegett szemem előtt mindig, hogy egyszerű eszközökkel lehetőleg pontos reproductiót kapjak a deformált törzsről s annak részleteiről. Czélomat azt hiszem el is értem, mert módszerem, melyet intézetemben már két éve használok skoliotikusok kezelésének az ellenőrzésére, gyakorlatilag teljesen megfelelt várakozásomnak. E mérési mód kivitelére úgyszólván semmi új berendezésre nincs szükség. Photographozó készülék, nevezetesen a stereoskopos készülék, ma már minden testegyenesítő intézet nélkülözhetetlen felszereléséhez tartozik egyéb deformitások megörökítése végett is. Jó pantograph olcsón beszerezhető.

Pontosság tekintetében azt hiszem alig emelhető kifogás e mérőmódszer ellen, mert annak csaknem minden phasisában az optika és mechanika kipróbált eszközeivel dolgozunk.

Az eljárás kivitele is elég gyors, különösen azon része, a midőn a betegre is szükség van. Az eljárás többi része pedig kellő begyakorlás mellett szintén gyorsan kivihető és annyira mechanikus, hogy azt másra is rábizhatjuk. Mindezen okokból tehát a mérés e módját egyszerűsége, olcsósága, gyorsasága és főleg pontossága miatt mindazoknak, kik skoliotikusok gyógykezelésével foglalkoznak, bátran ajánlhatom követésre.

Irodalom. 1. *Deutschländer*: Perimetrische Buckelmessung. Cblatt f. Chirurgie. 1901. 43. sz. — 2. *J. Gerard Milo*: Ein neuer Projectionszeichenapparat für Skoliose und gewisse Contracturen. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. VIII. k. 1901. — 3. *Gramcko*: Neue Messungsmethode der Rückgratverkrümmungen. Berliner klinische Wochenschrift. 1881. 43. sz. — 4. *Grünbaum R.*: Ikonometrie. Zeitschrift f. orthop. Chir. II k. 1901. — 5. *Hoffa*: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. IV. kiadás. — 6. *Hovorka O.*: Das decimetrische Messgitter. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orthop. Chir. 1904. — 7. *Hübscher*: Redresseur und Messapparat. Beiträge zur klin. Chirurgie. XIII. k. 1895. — 8. *C. v. Heinleth*: Ein neuer Skoliosen- u. Körpermessapparat „Thoracometer". Archiv für klin. Chir. XLVI. k. 1893. — 9. *Joachimsthal*: Ein neues Messverfahren für seitliche Rückgratverkrümmungen. Zeitschrift für orthop. Chir. V. k. 1898. — 10. *Kirchoff*: Eine einfache Methode die laterale Deviation und die anterio-posteriore Krümmung der Dornfortsatzlinie zu messen. Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. II. k. 1903. — 11. *Lorenz*: Pathologie und Therapie der seitlichen Rückgratverkrümmungen. Wien. 1886. — 12. *Mikulicz*: Skoliosometer, ein Apparat für Messung der Skoliose. Centralblatt f. Chir. 1883. — 13. *Müller G.*: Cursus der Orthopädie. Berlin. 1902. — 14. *H. Nebel*: Die Behandlung der Rückgratverkrümmungen stb. Sammlung klin. Vorträge v. R. v. Volkmann. 277—278. (Chir. 86. sz.) — 15. *Oehler*: Photographische Messung der Skoliose. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. II. kötet. 1893. — 16. *Róth Adolf*: Az antropo-coordinatometer. Magyar Orvosok Lapja. 1902. — 17. *Schanz*: Zur Messung von Skoliosen. Centralblatt für Chir. 1897. — 18. *Schildbach*: Die Skoliose. 1872. Leipzig. — 19. *Schulthess*: Ein neuer Mess- und Zeichnungsapparat für Rückgratverkrümmungen. Centralblatt für orthopädische Chirurgie. 1887. — 20. *Schulthess*: Messung und Röntgen'sche Photographie in der Diagnostik der Skoliose. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. V. k. 1898. — 21. *A. Lünning* und *W. Schulthess*: Atlas und Grundriss der orthop. Chirurgie. München. J. F. Lehmann. — 22. *Weil*: Ueber Curven-Messungen am menschlichen Körper mittelst eines neuen Instrumentes. Allgem. Wiener med. Zeitung. 1865. 4. szám. — 23. *Zander G.*: Ueber die Behandlung der habituellen Skoliose mittelst mechanischer Gymnastik. Zeitschrift f. orthop. Chir. II. kötet.

Tárcza.

Tudományos értekezések készítésmódja.

Nemrégiben egy nagyon érdekes kis munka került kezünkbe.[1] Szerzője *T. Clifford Allbutt*, a cambridge-i egyetem tanára, számos orvostudományi czikk szerzője, a „System of medicine" czimű, a mi nagy Belgyógyászatunkhoz tartalomra és terjedelemre hasonló munka szerkesztője.

A munka a tudományos értekezések készítésmódjával foglalkozik, még pedig kizárólagosan csak az irásba foglalás methodikájával. Meg-

[1] Notes on the composition of scientific papers. By T. Clifford Allbutt. London, Macmillan and Co. 1904.

irására az indító okot az képezte, hogy szerző évenként körülbelül 100 olyan értekezést kénytelen megbirálni, a melyeket különböző egyetemi fokozatok elérése czéljából nyujtanak be; bő tapasztalatokat szerzett tehát arról, hogy fiatal irók miben hibáznak leggyakrabban, és ezeket a tapasztalatokat már most egybegyüjtve és kiegészitve egyébként is szerzett tapasztalataival, jónak találta a belőlük levonható következtetéseket a közhasználatnak átadni.

Az összesen 154 kis lapra terjedő munka egy jó nagy része grammatikai természetű, czzel tehát, noha a benne foglaltak mutatis mutandis a mi nyelvünkre is érvényesek, nem óhajtunk foglalkozni; csak utalunk arra — mert tapasztalásaink szerint nálunk is nagyon sokat vétkeznek ebben a tekintetben —, hogy szerző kivánatosnak tartaná, ha az irásjelek (vessző, pont, kettőspont stb.) helyes használatára nagyobb súlyt fektetnének. A munka másik része sokkal általánosabb érdekü, különösen a mai korban, a mikor az emberek többet irnak, mint olvasnak; ezt a részt kivánjuk kissé behatóbban ismertetni.

Szerző szerint a jól irást meg kell tanulni. Helytelen az az állitás, hogy az irás tehetsége mintegy veleszületik némely emberrel, úgy hogy az ilyen ember minden gyakorlás nélkül is jól ir. Egyéni különbségek mindenesetre vannak; de a mint az erő és az ügyesség egymagában még nem elegendő ahhoz, hogy valaki például jó cricket-játékos legyen, ehhez még sok gyakorlás is szükséges: ép úgy a tudás és az elmebeli tehetség sem elégségesek ahhoz, hogy valaki irni jól tudjon, ezt is csak hosszas gyakorlással lehet elsajátitani. Még a gyakorlott irónak is sok fáradságába kerül, míg valami munkát tisztességesen elkészit; azt mondják, hogy szinte hihetetlen az a nagy munka, a melyet La Fontaine hires meséi kéziratának javitgatására és átnézésére forditott; Buffon pedig prózai munkáit 12—14-szer irta újra és még akkor is felolvastatta magának, hogy megfigyelhesse, mikor akadozik a felolvasó.

Az irásban nagyon fontos a kifejezések, a szavak helyes megválasztása. Erre vonatkozólag szerző azt mondja, hogy tudományos prózában olyan nagy gonddal kell használni a szavakat, a milyen nagy gonddal használják a symbolumokat a mathematikában. Hogy ezt elsajátithassuk, mennél több szót kell felraktároznunk emlékezetünkben, meg kell szoknunk a szavak pontos értelmének folytonos mérlegelését, a synonym kifejezések összehasonlitását, gyakorolnunk kell magunkat azok viszonylagos értékelésében. Idegen szavakat csak akkor használjunk, ha azok értelmét teljesen kifejező szavak nyelvünkben nincsenek. Az exotikus kifejezések használatára vonatkozólag idézi Boyle-t: „Nem az exotikus kifejezések használása, hanem az azokkal affektálás méltatlan a philosophushoz.“

Az olyan irónak, a ki nem azért ir, hogy neve nyomtatásban megjelenjék, hanem azért, hogy másokat bizonyos dolgokat illetőleg felvilágositson vagy meggyőzzön, mintegy bele kell élnie magát leendő olvasói gondolatvilágába. Munkájában egy oly állitásnak sem szabad foglaltatnia, a mely nem volna teljesen világos, vagy a mely máskép is volna értelmezhető. Nagyon sokszor halljuk azt úgynevezett tudományos munkák szerzőitől olyankor, a mikor egyik-másik nem teljesen világos mondatuk félreértésre adott alkalmat, hogy „természetesen“ így értették a dolgot; pedig „természetesen“ ellenkezőleg is volt értelmezhető az ő fogalmazásuk alapján a dolog. De ha esetleg nem is szolgáltathat okot félreértésre a kifejezésmód nem teljes tisztasága, akkor is kerülendő, mert egyrészt tiszteletlenséget árul el az olvasó irányában, másrészt az irót is többé-kevésbé kedvezőtlen szinben tünteti fel. Például szolgálhatnak erre a következő mondatok: „Kötelességünk nem elhamarkodottan itélni, a mig nem áll minden adat rendelkezésünkre“ (ha tehát rendelkezésünkre áll minden adat, akkor szabad elhamarkodottan itélni). „Az olyan gyermek, a ki cretin állapotban volt éveken át, nem fog olyan mértékben javulni, mint az, a kinél a bajt már jókor felismerték“ (tehát a baj jókor felismerése egymagában is már jót tesz).

Nem egy, különben eszes iró azért nem jut előbbre, mert nem gyakorolja magát abban, hogy kifejezéseit kellőképen mérlegelje, világosabbá tegye, idomitsa. Iráskor állandóan annak a kérdésnek kellene szemeink előtt lenni, hogy vajjon úgy foglaljuk-e össze és úgy adjuk-e elő mondanivalónkat, hogy még a felületes olvasó se olvashasson ki belőle mást, mint a mit tényleg mondani akartunk. Nagyon sokszor csak az irásmód rosszasága miatt nem részesülnek egyébként nagyon jó munkák kellő elismerésben és maradnak figyelmen kivül hasonló tárgyú rosszabb, de az irásmód szempontjából gondosabban elkészitett munkák mellett.

Tudományos dolgozatokban az előadásmód egyszerűségére kell törekedni: némelyek úgy vélekednek, hogy a kifejezésmód praecis volta és csinja ellenkezik ezzel az egyszerűséggel; ez azonban nem áll, mert a kifejezések praecis volta, az előadásmód csinja az egyszerűséggel, a keresetlenséggel nagyon jól megfér, sőt ezt elő is mozditja.

Mielőtt áttérnénk a tudományos dolgozatok szerkesztésmódjának technikájára, csak azt jegyezzük még meg, hogy szerző felhivja a figyelmet azon nagyon gyakori visszaélésre is, mely a más szavakkal való kifejezést magyarázatnak akarja odaállitani; erre többek között a következő példát hozza fel: „A parakeratosis folyamata nem más, mint rendellenes elszarúsodás“.

A mi már most a tudományos dolgozatok szerkesztését illeti, erre úgyszólván minden irónak saját módszere van. Szerző módszere röviden a következő: Minden kérdés számára, a melyet valamikor feldolgozni szándékozik, külön fiókot avagy nagy borítékot tart, a melybe beleteszi az illető kérdésre vonatkozó feljegyzéseit, vonatkozzanak azok saját vizsgálataira, avagy irodalmi adatokra, munkaczimekre stb. A feljegyzéseket papirszeletekre teszi, még pedig ezeknek csak egy oldalára; egy szelet papirra csak egy följegyzést tesz. Ha az adathalmaz már most együtt van és fel akarja használni, az első dolog az adatokat csoportositani; az egyes adatcsoportokat ezután valami módon (például szoritó kapocscsal, avagy kisebb borítékokba téve) együtt tartja. Ez a csoportositás természetesen még nem végleges, a továbbiakban még változások történhetnek rajta. A további feladat az egyes csoportok adatainak bizonyos sorrendbe hozása, a mi ha megtörtént, megirja a munkát első fogalmazásban, a melyhez egyúttal már tárgymutatót is készit, hogy esetleges pótlások vagy változások szükségessége esetén könnyebben találja meg az illető részeket. A már fölhasznált följegyzéseket nem semmisiti meg, csak megjelöli. A második fogalmazás főfeladata az ismétlődéseket kiküszöbölni; ezen feladat végzésekor a mint jobban előrehalad az iró, többnyire újabb meg újabb gondolatai is támadnak; másrészt a dolgozat második fele többnyire tökéletesebb, mert ennek irásakor a szerző tárgyába már jobban belemélyedt; czélszerű tehát az első részt a második rész világitásában újra átdolgozni; a kellő áthelyezések, az ismétlődések kiküszöbölése miatt ez a második fogalmazás többnyire $^1/_6$—$^1/_5$-részszel rövidebb, mint az első, e mellett pedig sokkal arányosabb, jobban áttekinthető. A harmadik fogalmazásban már az irásmódra, a mondatszerkesztésre, a kifejezésre juttatott vélemények logikus voltára irányul a főfigyelem; ilyenkor, a mint magát szerző kifejezi, nem csupán purgatiót, hanem expurgatiót végez. Mielőtt a negyedik, a végleges fogalmazást megkezdené, hosszabb (1—2 hét) időt enged eltelni; véleménye szerint ezzel azt éri el az ember, hogy új „kritikai és constructiv“ érdekkel fog munkájához. Fontosnak tartja azt is, hogy ezt a végleges fogalmazást olyan időben végezze az ember, a mikor előreláthatólag ideje lesz arra, hogy a munka nagyobb részét egyfolytában, nem pedig gyakori megszakitásokkal átdolgozhassa. Felhivja a figyelmet arra is, hogy ezt a munkát nem szabad fáradt állapotban, vagy az éjjeli csendre és teával létesitett müvi éberségre támaszkodva végezni.

Általában véve jobb az értekezést deductive megszerkeszteni, nem pedig inductive, noha a vizsgálat menete természetesen inductiv volt. Az értekezés demonstrativ jellege, valamint érdekessége ugyanis szerző szerint inductiv tárgyalás esetén többnyire veszit. De akármelyik módot használjuk is, a gondolatok kellő rendjére és lépésről lépésre fejlesztésére nagy gondot kell fordítani.

Sok irónak nagy nehézséget okoz a kezdés; még a gyakorlottabb irók is sokszor panaszkodnak a kezdés nehézségéről; akárhány jó értekezés talán épen a kezdés nehézsége miatt nem készült el. Szerző tehát azt ajánlja, hogy a bekezdő részt, a melynek természetesnek, érdekesnek és élénknek kell lennie, csak akkor irjuk meg, a mikor már a többivel elkészültünk.

Czélszerű rövid összefoglalást is adni; kisebb értekezésekben ez a végére maradhat, míg nagyobb, fontosabb értekezésekben jó a munka elején syllabusszerűen összefoglalni a tartalmat.

A mi az irodalmi adatokat illeti: sokszor megesik, hogy az eredeti közléshez az iró nem férhet, úgy hogy kénytelen referatumot felhasználni; az ilyen esetben azonban a dolgozatához kapcsolt irodalom-összeállitásban ez a körülmény mindig felemlitendő. A referatumok ugyanis nagyon sokszor megbizhatlanok, a minek egyik oka az, hogy egy és ugyanazon dolgozat nagyon sokszor, főleg a kifejezésmódok kétértelműségéből kifolyólag, felette eltérően értelmezhető. (Részünkről hozzáfüzhetjük még azt is, hogy az irodalmi adatokat czélszerű lényeges pontjaikban az eredeti nyelven szószerint lemásolni; nagyon sokszor jut ugyanis az ember abba a helyzetbe, hogy a dolgozat összeállításakor kétségek merülnek fel, vajjon egyik-másik idézett szerző csakugyan azt akarta-e mondani, a mit munkájából annak idején, a mikor azt olvastuk és jegyzeteket készitettünk belőle, kiérezni véltünk; ilyen esetekben azután nagyon jó szolgálatokat tehetnek az eredetiből szószerint lemásolt jegyzetek.)

Az értekezés czimére is sokszor nagyon kevés gondot fordítanak, pedig néha már a czimből is vonható következtetés a munkára. Igy a czim concis, kifejező volta magának a tartalomnak is hasonló sajátságára enged következtetni; azután tekintetbe veendő az is, hogy az első benyomások többnyire nagyon erős benyomások, s azért pé dául túlságosan nagyot igérő czim, vagy az olyan czim, a mely a munka tartalmát illetőleg teljesen homályban hagyja az olvasót, már eleve visszatetszést szülhet és elfogultság okává válhatik.

Ezekben vázoltuk röviden a munka egyik-másik fontosabb részét. Óhajtandó volna, hogy az érdekes kis munkát behatóan tanulmányoznák és a benne foglaltakat megszivlelnék mindazok, a kik tudományos dolgozatok készitésére vállalkoznak. Σ

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Herrenknecht: Aethylchlorid und Aethylchloridnarkose. Leipzig. G. Thieme. 1904.

Szerző véleménye szerint az aethylchlorid nemcsak mint local-anaestheticum, de mint narkoticum is oly kiváló szer, hogy minden más narcoticumot ki fog küszöbölni azon esetekben, a mikor csak rövid ideig tartó narkosisra van szükség. Jelen könyv megirásának már most az volt a czélja, hogy az olvasó is meggyőződjék egyfelől az aethylchlorid jó tulajdonságairól, másfelől megtanulhassa annak alkalmazásmódját. Felemliti a könyv ezek illustrálására, hogy eddig mintegy 18,000—20,000 esetben végeztek aethylchloridnarkosist, s csak egyetlen halálos kimenetelt kell a narcosis rovására irni, de ez is oly

betegnél fordult elő, kinél szívdegeneratio és atheromatosis volt jelen, s a kinél szintén aligha végződött volna az eljárás halállal, ha azt úgy alkalmazták volna, a hogy azt számos tapasztalat alapján ma teszik. A végeredmény a szerző szerint az, hogy ismerve az aethylchloridnarkosis előnyeit, manapság mindenesetre könnyebben határozhatjuk el magunkat a narkosisra, mint régebben, a mikor még csak a chloroform és az aether között lehetett választanunk. A füzet ára 1 márka 50 fillér. *M.*

Uj könyvek. *Boas*: Über occulte Magen- und Darmblutungen. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Heile*: Experimentelle Prüfung neuer Antiseptika. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Beni-Barde*: Exposé de la méthode hydrothérapique. Paris, Masson et comp. — *Chantemesse* et *Podwyssotzky*: Le processus généraux. Tome II. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Az asthma bronchiale orvoslására vonatkozó czikket közöl *Bertram* a bonni egyetemi gyógyszertani intézetből. Ismerteti benne az ismert Tucker-féle amerikai asthma-szert, a mely vizsgálatai szerint kevés glycerint tartalmazó vízben 1% atropinsulfatot, 4% natriumnitritet és 0·52% ismeretlen növénykivonatot tartalmaz. A szer alkalmazása oly módon történik, hogy egy külön e czélra szerkesztett készülékkel az orrba porlasztatik, a honnan mély légzéssel a tracheába jut. A porlasztás körülbelül 3 perczig tart, a mely idő alatt körülbelül 0·12 milligramm atropinsulfat és 0·48 milligramm natriumnitrit jut a légutakba. A szer kedvező hatása könnyen érthető, mert alkatrészei, főleg az atropin, régóta ismert és használt gyógyszerei az asthmának. A belégeztetéssel bejuttatás pedig előnyös azért, mert az atropin így közvetlenül gyakorolhat befolyást a hörgökre, részint az idegvégződéseikre való megnyugtató, részint pedig a nyákelválasztást csökkentő hatása miatt. A közvetlen hatás magyarázza meg azt is, hogy már oly kis mennyiség (0·12 milligramm) kifejt ugyanolyan hatást, a milyen hatás per os vagy subcutan adott atropin 0·5—1·0 milligrammos adaga után szokott csak beállani. A Tucker-féle szer nagyon drága, ára 64 márka, s azért szerző a következő összetételű, teljesen azonosan ható oldat használatát ajánlja, a melynek ára gyógyszertárban elkészítve 1 márka és 5 fillér: Atropinum sulfuricum 0·15; Natrium nitrosum 0·6: Glycerin 2·0; Aqua destillata ad 15·0. A porlasztás ilyenkor is az eredeti, nagyon szellemesen szerkesztett készülék segélyével történjék, a melynek ára 6 márka (a Bourroughs, Wellcome and Co. londoni czég szállítja). (Centralblatt für innere Medizin, 1905. 5. szám.)

Heveny nátha ellen *Henle* breslaui tanár a pangásos hyperaemiát ajánlja, melyet a nyaknak kaucsukcsővel mérsékelt összeszorítása útján ér el. A kaucsukcső átlag 2—3 óráig marad a nyakon. A javulás nagyon rövid idő, 1—2 óra alatt már feltünő: a kellemetlen sensatiók, a fejnyomás, a csiklandó érzés az orrban, a könnyezés gyorsan mérséklődnek; ezenkivül a tulajdonképeni hurutus tünetek is nagyon gyorsan megszünnek, úgy hogy a már teljesen kifejlődött vagy a még fokozódó nátha fél nap alatt vagy teljesen, vagy csaknem teljesen megszünik. Természetesen kellő óvatossággal kell élni, igy merev üterekkel biró egyéneknél nem szabad az eljárást használni, a nyomást 25—30 millimeternél magasabbra nem szabad fokozni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 6. szám.)

A hastyphus kezelése pyramidonnal. A pyramidont typhus ellen *Valentini* ajánlotta volt először két év előtt. Legújabban két közlemény jelent meg, a mely nagyon dicsérően nyilatkozik ezen eljárásról. Az egyik czikk szerzője *Hödlmoser*, a sarajevoi országos kórház főorvosa (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 5. szám), a ki 24 könnyű és 57 középsúlyos, részben nagyon súlyos typhus esetben használta a pyramidont; ezen esetek közül 6 végződött halálosan. Kiemeli a tetemes hőcsökkenést, a mely többnyire erős izzadás kiséretében jelentkezik; továbbá az idegrendszer részéről jelen volt tünetek elmulását és azt, hogy egyetlen egy esetben sem mutatkoztak collapsus jelenségei. A bél részéről jelentkező tünetek is enyhébbek szoktak lenni a pyramidonkezelés mellett, decubitus nem igen jelentkezik, szövődmények a tüdő részéről is nagyon ritkák; ez utóbbiak valószinűleg azzal függnek össze, hogy a pyramidon használata következtében a sensorium feltisztulván, a betegek nem bocsátanak maguk alá, nem nyelnek félre. Kellemetlen melléktünetek nem jelentkeztek, csak nagyon elvétve mutatkozott mulóan hányás, a mikor azután egyideig klysma alakjában kapták a betegek a szert. Előnye a pyramidon-kezelésnek a hydrotherapiával szemben, hogy az ápolás könnyebb és hogy nem jár a beteg nyugalmának megzavarásával. A betegség tartama úgy látszik nem rövidül meg. A mi a pyramidon használatának methodikáját illeti: nem követte szigorúan Valentini utasítását, mely szerint enyhébb esetekben 0·2, súlyosabb esetekben pedig 0·3—0·4 gramm adandó két óránként éjjelnappal a betegnek, míg láztalanná lesz. Először csak nagyon kivételesen adta a szert éjjel is, hogy a beteg nyugalmát ne zavarja; azután a súlyosabb esetekben is átlag csak 0·2 grammos adagokat adott 3 óránként, a betegség vége felé pedig fokozatosan csökkentette az adagok nagyságát. — A másik czikket *Sabarthez*, a perpignani kórház főorvosa irta (Archives générales de médecine, 1905. 7. szám.) Pyramidonnal kezelt 85 typhus-esete közül csak 1 végződött halálosan és ebben az esetben is az illető beteg már erős bélvérzés okozta nagyfokú adynamia jelenségeivel került a kórházba. Eredményei alapján szerző az alábbi következtetések vonására tartja magát feljogositottnak: 1. A pyramidon ez idő szerint a typhus legjobb gyógyszere. 2. Teljesen ártalmatlan, használata sohasem ellenjavalt. 3. Hatása főleg antipyretikus és eliminatorius (a részint a typhus-bacillusoktól eredő, részint a bélben lefolyó rendellenes erjedésekből származó toxikus anyagokat a fokozott verejték- és vizeletkiválasztás útján eltávolító). 4. A typhusos lázat sokkal biztosabban befolyásolja, mint bármely más eddig ismert antipyreticum. 5. A pyramidon-kezelés a typhus-halálozást a minimumra redukálja. 6. A használat legjobb módja az, hogy 6 órai időközökben 1/4 grammos adagokat adunk, tehát 24 óra alatt 1 grammot.

Sebészet.

A hólyagectopia gyökeres műtevésére új módot ajánl *Muscatello* paviai sebésztanár. A módszer tulajdonképen módositása a Maydl ajánlotta műtéti eljárásnak és abban áll, hogy a trigonum vesicale a flexura coli medenczebeli részletébe ültettetik és bélsárral érintkezésbe jutása megakadályoztatik. A műtétet, mely épen ezen utóbbi körülmény miatt látszik előnyösnek, eddig csak egy esetben végezte ugyan, de kitünő eredménynyel. A 10 éves fiúnál a vizelet-continentia teljes: nappal 4 óránként, éjjel 7 óránként üriti a végbélen át vizeletét; az általános állapot is kifogástalan. (Riforma medica, 1904. 43. szám.)

Gyermekek köldöksérve ellen *Lapinski* alkohol-befecskendezéseket ajánl. Eljárása a következő: a sérv visszahelyezése után bal keze mutató ujját a sérvkapura nyomva, tőle néhány millimeternyire 3—4 helyen 60%-os alkoholt fecskendez be, még pedig összesen legfeljebb 0·5 köbcentimetert; a befecskendezések nyolcznaponként ismétlendők, közbe pedig pénzdarab odaszorításával tartjuk vissza a sérvet. Ezen kezelésmód mellett a sérvkapu nemsokára kisebbedni kezd és 5—6 befecskendezés után beáll a gyógyulás. Szerző 2—5 hónapos három csecsemő kórtörténetét irja le, kiknél e vázolt eljárást használta és a kiknél — noha azóta már hosszabb idő telt el — recidiva nem jelentkezett. (Gaz. lekarska, 1904. november 4.)

Bőrkórtan.

A lepra gyógyitását chaulmoogra-olajnak subcutan befecskendésével kisérelte meg *Tourtoulin Bey* (Cairo). Minden eddig ajánlott lepra-ellenes szer közül egyedül a chaulmoogra-olaj használata nyujtott némileg kielégitő eredményt. Gyógyító hatása nem általánosan elfogadott, a mi abban leli okát, hogy csakis igen hosszúra nyujtott (hónapok, évek) használata jár eredménynyel, a néhány hétig tartó adagolás nem. Az eddigi belső adagolással végzett hosszú kúrák azonban igen nagy nehézségekbe ütköznek, sőt csaknem kivihetetlenek, mert a beteget csakhamar undor fogja el, a mi azt a szer továbbszedésében visszatartja. *Tourtoulin* — ismerve e körülményt — már 10 év óta alkalmazza az olajat 5·0 gm.-nyi adagokban injectiók alakjában. Eredményei igen kielégitők, a mennyiben a legsúlyosabb lepraesetek is nagyon jelentékeny javulást, sőt csaknem gyógyulást mutattak. Az ulceratiók behegednek, a dudoros tömegek visszafejlődnek, az izületek ismét hajlékonyakká válnak, a bőr sensibilitása pedig helyreáll. Hasonló jó tulajdonságokról számoltak be *Hallopeau* (9 eset) és *Du Castel* (4 eset) Párisból, *Miguel* Acaronanyból (Guyana). Hátránya ezen injectiós kezelési módnak egyrészt a rendkivül hosszú tartam (hónapok, évek), másrészt az esetleges complicatiók veszedelme (tüdőembolia stb.). Az eddigi tapasztalatokból még az derül ki, hogy a chaulmoogra-olajtól a lepra végleg sohasem gyógyul meg, azt csakis nagy mértékben javitja, mert az olaj kihagyására hónapok mulva a már eltünt leprás jelenségek újolag fellépnek. Ahhoz tehát, hogy a lepra tünetei teljesen elmuljanak, s igy a betegek, legalább látszólag, meggyógyuljanak, valószinűleg éveken át tartó injectiós kezelésre volna szükség. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 40. kötet, 2. füzet, 1905.) *Guszman* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Vérzéscsillapításra már ismételten ajánlották a mellékvesekészitményeket, a többi között velük átitatott gazet és vattát is használtak. *Müller* újabban suprareninnel, illetve adrenalinnal impraegnált gazet iparkodott előállitani, miközben azonban a suprarenin, illetve adrenalin könnyű bomlása és rosszul eltarthatása által feltételezett többrendbeli akadályt kellett leküzdeni, mig végre sikerült egy oly eljárást találni, a melylyel oly impraegnált gaze, illetve vatta volt előállitható, a mely bizonyos mennyiségű hatékony, nem bomlott suprarenint, illetve adrenalint tartalmaz és e mellett teljesen steril. Az ilyen gaze és vatta — melynek nagyban való készitését az M. Arnold-féle chemnitzi kötőszer-gyár vállalta el — nagyon előnyösnek igérkezik nyálkahártyákról, fekélyekből, sebekből, méhből stb. jövő vérzések csillapítására. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám.)

Chloralral eredményesen kezelt tetanus esetét közli *Fischer*. 2 grammos adagokat adott naponként 7-szer is. Szerző tapasztalatai szerint mérgezéstől ilyen nagy adagok használata mellett sem kell tartani, a meddig a betegség fennáll, mert a chloral narcktizáló hatása a betegséggel járó excitatio által ellensúlyoztatik. (Hygieia, 1904.)

Gyomorhurut kezelésére a sósavat tanninnal együtt ajánlja *Weitlaner*: Rp. Acidi tannici 0·6; Acidi hydrochlorici diluti guttas XLII; Aquae destill. 96·0. D. S. Délben és este 1/2 órával az evés után egy evőkanálnyit 150 gramm tiszta langyos vízzel keverve lassan elfogyasztani. Vagy pedig külön is rendelhető a tannin és a sósav, előbbi 10 centigrammos porokban, utóbbi pedig cseppentő-üvegben. Délben és este 1/2 órával az evés után egy port felolvasztunk 150 gramm langyos vízben és 7 csepp sósavat adva hozzá, lassan elfogyasztjuk. A fogak kimélése végett üveg- vagy kaucsukcső segélyével történjék a bevétel. (Münchener med. Wochenschrift, 1905. 8. szám.)

Tussis convulsiva eseteiben a köhögésrohamok mérséklésére jó eredménynyel használja *Münz* az antipyrint veronallal: Rp. Antipyrini, Veronali āā 1·0; Aquae destill. 100·0; Syr. cinnamomi 20·0. M. D. S. Korán reggel, délben és este ½ órával a lefekvés előtt kávéskanálnyit. 3—4 évesnél idősebb gyermekeknél a veronal mennyisége a fenti vényben 1·5—2·0 grammra növelhető. (Neue Therapie, 1904. 7. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 12. szám. *Fischer Jakab:* A neurasthenia és a paralysis progressiva kezdő szaka. *Temesváry Rezső:* Az abortusról. *Lővi József:* Laryngocele Virchowi egy esete.

Budapesti orvosi ujság. 1905. 11. szám. *Udvarhelyi Károly:* A tüdőütőér törzsét és conusát összenyomó és abba áttörő aorta-aneurysma. *Sümegi József:* Szivbetegek kezelése szénsavas fürdőkkel és néhány szó a gyógyhelyek indicatiojáról. *Tolnai Bernát:* Therapiás tapasztalatok újabb gyógyszerekkel. *Beck Soma:* Gyermekkori bőrbajok összefüggése a belső szervek megbetegedéseivel. *Havas Adolf:* Néhány újabb physikális gyógymódról a bőrgyógyászatban. *Horváth Kornél:* Az ondó direkt ragályosságának kérdéséhez a syphilis harmadlagos stadiumában.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 11. szám. *Celler* és *Hamburger:* Specifikus antitestképződés fehérjetáplálás után. *Fleischmann:* Perineotomia mediana. *Haberer:* Incarcerált Treitz-féle sérv műtét után gyógyult esete. *Fink:* Az epekőbetegség balneologiai és operativ kezelésével tett tapasztalatok. *Fink:* A karlsbadi víz hatásmódja epekőbajban. *Engländer:* Exsudatumok és transsudatumok fajsúlyának megállapitása testhőmérsék mellett. *Ruff:* Coma diabeticum operativ beavatkozások után.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 12. szám. *Jolles:* Katalysatorok physiologiai-chemiai szempontból. *Matzner:* Vastropon. *Hrach:* Metastatikus pneumonia otitis media suppurativa után. *Haskovec:* A vérnyomás némely ideg- és elmebajban. *Kornfeld:* Az urosepsis tünettana.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 12. szám. *Hansemann:* Mit tudunk a rosszindulatú álképletek okáról. *Buschke:* A faggyúmirigyek functioja és ennek viszonya a zsiranyagcseréhez. *Vogt:* Az alkohol befolyása a pupillareactio változásaira. *Flügel:* A végbélgonorrhoea vulvovaginitis infantum eseteiben. *Orth:* A rák morphologiája és a parasita elmélet. *Karewski:* Diabetes és sebészi beavatkozások. *Helbron:* A myopia keletkezése és kezelése.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 11. szám. *Minkowsky:* A köszvény kezelése. *Ibrahim:* Védőoltások diphtheria-serummal. *Bruck:* Hysteriás alvásállapotok. *Croce:* Csigolyatörések. *Bäcker:* Chininum sulfuricum mint a méhösszehúzódásokat fokozó szer. *Scholz:* Acetoncelloidin gyorsbeágyazás. *Ziemann:* Filariabetegség a tropusokban. *Feilchenfeld:* Cornealis erosiók recidiválásának prophylaxisa.

Centralblatt für Chirurgie, 1905. 7. szám. *Haudek:* A gypsz-ágy technikája. *Subbotitch:* Ileus mint az appendicitis késői következménye. 8. szám. *Brunner:* Ablakos golyvasonda.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 16. kötet, 2. füzet. *Seelhorst:* A húgycső heges szűkületeinek gyökeres gyógyítása az elektrolytikus tűvel. *Malfatti:* Tejczukor kimutatása a vizeletben.

Neurologisches Centralblatt, 1905. 4. szám. *Bayon:* A hypophysis, az epiphysis és a környéki idegek cretinismus egy esetében. *Merzbacher:* Az idegelfajulás biologiájához. *Juliusburger:* Van-e pathologiai plagium?

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905. február. *Heddaeus:* A miosis keletkezése reflectorius pupillamerevségben. *Rosenfeld:* A tractus opticus encephalitise.

Archiv für klinische Chirurgie, 75. kötet, 2. füzet. *Kelling:* A rákos gyomor resectioja. *Payr:* A pylorus és a bél egyidejű stenosisa. *Fantino:* Adat a húgy- és epekövek tanához. *Karewski:* Adatok az inguinalis és cruralis hólyagsérvek ismeretéhez. *Heegaard:* Ovarialis sérvek. *Poulsen:* A Madelung-féle kézdeformitás. *Werner:* Veleszületett féloldali arczhypertrophia. *Coenen:* Inydaganatok.

Therapeutische Monatshefte, 1905. 1. szám. *Kien:* Megölt typhusbacillusok felhasználása a Gruber-Vidal-reactioban. *Liebreich:* Tonizáló borkészitmények. *Nicolaier:* Methylenhippursav. *Morin:* A gümőkór kezelése a leysini sanatoriumban. *Klau:* A középső fül operativ megnyitása. *Clemm:* A sejthizlalás. *Volland:* A száraz és eldugult orr kezelése. *Kress:* Veronal. *Goldschmidt:* Chemiai reactio a bélben és therapiai alkalmazhatósága. *Berliner:* Halálos chloralhydrat-mérgezés.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 72. kötet, 2. füzet. *Hirschfeld* és *Pollio:* A jod resorptioja jodkali-kenőcsökből. *Heffter:* Megjegyzések az előző czikkre. *Csillag:* Syringoma. *Pick:* Az acne teleangiectodes (Kaposi) ismeretéhez. *Volk:* Magdegeneratiók cutan lobos folyamatokban. *Kreissl:* A bőr és hasi szervek haemochromatosisa erythrodermiával járó idiopathiás bőratrophiánál. *Krasnoglasow:* Adat a mycosis fungoides Alibert casuistikájához. *Buschke:* Sajátszerű recidiváló vándorló phlebitis az alsó végtagokon.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 82. kötet, 1. és 2. füzet. *Moritz:* A szív alakjának, nagyságának és helyzetének változása a vizszintes helyzetből a függőlegesbe átmenetelkor. *Helber:* A vérlemezkék keletkezése. *Karakaschoff:* A pancreas Langerhans-sejtjeinek viselkedése diabetes mellitusban. *Stäubli:* Meningismus typhosus és meningotyphus. *Hegler* és *Helber:* Heveny egyszerű meningoencephalitis esete. *Klieneberger:* A szív- és edényzörejek továbbjutása a throraxban. *Morawitz:* A sclerosis multiplex ismeretéhez. *Fanconnet:* Gümőkóros folyamatok és lymphocyták. *Rubinato:* Elsődleges májsarkoma májcirrhosissal. *Bendix:* Intermittáló polyuria Addison-kórban.

Archives générales de médecine, 1905. 7. szám. *Sabarthez:* A typhus kezelése pyramidonnal. *Siegel:* Malum suboccipitale. *Michon:* A cystitis némely változata. 8. szám. *Heitz:* Szénsavas fürdők a tabeses ataxia kezelésében. *Delot* és *Le Play:* Diphtheria, scarlatina és otitis; pyopneumothorax-szá vált sero-fibrinosus pleuritis, utána gangraena pulmonum 3 éves gyermekben; bonczlelet.

Le progrès médical, 1905. 8. és 9. szám. *Vermeulen:* Rendszeres testmozgások a vérkeringés zavaraiban.

Bulletin général de thérapeutique, 149. kötet. 5. füzet. *Rochard:* Az appendicitis késői műtevésének előnyei. *Cabanès:* Orvostörténeti adatok. *Bonjeau:* A hydrogensuperoxyd hatása a bakteriumokra in statu nascenti. 6. füzet. *Robin* és *Bardet:* A fémfermentek a gyógyászatban. *Pouchet* és *Chevalier:* Az ibogain pharmakodynamikai hatása. *Cautru:* A massage colitis eseteiben.

Archives de neurologie, 1905. január. *Raymond, Huet* és *Alquier:* Fibrosarcoma nyomása okozta perifériás facialis hűdés. *Sérieux* és *Mignot:* Veronal használata elmebajokban, *Bourneville* és *Mangeret:* Atrophiás hemisphaerás sclerosis; imbecillitas; jobboldali hemiplegia; epilepsia; dementia.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1905. 1. füzet. *Brocq, Lenglet* és *Ayrignac:* „Alopecie atrophiante". *Jacquet* és *Rondeau:* A vernix caseosa, a heredo-seborrhoea és az acne foetalis.

Revue de médecine, 1905. 1. füzet. *Richet:* Gümőkóros kutyák táplálása. *D'Espine:* Klinikai cardiographia. *Bernard* és *Salomon:* A szív és az aorta kisérletes gümőkórja. *Sakorraphos:* Valószinűleg malariás eredésű új klinikai syndroma. *Choupin:* Renalis opotherapia.

Revue de chirurgie, 1905. 1. füzet *Poncet* és *Leriche:* Gümőkóros ankylotizáló rheumatismus. *Duval:* A „scapulum alatum" sebészeti kezelése. *Féré* és *Perrin:* Ujj-anomaliák. *Djémil:* A rák kezelése Röntgen-sugarakkal. *Viannay:* Trendelenburg-féle műtét. *Chastenet de Géry* és *Froin:* A pleuralis haematoma physiologiai pathologiája. *Balacesco* és *Cohn:* Oesophagotomia externa cervicalis idegen testek eltávolitására. *Le Damany:* A veleszületett csipőizületi ficzamodások észszerű kezelése.

The lancet, 1905. I. 10. szám. *L. S. Dudgeon:* A peritonitis bakteriologiai szempontból. *M. Stephen Mayou:* A conjunctiva lob okozta elváltozásai. *G. H. Savage:* Toxikus elmezavarok. *G. F. Still:* A gyermekkori pylorus-túltengés diagnosisa és kezelése. *T. J. Walker:* Heveny felszálló hűdés idült cystitis eseteiben. *G. Grey Turner:* A pyloroplastica végső eredményei. *J. Cropper:* Hólyagruptura fiatal gyermekben. *M. P. Holt:* Adatok az appendicitis műtevéséhez. *A. W. Mayo Robson:* Kettős rosszindulatú daganat a bélben. *H. Campbell Highet:* Az a. subclavia ligaturája.

British medical journal, 1905. márczius 4. *F. Treves:* Az appendicitis-műtétek végső eredménye. *G. Heaton:* Az appendicitis némely sajátsága nőkben, különös tekintettel az appendicitisre terhességben. *C. B. Lockwood:* A colitis és az appendicitis közötti viszony. *W. Bruce Clarke:* Indigestio némely súlyos esetének sebészi kezelése. *E. Harrison:* Homokóra-gyomor műtett esete. *Th. Laffan:* Törés-esetek.

The practitioner, 1905. márczius. A gyermekágyi lázra vonatkozó 14 czikket tartalmaz. (Special number: Puerperal fever.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. márczius 23.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 10. hetében (1905. márczius 5-től márczius 11.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 498 gyermek, elhalt 318 egyén, a születések tehát 210-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·1, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 16, meningitis tuberculosa 14, apoplexia cerebri 9, convulsiones 10, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 3, alii m. syst. nerv. 6, morbi org. cordi. 12, morbi myocardii 5, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 9, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 5, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 5, pneumonia 31, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 71, emphysema pulm. 5, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 5, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 0, peritonitis 7, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 7, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 3, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 2, debil. congenita 16, paedatrophia 1, marasmus senilis 17, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 4, scarlatina 2, pertussis 2, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0,

lues congenita 0, erysipelas 2, pyaema, sepsis 3, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 4, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3704 beteg, szaporodás 1004, csökkenés 844, maradt e hét végén 3729 beteg. *b*) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 177 (170), vörheny 76 (55), álh. gége- és roncsoló toroklob 34 (33), hökhurut 7 (16), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 1 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 32 (26), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 5 (1), trachoma 7 (13), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

× **Trachoma-tanfolyamok.** A trachoma kórtanából és gyógyításából községi, kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbizásából 1905. évi junius hó 15-dikétől bezárólag 24-dikéig tiz napig tartó *trachoma-tanfolyamok* fognak tartatni, és pedig: 1. Budapesten a m. kir. tudomány-egyetem szemklinikáján. Tartja: *Grósz Emil* dr. egyetemi tanár, trachomaügyi kormánybiztos. Felvétetik legfeljebb 20 hallgató. 2. Kolozsvárott a m. kir. Ferencz József tudomány-egyetem szemklinikáján. Tartja: *Hoor Károly* dr. egyetemi tanár. Felvétetik legfeljebb 15 hallgató. 3. Pozsonyban a m. kir. állami közkórház szemészeti osztályán. Tartja: *Lippay Sándor* dr. közkórházi főorvos. Felvétetik legfeljebb 12 hallgató. 4. Hódmezővásárhelyen a városi Erzsébet-szemkórházban. Tartja: *Imre József* dr. igazgató-főorvos. Felvétetik legfeljebb 12 hallgató. A résztvevő községi, kör- és hatósági orvosok az útiköltség megtérítésén kivül 8 korona napidijban részesülnek. A jelentkezések a választott hely megjelölésével f. évi április hó 30-dikáig a közigazgatási hatóság útján a m. kir. belügyminister úrhoz intézendők, ki a felvétel felett dönt. (20,996/1905. B. M. szám.)

— **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén az egyetemi intézetekhez a következők választattak meg. Az élettani intézethez Pekár Mihály dr. adjunktusnak; a II. sz. anatomiai intézethez Elefánt Zoltán demonstratornak; a II. sz. belklinikához Csiky József dr. és Apaticzky Sándor dr. díjazatlan gyakornokoknak; a bőrkórtani intézethez Kelemen Géza dr. díjazatlan gyakornoknak; az I. sz. női klinikához Lovrich József dr. első tanársegédnek (meghosszabbítás) és Wenczel Tivadar dr. első poliklinikai tanársegédnek (meghosszabbítás); a II. sz. női klinikához Wolf Ferencz dr. díjas gyakornoknak; a szemklinikához Genersich Margit dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás). Ugyanazon ülésen a tanártestület a Wagner-féle 2000 koronás utazási ösztöndijat Herzog Ferencz dr.-nak itélte oda.

+ **A XV. magyar balneologiai congressus** ülései folyó évi április hó 8-dikán és 9-dikén tartatnak meg; az első ülés április hó 8-dikán délelőtt 10 órakor, a második ugyanazon napon délután 5 órakor, a harmadik április hó 9-dikén délelőtt 10 órakor veszi kezdetét. Az I. ülés tárgysorozata következő: 1. Elnöki megnyitó. 2. Rottenbiller Ödön dr., uradalmi fürdőorvos (Trencsén-Teplitz): A rheumás bántalmak hideg és meleg kezelési módjainak kritikai méltatása. 3. Tausz Béla dr., fürdőorvos (Lipik): Konyhasós ásványvizek és hypotonikus oldatok viselkedése a gyomorban. 4. Ötvös József dr., fürdőorvos (Budapest, Margitsziget): A Bulling-féle belégzési eljárás gyógyértéke. 5. Grimm Ármin dr., fürdőorvos (Savanyúkút): A húgysavas diathesis által okozott betegségekről. 6. Arányi Zsigmond dr., fürdőorvos (Herkulesfürdő): Az idült vállizületi félficzamok fürdői kezelése. II. ülés: 1. Nenádovics Lázár dr., fürdőorvos (Franzensbad): Irodalmi tanulmány a nőgyógyászati balneotherapia hatásköréről. 2. Turán Bódog dr., fürdőorvos (Franzensbad): A nők vérszegénységének és neurastheniájának balneodiaetás kezelése. 3. Weisz Ede dr. fürdőorvos (Pőstyén): A felső végtagok egyenesitése torzító csúz eseteiben (új készülék bemutatásával). Este 7 órakor *Hankó Vilmos* dr. népszerű előadás keretében száz szines vetített képen bemutatja a magyar fürdőket és ásványvíztelepeket. III. ülés: 1. Hankó Vilmos dr. tanár és Oelhoffer H. Gy. forrástechnikus: Kölcsönös hatás egyfelől az ásványvizek és a fémek, másfelől az ásványvizek és az ebonit között. (Laboratoriumi észlelések a fémeknek, ötvényeknek és az ebonitnak balneotechnikai felhasználhatása szempontjából.) 2. Bókay Árpád dr. egyetemi tanár: A magyarországi fürdők látogatottságának kimutatása az 1903. évben (hivatalos adatok alapján.). A congressust az országos balneologiai egyesület közgyülése követi, április 9-dikén délelőtt 11 órakor. Ennek tárgysorozata a következő: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Jelentés a pályázatok eredményéről; új pályázatok kihirdetése. 6. Indítványok. 7. A tisztikar választása. Az egyesület gazdasági osztálya április hó 8-dikán, reggel 1/2 9 órakor és április hó 9-dikén, ugyanabban az időben évi üléseit tartja; az első ülés tárgya: Beck Mosin bártfai fürdőigazgató jelentése a magyarországi fürdőigazgatók országos gyüléséről. Az összes ülések a budapesti kir. orvosegyesület házában (VIII., Szentkirályi-utcza 21. szám) tartatnak meg. A közgyülés után, április hó 9-dikén, d. u. 2 órakor közös ebéd a „Pannonia" szállodában.

A XI. szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága *Grósz Emil* egyetemi tanár elnöklésével elhatározta, hogy a budapesti egyetem orvosi fakultásának előadói által gyakorló orvosok számára tartott ismétlő tanfolyamot az 1905. május 29.-étől junius hó 11.-éig tartó 2 heti időben rendezik. A klinikai főtárgyakból 2 párhuzamos cursus lesz 4—4 előadóval, a speciális klinikai tárgyakból pedig 35 előadó vállalkozott kisebb csoportok gyakorlati betanitására. A közbeeső ünnepnapokon 5 egyes előadás is lesz, melyek megtartására Bókay János, Dollinger Gyula, Jendrássik Ernő, Korányi Sándor és Müller Kálmán egyetemi tanárok vállalkoztak. A végrehajtó bizottság a szünidei orvosi cursuson kivül porosz mintára a főváros s vidék nagy kórházaiban 2 hónapon át hetenként egy napon előadási cyklusokat is óhajt rendezni, melyeken a helybeli s a legközelebbi környék orvosai vehetnek részt. Ilyen kurzusok tartására a folyó évben a Budapest jobbparti szent János-kórház és Margit-kórház és a budapesti poliklinika főorvosai, valamint a pozsonyi állami közkórház főorvosai és a pozsonyi bábaképző igazgató-tanára vállalkoztak. A részletes programmot a végrehajtó bizottság húsvétkor fogja szétküldeni. Addig is felvilágositással szolgál a XI. szünidei orvosi cursus titkára: Temesváry Rezső egyetemi magántanár, VII, Erzsébet körút 32.

∨ **Az osztrák egyetemek látogatottságáról** az 1904/5. tanév téli felében most tették közzé a hivatalos kimutatást, a melyből az orvostanhallgatókra vonatkozó adatokat a következőkben adjuk: *Bécs*: 1038 rendes (1006 férfi, 32 nő) és 488 rendkivüli hallgató; *Innsbruck*: 129 rendes és 23 rendkivüli hallgató; *Grácz*: 227 rendes (223 férfi, 4 nő) és 69 rendkivüli hallgató; *Prága német egyeteme*: 191 rendes (184 férfi, 7 nő) és 44 rendkivüli hallgató; *Prága cseh egyeteme*: 363 rendes (360 férfi, 3 nő) és 89 rendkivüli hallgató; *Lemberg*: 105 rendes (95 férfi, 10 nő) és 8 rendkivüli hallgató; *Krakkó*: 147 rendes hallgató (126 férfi, 21 nő). Az összes szaporodás az előző téli félévhez képest 109 rendes hallgató (90 férfi és 19 nő).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Albargin" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Lapunk mai számához a Krewel & Cie., Köln a. Rhein „Tannoform" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Sok tekintetben felülmulja a külföldi hasonló készitményeket a **„Nervinol Barabás"** idegerősitő gyógyszer-különlegesség, mely rendkivül megnyugtató és általános erősitő hatásánál fogva már idáig is széles orvosi körökben kellő méltánylásban részesült. A **„Nervinol Barabás"** nevü mellékletre és hirdetésre felhivjuk olvasó közönségünk szives figyelmét.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — 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. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

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

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

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1905. márczius 13-dikán.) 223. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1905. márczius 18-dikán.) 223. l. — Közkórházi orvostársulat. (1994. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.) 226. l. — III. országos elmeorvosi értekezlet. (IV. ülés 1904. október 24-dikén délután.) 227. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 227. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1905. márczius 13-dikán.)

Elnök: **Than Károly**. Jegyző: **König Gyula**.

Orvosi érdekű tárgyak voltak a következők:

1. **Lenhossék Mihály** rendes tag előadja székfoglaló értekezését „**A peripherikus idegrostok fejlődéséről**“. Az idegrostok fejlődéséről leginkább *His* nézete van elfogadva, mely szerint ezek a központi idegrendszer fiatal idegsejtjeiből („neuroblast“-jaiból) kinövés útján keletkeznek, vagyis, hogy minden egyes idegrost egy-egy sejtnek rendkivül hosszúra megnövekedett nyúlványa. E szerint minden idegrost csak egy sejtből fejlődik s később is csak ezzel az egy sejttel függ össze az egyik végén, míg a másik végén szabad csúcscsal fut ki. E fejlődéstani tanítás egyik legfontosabb talpköve a neuron-elméletnek.

A kinövési tannal szemben áll a lánczolat-elmélet, mely az idegrostok keletkezését számos idegképző sejt sorozatos egybeolvadásából magyarázza s igy az idegrostot nem egy-egy sejt származékának, hanem multicelluláris képződménynek tartja. Ezen elméletnek, melyet már Schwann kifejtett 1839-ben, mindig megvoltak a maga hivei, de nagyobb energiával csak az utóbbi időben szállottak mellette síkra a szószólói, miután a két ellentétes nézet küzdelme egybefonódott a szövettan egyik legnevezetesebb vitás kérdésével: a neuron-elmélet helyességének vagy hibás voltának a problémájával.

Előadó az idegrostok fejlődését tyúkembryók sorozatain vizsgálta meg a harmadik nap elejétől a kilenczedik nap végéig terjedő időszakból. Dolgozatában egyedül az elülső gyökerek rostjainak a fejlődését veszi szemügyre. Észleletei szerint a harmadik nap elején indul meg a folyamat azzal, hogy a velőcső idegsejtjeiből a későbbi elülső szarvak tájékán finom, magnélküli fonalak nőnek ki a környező laza mesenchymába az ős-szelvény felé: ezek az első nyomai a peripherikus idegrostoknak. E fonalak szabadon, s nem más sejtek protoplasmájában fekszenek, mint *Bethe* állítja. A viszonyok csakhamar komplikálódnak az által, hogy a fiatal rostok környezetében különös, nagy sejtek jelennek meg, a melyek a rostokhoz szorosan hozzáfekszenek s látszólag velük egybeolvadnak. Ezek azok a sejtek, a melyeknek a lánczolat-elmélet hívei oly nagy jelentőséget tulajdonítanak a rostok képzésében. Előadó meggyőződése szerint e sejtek csak másodlagos jelentőségű elemek, hüvelyképző sejtek, lemmoblastok, a melyek majdan a tengelyfonalat körülvevő Schwann-féle burokká alakulnak át. E tekintetben előadó nagy súlyt helyez arra az észleletére, hogy a lemmoblastok közül egyesek eleinte nem fekszenek szorosan magán az idegroston, hanem csak a közelében, szabad elhelyezésben találhatók, s csak másodlagosan jutnak szoros érintkezésbe az idegrosttal. A negyedik napon a lemmoblastok rendkivül megszaporodnak, de csak egy körülirt helyen: közvetlenül a velőcső mellett, a kilépő gyökér kezdete körül; itt ez elemek gömbölyded sejthalmazt formálnak, mely 15—20 s még több sejtből áll s melyben élénk osztási folyamatot észlelünk. A sejthalmazon túl a fiatal, vékony idegnyalábocska csaknem teljesen híjján van a sejteknek, csupán tengelyfonalakból áll. A következő napokon a halmaz mindinkább eltünik, mert elemei bevándorolnak az idegnyaláb peripherikus részeibe. A nyolczadik naptól kezdve a rostok közé ágyazott gyér lemmoblastokon szaporodási folyamatok észlelhetők, minek folytán az addig magvakban igen szűkölködő idegnyalábok mindinkább benépesülnek sejtekkel.

Hogy a lemmoblastok honnan erednek, erre nézve előadó legvalószinűbbnek tartja *Harrison*-nal, hogy a dúcztelepekből származnak, tehát ektoderma származású elemek. Ez világot vetne arra a tényre, hogy e sejtek oly szoros viszonyba tudnak jutni a szintén ektodermaeredésű tengelyfonállal, valamit érthetővé tenné azt a lehetőséget is, hogy a Schwann-féle sejtek a tengelyfonál sérüléseinél ezek regeneratiojában közreműködhetnek, a mi különben még nem áll kétségen felül.

Előadó vizsgálatainak az a főeredménye, hogy az idegrostok oly módon keletkeznek, mint a hogy azt *His* leirta: egy-egy idegsejtnyúlvány hosszú rosttá való megnyúlása által, s hogy a lánczolat-elmélet távol jár a valóságtól. A *His*-féle neuroblast-tan szilárdabban áll ma, mint valaha s vele szilárdan áll a neuron-elmélet is, a mely teljes épségében került ki azon heves támadásokból, a melyekben az utóbbi években része volt.

2. **Thanhoffer Lajos** r. t. bemutatja **Alexander Béla X-sugaras tanulmányát a kézcsontok fejlődéséről**. Szerző vizsgálatai szerint először a hüvelyk, azután a 3. és a 4., nemsokára az 5. ujj végperczében jelennek meg a csontosodáspontok; ezt követi a négy metacarpális csontban a csontosodáspont fejlődése, majd az ujjak alapizein alakulnak ki a csontosodáspontok és ezután a középső ujjperczeken.

3. **Tangl Ferencz** levelező tag bemutatja **Lengyel Loránd dr.** következő czimü értekezését: „**Adat a pepsinemésztés thermodynamikájához.**“ Szerző a pepsinemésztést thermochemiai vizsgálódás tárgyává tette. A fermentatiós folyamatok ily irányban eddig még nem képezték vizsgálat tárgyát. Az eredmény érdekes és bizonyitja, hogy a pepsinemésztés reactiohője vagy nulla, vagy legalább is rendkivüli kicsiny. A pepsinemésztés a felhasználható chemiai energia szempontjából tehát a szervezetre nézve semmiféle veszteséggel sem jár. A vizsgálatokat szerző a budapesti egyetem élet- és kórvegytani intézetében a bemutató vezetése mellett végezte.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1905. márczius 18-dikán.)

Elnök: **Bókay Árpád**. Jegyző: **Kövesi Géza**.

Elnök. T. O. E.! Mély gyász borult egyesületünkre, az egész haza orvosaira, az orvosi fakultásra. Egyesületünk egyik legnagyobb dísze, orvosi rendünk egyik méltó büszkesége, a fakultás egyik legerősebb oszlopa — Schulek Vilmos a kerepesi temető hideg földjében aluszsza már örök álmát. Pihenésre tért, a ki az életben soha pihenést nem ismert. A lázas munkában kimerült test és lélek nem birta tovább a hosszas szenvedést: összeroskadt. Halála nem volt váratlan előttünk, mégis megrendített bennünket. A halál megváltás volt neki, mégis korán következett be nekünk. Bár ő maga, midőn másfél év előtt egészen visszavonult a nyilvánosságtól, gyengéd és finom lelkével előkészíteni igyekezett bennünket arra, hogy távollétét megszokjuk, mégis nehéz és fájdalmas nekünk a gondolat, hogy örökre hiányozni fog körünkből szelidséget, jóságot sugárzó alakja. Szomorú, hogy rajta is be kellett teljesülni boldog emlékü Fodor József jóslatának, mely fájdalom, az utóbbi években oly sokszor bizonyul be igaznak, hogy a magyar orvostudósokra végzetes a hatvanas életévek eleje. Nem most van ideje annak, hogy érdemeit kimeritően méltassuk; emlékbeszéd fogja azokat az utókornak, a magyar orvostudomány történetének megörökíteni. De nem is szükséges t. tagtársaim előtt érdemeiről beszélni, ismerjük azokat mindannyian, hisz alig néhány kivétellel mindnyájan tanitványai voltunk. Benne láttuk mindig ideálját az egyetemi tanárnak, a ki csak kathedrájának élt; benne láttuk legszebb példáját a nemes orvosnak, a ki a maga érdekeiről megfeledkezve, óriási tudását és párját ritkitó orvosi művészetét csupán betegei érdekében használta; benne láttuk mintaképét az okos hazafinak, a ki hazáját munkával szerette, s az igaz embernek, a ki a gyarló hiúságot és haszonleső önzést nem ismerte.

Emlékét szeretettel fogjuk megőrizni. Legyen áldott emléke!

(Az egyesület felállással fejezi ki az elhunyt iránt tiszteletét.)

Elnök jelenti, hogy az elnökség a halálhir vétele után a gyász jeléül kitüzette a fekete lobogót az egyesület házára. A tagtársakat értesitette a gyászesetről. A titkárral együtt meglátogatta a családot és részvétét fejezte ki. A temetésen az egyesület tagjai tömegesen vettek részt. A ravatalra az orvosegyesület nevében koszorút helyezett. — Az igazgató tanács gondoskodni fog, hogy az elhunyt emléke méltón megörökittessék. (Az egyesület az elnökség intézkedéseit jóváhagyja.)

Jelenti továbbá elnök, hogy a franczia *klimato-therapiai II. kongressusra* meghivó érkezett. Jelenti, hogy Zimmer berlini tanár mint vendég részt vesz az ülésen, hasonlóképen az egyetemi szemklinika fiatal orvosi tagjai. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Barlay János, Bókay János és Fenyvessy Béla tagtársakat.

Sympathiás szemgyuladások.

Barlay János. Sympathiás szemgyuladásban megbetegedett három egyént bátor bemutatni, kiknél részben a bajt előidéző okok a ritkábban észleltek közé tartoznak, részben pedig a sympathiás gyuladás késői fellépése érdekel.

L. J.-né, 36 éves nőbeteg jobb szemén iridectomiával combinált hályogkivonás után támadt chronicus irido-cyclitis okozta a másik szem sympathiás gyuladását. Egy év előtt lakóhelyén jobb szemét megoperálták. A műtét után még körülbelül 5 hétig látott e szemével, majd látása ismétlődő gyuladás kiséretében fokozatosan romlott. E szemén a corneo-scleralis határon felül vonalos heget, az irisben felfelé keskeny, izzadmányhártyával elzáródott részt és occlusio pupillae-t látunk; kézmozgást lát, fényérzés, projectio jó. Másik szemén körülbelül egy évvel a műtét után kis fájdalom és fénykerülés kiséretében látása megromlott. A szemen a sympathiás gyuladásnak megszokott képét, praecipitatumokkal járó irido-cyclitis tüneteit látjuk. Tekintettel az anamnesisre és a jobb szemben a műtét után kevés szünettel kiujuló irido-cyclitisre, mely plastikus izzadmánynyal is járt, a másik addig ép szem baját sympathiásnak kell tartanunk. Itt tehát az operálás váltotta ki a sympathiás gyuladást. A primaer módon megbetegedett, a sympathiás gyuladást előidézett szemet nem enucleáltuk, mert fényérzése még jó, s esetleg még látásra hozható és viszont a másik szem sorsa kétséges.

P. G. 28 éves férfibetegnál időnként corneális complicatioval járó heges trachoma van jelen. Több izben kórházban ápolták. Egy vidéki kórházból szakorvostól nyert értesüléseink szerint a beteg mult év októberében bal szemének ulcus corneae-ja miatt 3 izben lett operálva.

Nevezetesen 2 izben cauterisatio s egy izben Saemisch-féle keratotomia történt. A műtéti beavatkozások a gyuladást nem szüntették meg.

Az operált szemben szünetekkel váltakozó iridocyclitis támadt a műtét után körülbelül 3 hónappal, az amúgy is gyengébben látó jobb szem látása enyhe gyuladásos tünetek kiséretében feltünően megromlott. Jobb szemén pericorneális injectio, a szarúhártyán lefolyt gyuladásoktól származó foltok láthatók. A szemen egyébként praecipitatumokkal járó iridocyclitis jeleit találjuk. A vak, még gyuladásos bal szemet eltávolítottuk.

Az eset annyiban érdekel, hogy általában ártalmatlannak tartott beavatkozásra és következményeire keletkezett a sympathiás gyuladás.

V. I., 34 éves, férfibeteg jobb szemét 22 év előtt kalász csapta meg. Heves gyuladás kiséretében látása elpusztult, szeme fonnyadt, zsugorodott. E szeme azóta nyomásra érzékeny volt, feltünő gyuladást rajta nem tapasztalt. A sérülés után 22 év mulva bal szemén látása időnként elborul, photopsiái vannak, a látása fokonként romlik. A töpörödött, érintésre fájdalmas jobb szemet enucleáltuk. Bal szemén mérsékelt ciliáris injectio. Az iris gyöke kissé hátrahúzódott; az irisen a gyuladás összes tüneteit találjuk, néhány hátsó lenövés látható, az üvegtest diffuse borus. A bal szem baját, tekintettel az anamnesisre s a gyuladás jellegére, a betegnél iritist okozó egyéb körülmények kizárása útján szintén sympathiás eredésünek kell tartanunk. Tanulságos az esetben az, hogy a sérülés után hosszú idő mulva betegedett meg a másik szem.

Exophthalmus pulsans.

Barlay János: Az exophthalmus pulsans a ritkábban észlelhető bajokhoz tartozik. Az esetek legtöbbjében sérülés okozza. Gyéren találkozunk a spontan támadt esetekkel.

F. L., 27 éves nőbetegünk baja 4 év előtt támadt. Ekkor graviditásának második felében volt. Minden különös ok nélkül a bal fejfélben érzett fájások után egy reggel arra ébredt, hogy bal szemhéjai erősen duzzadtak, a felső szemhéja lelóg. Ez óta balszeme kijebb állott s fejében zúgás-zakatoláshoz hasonló zörejeket hallott. A betegnél akkor a pulzáló exophthalmusra jellegző tüneteket találtak, a bal szem kidülledt. Az oculomotorius által ellátott összes izmok működésképtelenek voltak. A bal szemen pulzálást éreztek, rajta és környékén systolikus zörejt lehetett hallani. A bal fejütőér lenyomásakor a szemgolyó üregébe visszatér, a pulzálás és zörejek megszünnek. Nehány napon át rendszeresen végzett előkészítő digital-compressio után a beteg baloldali carotisát Dollinger tanár a klinikáján lekötötte. A jobb felső végtag muló paresise és kisfokú sensorium-zavar követte a műtétet. Műtét után az exophthalmus megcsökkent, pulzálás, zörejek megszüntek, ellenben a szemizombénulások egy ideig fennmaradtak, ugyszintén a fejzúgás is, mely néhány hónappal a műtét után erősbödött. Ezzel egyidejűleg észrevette, hogy bal szeme fokozatosan visszatér régi helyére, mig a jobb szem fokozatosan kidülled. Jelenleg a bal rendes helyén van, mozgásai fel- és lefelé korlátoltak, a többi irányban jók. Pupillája tág, nem reagál, alkalmazkodási képessége nincs. A szemfenéken kissé tágabb venák láthatók. — A jobb szem a másikhoz képest kijebb áll, de könnyen és fájdalom nélkül reponálható. Tenyereinket ráhelyezve a szemgolyóra, a radiális pulsussal egyidejű lüktetést érzünk. Ezen lüktetés a jobboldali carotis lenyomásakor megszünik, de az exophthalmus nem változik. Ha a szemgolyót előzetesen reponáljuk és utána nyomjuk le a közös fejüteret, akkor a szemteke helyén megmarad és csak a nyomás megszüntetésével lassan jut vissza kidülledt helyzetébe. A szemgolyón magán, de még inkább a halántéktájon fúvó, systolés zörejeket hallhatunk, melyek a carotis lenyomásakor lassan veszitenek intensitásukból, de teljesen meg nem szünnek. Az a benyomásuk támad, mintha a zörejek távolodtak volna. A szemgolyón magán nehány tágabb és kanyargósabb lefutású episclerális éren kivül egyéb elváltozás nem észlelhető. Látása teljes.

A belgyógyászati lelet negativ.

A baj okául a carotis spontan repedése által keletkezett aneurysma arterioso-venosum vehető fel. Ezen repedés magyarázatát ez esetben adni nem tudjuk, lehetséges, hogy — mint azt graviditások alatt gyakrabban tapasztalhatjuk — az érfaj valamely betegedése van jelen, mely objective ki nem mutatható. A beteget Dollinger professor klinikájára teszik át.

Enophthalmus traumaticus.

Barlay János: A beteget ezelőtt két hónappal bányában munka közben sérülés érte, ennek nyomait forradások alakjában meg is találjuk mindkét felső szemhéjon. Azóta kettősen lát, bal szeme beljebb áll, s látása is megromlott. Jobb szeme ép, látása teljes. Bal szemrése valamivel szűkebb, felső szemhéja kissé lejebb áll. A szemgolyó beljebb foglal helyet az orbitában.

A szem mozgásai minden irányban kissé korlátoltak. Pupillája tágabb, de jól reagál. A látóidegfő halványabb a rendesnél, erek változatlanok. Látása $^5/_{10}$. Alkalmazkodása nincs. Az enophthalmus kórképe a ritkább észleletek közé tartozik. Előfordul súlyos sorvasztó betegségek után, melyek a zsirszövetnek nagyméryű megfogyásával járnak. Előfordul a nyaki sympathicus bénulásánál. Észlelték az orbitában történt vérzések és a szöveteknek utólagos hegedéses retractioja után. Végül az orbita csontos falát ért sérülések után, ezekben az összefüggés vitás.

Systematikus lumbalpunctio idült belső agyvízkórnál.

Bókay János: Előadó két esetet mutat be, melyekben heveny agyhártyalobot követő idült lefolyású belső agyvízkórnál systematikus lumbalpunctióval teljesen kielégítő eredményt ért el. Az egyik gyermek hét hónapos korban került kezelés alá, s másfél év lefolyása alatt összesen 8 *Quincke*-féle punctio történt s lebocsáttatott összesen körülbelül 200 cm³ cerebrospinal folyadék; a másik esetben négy hónapos korban végeztetett az első lumbalpunctio s öt hó alatt kilenczszer ismételtetett a *Quincke*-féle eljárás s lebocsáttatott összesen több mint 200 cm³ folyadék. Mindkét gyermek jól fejlődik úgy testileg mint szellemileg s a gyógyeredmény várakozáson felüli.

Ferenczi Sándor: Az utóbbi két év alatt hydrocephalus acquisitus chronicus két esetét utalta a Bródy-kórházba lumbalpunctio végett és ez a gyógymód mindkét esetben bevált. Különösen tanulságos volt az esetek egyike:

Nyolcz éves fiú epileptiformis *Jackson*-typusú görcsök közt megbetegedett. A görcsök a jobboldali végtagokra és a jobb arczfélre szoritkoztak, lezajlásuk után bizonyos mérvű paresist hagyván vissza a jobboldali testfélben. Gyakran hányt, pulsusa kissé retardált volt. A jobb szem pupillája tág, fénymerev, a balé tág és fényrenyhe volt. *Mohr Mihály* a szemfenéken papilloretinitist konstatált. Mind a két papilla 7 D.-nyira duzzadt, széles, elmosódott halvány-rózsaszinű, a venák tágak, kanyargósak voltak. Visus j. o. $^5/_{15}$, b. o. $^5/_{10}$.

A *Grósz Gyula* tagtárs által végzett lumbalpunctionál (a 3—4. ágyékcsigolya között) 30 cm³ tiszta savó ürült ki, melyben leukocyták nem voltak.

Két nappal később a papilla duzzanata már jobboldalt 4 D.-ra, baloldalt 3 D.-ra sülyedt, a látás élessége $^5/_7$-re emelkedett. Az egy hónappal később megejtett második lumbalpunctio után a papillák duzzanata teljesen megszünt, később a pupillák reactioja is visszatért. Az epileptiform-görcsök a punctio után nem ismétlődtek többé.

Ebben az esetben a punctiót oly prompte követte az addig nagyon makacs tünetek teljes visszafejlődése, hogy a beavatkozás és a gyógyeredmény közti oki összefüggés nem tagadható. Kétségtelen azonban, hogy vannak hydrocephalusok, a melyekben az ágyéki gerinczcsapolás nem vezethet eredményhez. Ilyenek azok a kórboncztanilag gyakran konstatált agyvízkór-esetek, a melyekben a savógyülem ésnek okát az agygyomrocsok közti összekötő csatornának, pl. az aquaeductus Sylviinek elzáródásában találták meg. Ilyen esetben hiába csapolják meg a gerinczagy subarachnoideális ürét: ezen az úton nem távolithatják el a kóros folyadékgyülemlést. Itt legfeljebb magának az agygyomrocsnak a csapolása vezetne czélhoz.

Az itt ismertetett eset (*Jackson*-typusú epilepsia papillitissel, hányás, bradycardia) eleinte agytumor fennforgásának gyanúját keltette, s csupán a koponya charakteristikus elváltozása terelte a diagnosist a hydrocephalus felé. Ujabban az ilyen eseteket pseudo-tumor cerebrinek nevezték el, *Ferenczi* szerint helytelenül. Épen olyan joggal lehetne pseudo-pneumoniának nevezni a tévesen tüdőgyuladásnak diagnostizált typhust, vagy pseudo-malariának a fel nem ismert lienális leukaemiát kisérő lázat. A nélkül, hogy új elnevezéssel szépitgetnők nagyon is menthető tévedésünket, elég ha tudjuk, hogy előfordulnak esetek, a melyekben a tünetek agytumorra keltenek gyanút, de a kedvező lefolyásból kitünik, hogy más, lényegében még ismeretlen, muló agyelváltozással volt dolgunk. Az ilyen esetek egy részében kétségkivül hydrocephalus chronicus forog fenn.

A lumbalpunctiót csak gyógyczélból tartja megengedhetőnek.

Donath Gyula: Hálával tartozik bemutatónak a szép esetek bemutatásáért. Teljesen hozzájárul ahhoz, hogy a lumbalpunctiót ilyen esetekben alkalmazzuk. A lumbalpunctio teljesen veszélytelen eljárás és ambulanter is végezhető. És ha még kombináljuk koponyacompressioval és jodvassal, siettetjük az egész gyógykezelést. Végzett vagy 300 lumbalpunctiót és soha veszélyes tünetet nem látott, még csak kis hőemelkedést sem. Nehány agytumor-esetben közöltek lumbalpunctio után halálesetet, de az oki összefüggés nem mutatható ki. Ha lassan bocsátjuk ki a cerebrospinális folyadékot, akkor agytumor esetében is a pangásos papilla visszafejlődik és a látás visszatér; bár recidiva ismét bekövetkezhetik.

De ha rövid időre is visszaadjuk a beteg látását, az eljárás jogosult.

Reich Miklós: Egy könnyen kivihető, teljesen veszélytelen eljárásra kivánja a figyelmet felhivni, mely mint a lumbalpunctio, alkalmas a fokozott intracraniális nyomás által előidézett jelenségeket enyhiteni. Ez az orrsövény nyálkahártyájának scarificatioja, mesterséges úton való orrvérzésnek előidézése. Az eljárást a hetvenes években látta atyjától alkalmazni, főkép napszúrás eseteiben az azzal járó agynyomás tüneteinek megszüntetése czéljából. Fiatal orvos korában többször nyilt alkalma az aratás idejében földmives embereknél fellépő insolatio eseteiben a scarificatiót végezni szembetünő jó és gyors eredménynyel.

Az orrsövényen való scarificatio javalata anatomiai szempontból azzal okolható meg, hogy a visszerek itt direct összefüggésben állanak a sinus sagittalissal, nyirokerei pedig a subarachnoideális nyirokűrökkel. Ez utóbbira nézve különösen bizonyító *Axel Key*-nak egy közlése, melyet a vele folytatott magánbeszélgetésben tett 1881-ben a subarachnoideális lymphűrökről *Retzius*-sal együtt irott monographiájának megjelenése idejében; *Key*-nek — állitása szerint — ugyanis ismételten sikerült az orrsövény nyirokereit a gerinczcsatorna útján injiciálni.

A mi a scarificatio módját illeti, az az eset súlyossága szerint variálható a kibocsátandó vér mennyisége tekintetében. Minél beljebb haladunk az orrsövényen, annál vérdúsabb szövetre találva, annál bőségesebb vérzést idézhetünk elő, a mit természetesen a bemetszések számával is szükség szerint módosithatunk. A koponyaűrbeli nyomásnak csökkennie kell, a midőn vér- és lymphaáramlás indul meg a scarificatio útján teremtett locus minoris resistentiae irányában.

Kivánatos volna, hogy a kartárs urak az orrsövény nyálka-

hártyájának scarificatioját a gyakorlatukban előforduló agynyomásfokozódással járó bántalmakban therapiai értékére nézve kipróbálnák.

Bókay János: A hydrocephalus internus congenitusnál a lumbalpunctio tényleg nem oly eredményes, mint az acquisitusnál. Ezt *Ferenczi* kartárs abból magyarázza, hogy az agygyomrocs nem közlekedik a gerinczcsatornával. Ez eseteiben nem forgott fenn, mert lumbalpunctio alkalmával bőven jött folyadék, tehát a communicatio megvolt. Inkább az agy fejlettségében keresi az okot. De hydrocephalus chronicus internus acquisitus némely esetében sem volt eredmény, ennek oka lehet az agygyomrocsok lobos elzáródása. Osztja *Donath* nézetét, hogy a lumbalpunctio veszélytelen, csak egy esetükben támadt a szúrás helyén genyedés. A *Reich* kartárs által említett eljárás nem alkalmas hydrocephalus chronicus internus eseteiben, hanem acut insolatio által bekövetkezett meningitis convexitatis eseteiben eredményes lehet.

A Feer-féle körömelváltozás vörheny esetén.

Bókay János: A bemutatott esetben öt hó előtt súlyos vörheny folyt le erős hámlással a bőr felületén és hat héttel a megbetegedés kezdete után. *Feer*-féle lineáris barázda a körömgyök szomszédságában, különösen a két hüvelyk körmén jól volt látható. A barázda három hó alatt a köröm közepéig húzódott, s ma, öt hónappal a vörheny-megbetegedés után a barázda már körülbelül elérte a köröm szabad szélét. Bemutató ezen postscarlatinás körömelváltozást diagnostikus szempontból fontosnak tartja és ép ezért hivja fel a kartársak figyelmét a jelenségre.

A szervezet védekezése mérgek ellen.

Fenyvessy Béla: A gyógyszerek és mérgek a szervezetben különböző vegyi átalakulásokat szenvednek, melyek által hatásukat egészen vagy részben elveszíthetik. Ilyen értelemben ezen biochemiai folyamatok a szervezetnek mérgek ellenében védelmére szolgálhatnak. Annak megitélésében, hogy ezen átalakulások egyike vagy másika védő jelentőségű-e, nem vezethet bennünket teleologikus felfogás.

A mérgeket a szervezet nem azért alakitja át, hogy ártalmatlanná tegye őket, hanem azért lesznek azok ártalmatlanokká, mert átalakultak.

Előadó szerint valamely méreg chemiai megváltozását védő jelentőségűnek mondhatjuk: 1. ha a keletkezett anyagok nem mérgezők, 2. ha az átalakítás czéljára szolgáló folyamat, az e czélra a szervezettől elvont chemiai anyagok keletkezése illetőleg a méreghez való kapcsolódása a szervezetre nem káros, és 3. ha kimutatható, hogy a kérdéses átalakulás foka és a mérgezés súlyossága közt fordított arány áll fenn, illetőleg ha sikerül az illető átalakulás mesterséges fokozása által a mérgezés tüneteit enyhiteni. Ezen szempontok alapján tárgyalja a mérgek oxydatioját, hasadását, reductioját és synthesiseit. Az oxydatio, ha teljes, méregtelenitő folyamatnak tekinthető és therapeutikusan is felhasználható főleg a még fel nem szivódott, de egyes esetekben már a vérben keringő mérgek ártalmatlanná tételére is. A hasadásnak és a reductionak magukban véve nincs jelentőségük a méregtelenités szempontjából. Legfontosabbak e tekintetben a synthesisek. Szól a savmérgezés eltérő lefolyásáról és chemismusáról húsevő és növényevő állatoknál, ismerteti a fémmérgeknek és alkaloidáknak a májban való retentiojának chemiai mechanismusát és védő jelentőségét. A szerves mérgek biochemiai synthesisei közül tárgyalja a glycocollos, a kénsavas, a glucuronsavas és sulfhydriles párosulást. A hippursav és az aetherkénsavak képződését védő jelentőségűeknek tartja; a glycocoll és a sulfatok therapeutikus alkalmazásával a megfelelő synthesisek elősegithetők és ezzel a mérgezések enyhithetők. A glucuronsavas synthesist nem védő folyamatnak, hanem a mérgezés chemiai kifejezésének tartja. Szól a glucuronsav képződésének módjáról, élettani és kórtani jelentőségéről. Nézete szerint a glucuronsavnak a szőlőczukor elégésében önálló, a synthesistől független szerepe nincsen és a vizeletben talált páros glucuronsavak megszaporodásából a szénhydrátok anyagforgalmának valamely zavarára következtetni nem lehet, hanem csak arra, hogy a szervezetben valamely a glucuronsavas synthesisre alkalmas anyag volt jelen. A SH-val való synthesis a cyanmérgezés biochemiai védő folyamatának tekinthető és alkalmas módon therapeutice is felhasználható. A mérgezések biochemiai alapon álló therapiájának gyakorlati eredményei eddig aránylag csekélyek, mert nincs mindig módunkban elérni azt, hogy az ellenméreg a méreggel a kellő időben az egyesitésüket létesitő szervben találkozzék. A különböző állatfajoknak egyes mérgekkel szemben tanúsitott immunitása nem serumimmunitáson, hanem az anyagforgalom, a szövetek chemismusának eltérő voltán alapul. Mesterségesen immunizált állatok vérsavójával eddig therapeutikus eredményeket elérni nem sikerült; lehetetlennek azonban ez nem tartható. Utalva arra, hogy a morphinnal szemben immunizált állatok egyes szervei a morphint jelentékeny mértékben képesek elroncsolni, előadó felveti a kérdést, vajjon nem lehetséges-e ily alapon a mérgezések organotherapiás gyógyitása.

Marikovszky György: Előadó megemlitette, hogy Hirschlaff megkisértette a morphium elleni serum készitését, s azt hitte, hogy ez sikerült is neki. Morgenroth erre kijelentette, hogy Hirschlaff kisérleti eredményei csak látszólagosak, a mennyiben 15 gm. egeret nem mint Hirschlaff hitte 1 cgm., hanem csak 1·4 cgm. öl meg biztosan. Saját tapasztalatából tudja, hogy még a Morgenroth adata sem helyes, a mennyiben 15 gm. egeret 2 cgm. morphium sem öl meg biztosan.

Előadó előadásának az volt a gerincze, hogy a szervezet a beléje kerülő mérget oxydatio stb. útján tőle telhetőleg destruálja. Ha e destructiót a méregnek a szervezetbe való jutása előtt végeznők el, talán sikerülne némely immunisatiós eljárást egyszerűsiteni és gyorsitani. Kigyóméreggel szemben úgy is sikerült állatokat immunizálni, hogy abba mindjárt a halálos adag mérget fecskendezték, de mind kevesebb destruáló anyagot keverve hozzá. Szóló morphiummal próbálkozott meg ez irányban. Tudjuk, hogy a nyúl kilójára nézve 24 cgm. a halálos dosis. Növekedő anyagok nyujtásával csak lassú tempóban haladva és hosszú idő alatt sikerül a nyulat annyira vinni, hogy a biztosan halálost meghaladó adagot baj nélkül birja el. Már most megtette azt, hogy egy nyúlba egyenesen a kétszeres biztosan halálos adag morphiumot fecskendezte, mindig kevesebb és kevesebb kaliumhypermanganicumot keverve hozzá. Az ötödik alkalommal a nyúl már baj nélkül viselte el a kétszeresen halálos adag morphiumot minden kaliumhypermanganicum nélkül. Kaliumhypermanganicumot azért alkalmazott destruáló componensül, mert újabban mind gyakrabban ajánlják mint a morphinnak direct ellenlábasát és ellenszerét. Hogy a morphiumhoz keverve micsoda elváltozásokat okoz, azt, nem lévén vegyész, nem tudja, de tény az, hogy ez úton sokkal hamarább sikerül magasabb fokú immunitást előidézni, mint a változatlan méreg fokozódó adagainak nyujtásával s nem lehetetlen, hogy érdemes lesz ez irányban tovább dolgozni.

Donath Gyula: A morphinra vonatkozó részletéhez az előadásnak kiván hozzászólni, melynek sorsával a szervezetben 20 év előtt foglalkozott. Egy morphinista kezelése alkalmából, ki naponta talán 1 gm. morphint injiciált magának, vizeletét morphinra vizsgálva, meglepetésére nem volt képes abban morphint kimutatni. Erre kutyáknál megindított kisérletekben ugyanazt találta. Más búvárok azután ugyanazon eredményhez jutottak, köztük Morine, az azóta meghalt göttingeni tanár, ki azt állitotta, hogy a morphin oxydimorphinná alakul át. Szóló kimutatta, hogy oxydimorphin, melynek jellegzetes reactioit, polarizálóképességét alapitotta meg, sem található a vizeletben, mely oxydimorphin jelenlétének akarta Morine a morphinabstinentia tüneteit betudni. Későbbi kutatók azon egészen váratlan tényt állapitották meg, hogy a subcután injiciált morphin nem a vesék, hanem az emésztő csatorna nyálkahártyái által választatik ki. Ez azonban, mint az előadásból hallottuk, csak az első injectiókra áll, az állat csakhamar képes különösen idegrendszerében fokozott mennyiségű morphint úgy feldolgozni, valószinűleg tehát alacsony vagy végső oxydatiós termékekké elégetni, hogy a morphin sem a vizeletben, sem a bélsárban ki nem mutatható. Igy tehát a morphin mégis teljesen eltünhetik, mint ő eredetileg állitotta.

Ezen alkalommal a kiváló előadáshoz, mely a tények halmazát nemcsak felölelte, hanem magasabb álláspontból is igyekezett felfogni, még egy megjegyzést kiván hozzáfűzni. Előadó tiltakozott az ellen, hogy a szervezetnek a mérgek elleni védekezésében teleologiát lássunk és mégis előadásának czime, de egész tenorja is mégis csak teleologiát árul el. Szóló szerint ez nem baj, sőt a szervezet berendezésénél, functioinál és adaptatiojánál a teleologiai felfogást találja helyesnek. Hiszen mig az anorganikus természetben csak az okot és nem a czélt keressük, addig lehetetlen a szervezetnél elzárkóznunk az elől, hogy a szervek bizonyos czélra szolgálnak. Mi nem kérdezzük, hogy mi a sugártörésnek czélja, hanem hogy mi az oka, sem hogy mi czélból vonzza magához a mágnes a vasat, hanem mi ennek az oka, de a szervezetben causalitáson kivül nyilvánvalóan czélszerűség vagy teleologia is nyilvánul. Az emésztő szervek chemiai laboratoriuma, a szív- és tüdő-mozgás mechanismusa, a szemnek csodálatos camera obscurája kétségkivül határozott czéloknak szolgál. Ép igy czélszerű védekezés, ha szervezet a bakteriumok toxinjaira antitoxinképzéssel felel vagy ha idegen fehérjét, melyet vér alakjában injiciálunk, mint praecipitint lecsap. Sőt a táplálék felvételénél is szervezetünk a fajidegen fehérjét, mely reá nézve közvetlenül mint méreg hatna, előbb saját faju fehérjévé alakitja át. Nem kell tehát a szervezetnél félnünk a teleologiától, ámbár nem kell várnunk, hogy a szervezet képes legyen minden qualitású és quantitású mérget ártalmatlanná tenni, hanem a potius után kell indulnunk, hogy ezen védekezés megvan és túlnyomóan sikeresen is működik. Végre a szervezetnek meg is kell szünnie, tehát czélszerűtlenségekkel is kell birnia.

Benedict Henrik: Néhány megjegyzést kiván fűzni az előadásnak azon részletéhez, mely a glucuronsavval foglalkozik. Ő maga személyesen nem foglalkozott behatóbban ezen vegyülettel és igy nem merne határozott állást foglalni abban a kérdésben, vajjon a glucuronsav a szervezetben a dextroseból származik-e, vagy vajjon más anyagok szolgálnak-e forrásául? Ugy látja, az előadó inkább az utóbbi nézet mellett nyilatkozott; hivatkozik Fischer Emilre, kinek nem sikerült egyszerü oxydatio útján czukorból glucuronsavat produkálni. Ámde hozzászóló ebben még nem látja bizonyitékát annak, hogy a szervezet nem képes a czukrot glycuronsavtermelésre felhasználni, hiszen az anyagforgalomban sok minden van realizálva mi az eprouvettában nem sikerül. Itt van pl. a czukortermelés olyan fehérjenemű anyagokból, melyekben eddig szénhydrát radikált nem találtak, pl. a caseinból.

Annál kevésbé tartja helyénvalónak a glucuronsavat, mely az előadó szép fejtegetései szerint a detoxikáló synthesisek egész sorozatánál ennyire jelentékeny szerepet játszik, genetice a czukortól teljesen különválasztani, mert maga a czukor is a szervezet normális háztartásában igen nagy arányú detoxikáló hatást fejt ki.

Ezt az acetonuria ismeretes tényeiből és a diabetes pathologiájából következtethetjük.

Azon egyéneknél, kiknek czukorfelbontása erősen szenvedett, az oxyvajsav és ennek származékai lépnek fel a vizeletben, melyek toxicus voltáról a coma diabeticum tanúskodik. Eltüntethetők, ha a beteg bőségesebben kap czukrot vagy más szénhydrátot.

Szóló ezt a hatást úgy fogja fel, hogy az intermediaer anyagforgalomban rendesen képződő ezen testek a czukorral vagy ennek egyik származékával oly synthetikus vegyületeket alkotnak, melyeket a szervezet tovább bontani vagy oxydálni képes és felette érdekes, hogy nemcsak a czukor, hanem a czukorsav és a glucuronsav is képes ezen testek kiválasztását megakadályozni. Nem lehetetlen tehát, hogy ezen detoxikálásnál a glucuronsavnak is bizonyos szerep jut. Csakhogy a vele synthetikusan képezett vegyületek nem kerülnek kiválasztásra, mint pl. a glucuronsavnak a kámforral alkotott vegyülete, hanem tovább élenyülésre képesek. Ez tehát olyan detoxikálás volna, melyben, hogy az előadó beosztása mellett maradjunk, egymás után érvényesül a synthesis és az élenyülés.

Előadó szerint a glucuronsav bizonyos alkoholokkal is képes synthesiseket alkotni; szóló ebben is igen figyelemre méltó analogiát lát, mert az acetontesteknek eddig ismert alapanyaga — az oxyvajsav — szintén az alkohol zsirsavakhoz tartozik.

Detre László: Élvezettel hallgatta a tanulságos előadást, a mely a szervezet védekezésének eddig ismeretlen mozzanatait világítja meg. Eddigelé az immunitás tudománya megismertetett azzal, mikép védekezik az állati szervezet a mérgeknek azon világa ellenében, a melyeket Ehrlich vegyileg nem charakterizált vagy assimilálható mérgeknek, maga pedig már évek előtt antigéneknek nevezett, vagyis ellenanyagképzőknek, a melyeknek jellemző tulajdonsága, hogy a testet adaequat ellenanyagok kiválasztására ingerlik. Ellentétben az antigénekkel — e jelölést azóta a külföld is elfogadta — állnak azok a mérgek, a melyek ellenmérgét a szervezet nem produkálja s az ezek ellen való védekezést a mai előadás tárta elénk.

Maga, mint ezt az előadó felemlitette volt, már hosszabban foglalkozott a normális szervezet ellenmérgeinek kérdésével. Ujabb kisérletekből, a melyeket Selleivel együtt végzett, kiderült, hogy a vérsavó lipoidjai, zsirnemű anyagai nemcsak a sublimátot kötik meg és ilykép hatástalanná teszik, de egy valódi antigén méreg ellen is kártékonyak. E méreg a tetanolysin, a tetanus-bacillus által kiválasztott véroldó méreg; ebben az az érdekes, hogy a tetanolysin ellen valódi antilysint, immun anyagot is ismerünk, kiderült tehát, hogy antigének ellen is kétfélekép védekezik a szervezet: a normális szervezet lipoidja segitségével és az immunizált állat antitoxinja által. A kétféle védekező módszer között ennélfogva átmenet is lehetséges. A szervezet normális ellenmérgeinek ismerete praktikus szempontból is fontossá válhatik. Annak constatálása után, hogy a serumból kivont lipoid anyaggal egyenlő védőhatást tud kifejteni a lecithin is, ugyancsak Selleivel együtt végzett kisérletekből kiderült, hogy a sublimát halálos adagjának mérgező hatását a mérgezéssel egyidejűleg vagy 5—10 perczczel utána beadott lecithin-serum emulsioval paralyzálni lehet, úgy hogy míg a kontroll-állatok 1—2 nap alatt elpusztulnak, addig a lecithinesek több hétig is életben maradhatnak. Különös körülmény lett e vizsgálatokból nyilvánvalóvá, hogy t. i. a praeventive, a mérgezés előtt adagolt lecithin nem hat semmiképen: ennek oka, miként kiderült, az, hogy a lecithin-szemcséket a leukocyták azonnal felfalják, úgy hogy azok azután védőhatásukat, mely chemiai affinitás eredménye, ép oly kevéssé fejtik ki, a hogy pl. a phagocyták által felvett bakteriumok mérgező hatása is csekélyebb a szabadon felbomlott bakteriumokénál. A phagocytált lecithin már nem érintkezik a felszivódott sublimáttal, tehát nem is kötheti meg. E vizsgálatok különben már a közeli jövőben közlésre kerülnek.

Visszatérve az előadásra, ki kell emelnie, hogy az abban foglalt adatok szilárdabb alapokra helyezik az immunitásnak egyes theoriás tételeit, igy az Ehrlich-féle oldallánczelméletet is. Megtudtuk, hogy egyes mérgek a sejtekből állandóan egyazon vegyi alkatrészt (pl. glucuronsuvat) hasitják el, hogy tehát a bevitt méreg és a protoplasmának adaeqat atomcsoportja között valami állandó vegyrokonság van jelen, a mely a kettőnek egyesülésére vezet. Ettől a tételtől már csak egy lépés vezet az Ehrlich-féle tan ama tételének megértéséhez, a mely szerint az antigének a sejteket egy határozott irányú secretiora: ú. n. megfelelő ellenanyagok kiválasztására birják. Ily módon aztán talán érthető lesz az a csodás czélszerűségű folyamat is, a mely pl. megengedi az aspergillus-gombának, hogy különböző tápláló folyadékokban való tenyészésére épen azt az assimiláló fermentumot válaszsza ki, a melyre a tápanyag áthasonitása czéljából szüksége van (nádczukor-oldatban — invertint, tejben — caseaset, fehérjében — proteolytikus enzymet).

Csakis a mai előadáshoz hasonló irányú exakt kisérleti vizsgálódások fogják a teleologikus gondolkozásmódot kiszoritani a kisérletes biologia disciplinájának köréből.

Fenyvessy: Donath-tal szemben fenntartja azt, hogy a teleologia a természettudományban nincs helyén. Marikovszky adatai értékesen bővitik ki a kérdésre vonatkozó ismereteinket. Örül, hogy előadásával alkalmat adott Detre érdekes újabb tapasztalatainak ismertetésére. Előadó is foglalkozott azzal a gondolattal, hogy a toxin-antitoxin-hatás és az előbb ismertetett mérgező, illetőleg méregtelenitő chemiai folyamatok közt bizonyos analogiák vonhatók. Benedikt felszólalására reflektálva konstatálja, hogy az acetonnak glucuronsavval való synthesise tényleg ki van mutatva. Ismerteti Fischer E. érvelését, mely szerint a glucuronsavat a szőlőczukorból direkt oxydatio útján leszármaztatni nem lehet. Nem tagadta előadásában a glucuronsav szénhydráttermészetét, de ismétli, hogy a chemiai felfogással és a kisérletek eredményeivel ellenkezik az a nézet, hogy a glucuronsav a szervezetben, mint a czukor első oxydatiós terméke, önállóan, a synthesistől függetlenül képződik.

Közkórházi orvostársulat.

(1904. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.)

Elnök: **Axmann Béla**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Folyt.)

Súlyos vérszegénység esete eosinophiliával egy bányaféregben szenvedő betegnél.

Körmöczi Emil: A bemutató az év tavaszán Hochhalt tanár megbizásából bemutatott bányaféregben szenvedő egy-két beteget, a mely alkalommal demonstrálta a féreg petéit, álczáit és szóba hozta a fertőzés módozatait és azon féregelhajtó eljárást is, a melyet a VII. orvosi osztályon eddig sikerrel alkalmaztak. Azon vérszegénységet, a mely az ilyen bányaféregben szenvedő embernél kifejlődni szokott, azonban csak most van alkalma demonstrálni.

A bemutatott beteg, ki 31 éves és ki a Sopron melletti Brennberg-bányában inficiálta magát, a súlyos anaemia minden tünetét mutatja. A szemfenék ép; a gyomornedv összaciditása 70, szabad sósav tartalma 0.255 % 1/10 normál KOH-ra vonatkoztatva.

A beteg vérének vizsgálatánál a következőt lehetett találni: Haemoglobin-tartalom 40—45%, a vörösvérsejtek száma 3.200,000, a fehéreké 8000. A festett készitményen nem találunk sem polychromatophil, sem basophil granulatiós, sem magvas vörösvérsejteket, ellenben mindjárt feltünik, hogy a fehérvérsejtek legnagyobb része acidophil granulatioval bir.

A fehérvérsejtek között 45% a polynucleáris eosinophil granulatiós sejt, 50% az eosinophil myelocyta, 20% a polynucl. neutrophil granulatiós sejt, 30% az egymagvú lymphocyta, a melyek között triacidfestésnél egy-egy Türk féle egymagvú sejthez (Reizungsform) hasonló sejtet is látunk. A betegnél tehát egy chloroanaemia van jelen eosinophiliával. A bemutató szerint ezen vérlelet annyira jellemző, hogy magából a vérleletből is fel lehet állitani az élősködő féreg következtében létrejött anaemia diagnosisát.

Az élősködő férgek között leginkább a trichina spiralis, a distomum haematobium és az ankylostoma hominis által okozott vérszegénységnél szokott ezen eosinophilia létrejönni.

Ezek után ismerteti az előadó azon elméleteket, a melyek alapján ezen haematologiai leletet a különböző szerzők kimagyarázni törekszenek.

A haematologiai lelet a bemutató véleménye szerint a mellett szól, hogy nem az ankylostomum által okozott vérveszteség egyedül okozza az anaemiát, mert a posthaemorrhagikus acut anaemiánál előelőfordulni szokott leukocytosis egészen más természetű, mint a mi jelen esetben van.

Az ismétlődő chronikus vérzések után pedig a haematologiai lelet jellemző tünete a granulált sejtek megfogyása, a mi a csontvelő lassanként beállott kimerülését mutatja.

Az élősdi férgek által létrehozott anaemiánál fellépett eosinophiliát a bemutató szerint semmiképen sem lehet másképen magyarázni, mint hogy felteszszük, hogy az élősködő férgek valami olyas mérget produkálnak, a mely a vérképződésre akképen hat, hogy az eosinophilia jön létre.

A bemutató Ehrlich theoriáját fogadja el, a ki azt véli, hogy az eosinophil sejtek a többi fehérsejttel egyetemben a csontvelőben keletkeznek és a férgek által produkált mérgek chemotactikus hatására nagyobb számban vándorolnak ki a vérbe.

Aneurysma arterioso-venosum traumaticum.

Pólya Jenő: L. Gy., 19 éves, lakatos. Folyó év julius havában munka közben bal kezét vasszilánk megsértette úgy, hogy a vér sugárban jött ki a sebből. Sebét a Rókus-kórházban kötözték be, és pár nap alatt begyógyult. Egy hét multán vette észre, hogy a seb helyén egy borsónyi daganat keletkezett, mely nem volt fájdalmas. Ezen daganat folyton nőtt, s körülbelül 3—4 hét lefolyása alatt diónyi lett, nem fájt, csak az utolsó napokban erősebb munka alatt. Orvosa tanácsára kivánja magát megoperáltatni.

Jelentkezésekor *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályán (deczember 9-dikén) a bal alkar hajlító oldalának alsó harmadában a radiális szélén egy kisdiónyi, gömbölyded, egyenletesen ruganyos daganat, mely élénk pulsatiót mutat. Haránt irányban jól mozgatható s pulsatioját megtartja, hosszirányban alig mozgatható. A brachiális lenyomása alatt a daganat pulsatioja megszünik.

Ezek alapján a diagnosist könnyen lehetett aneurysmára tenni s *Herczel* tanár szives megbizásából azt ambulanter rögtön megoperálta oly módon, hogy a daganat legnagyobb domborúságán át az alkar hosszában bemetszvén, az a. radialist typikus módon felkereste, midőn is kitünik, hogy úgy az arteria, mint a vena a daganatot képező nyilvánvalóan aneurysma-zsákba torkolnak. Az aneurysma helyén úgy az arteria, mint a vena az alaphoz teljesen rögzitettek. Ugy centrálisan, mint peripherikusan az arteriát és venát kétszeresen lekötve, az aneurysmát eltávolitja s a bőrt felette egyesiti.

Teljes per primam gyógyulás; az alkar s a kéz működése és táplálkozása tökéletes.

A kiirtott daganat gömbölyded, vastag, ruganyos falú, az arteria és vena alsó polusába térnek be s itt egy heg által összekötvék.

(Folyt. következik.)

III. országos elmeorvosi értekezlet.

(IV. ülése 1904. október 24-dikén délután).

Elnök: **Chyzer Kornél.** Jegyzők: **Epstein, Ferenczi, Hudovernig.**

A neurasthenia és a paralysis progressiva kezdő szaka.

Fischer Jakab (Pozsony): A neurasthenia az idegrendszernek túlnyomóan psychikus eredetű es chronikus lefolyású megbetegedése, melynek főjellemvonása, hogy a szellemi munkaképesség csökken a nélkül, hogy a szellemi képesség lényeges fogyatkozásokat mutatna. A neurasthenia határozott és jól körülirható jelenségeivel egy egységes kórképet alkot, mely az idegrendszernek másnemű állapotával vagy betegségével össze nem tévesztendő. A paralysis progressiva kezdő szaka jelenségeiben hasonlithat ugyan a neurastheniához, de a p. p.-nál ugyancsak korán észlelhető kiesési tünetek és hűdések, melyeknek fejlődése rendszerint szemmel kisérhető, a neurasthenia ellen, mig ezeknek hiánya, érzékcsalódások, phobiák, kényszergondolatok és kényszercselekmények jelenléte a neurasthenia mellett szólanak. A neurasthenia az esetek túlnyomó számában gyógyulással végződik és nem megy át paralysisbe. Ha egy neurastheniás egyén paralytikussá válik, úgy ez nem a neurastheniának tudandó be, hanem azon kóroknak, melyek a paralysist rendesen előidézni szokták.

Salgó Jakab az előadóval szemben határozottan azt állitja, hogy a neurasthenia átmehet paralysisbe.

Ferenczy Sándor szerint az úgynevezett phobiák nem neurastheniás, hanem degenerativ tünetek, rudimentaer psychosisok. Azt sem acceptálja, hogy a neurasthenia psychogen megbetegedés. Azt testi elváltozás, az agy valamely beteges elváltozása okozza.

Ranschburg Pál szerint nehéz a differentiál diagnosist neurasthenia és kezdődő paralysis között megcsinálni. A két kórfolyamat egymásba átmehet, de ritkán.

Fischer Jakab fenntartja kifejtett nézeteit.

Apperceptiós és associatiós irány a lélektanban.

Alexander Bernát: Előadásának első részében az associatio fogalmát fejtegeti és az associatiós irány történetét vázolja. Kimutatja, hogy az irány megalapitója *Hume* és hogy mily változáson ment keresztül ezen irány napjainkig. Az apperceptio fogalmát is követi történeti fejlődésében Leibnitztól Wundtig. Ezután néhány módszeres elvet fejteget, melyekre a kérdés megoldásánál szüksége van. Kimutatja, hogy a lélektani alapfogalmakat, sőt a lélektani jelenségek leirását, főleg az a körülmény zavarja, hogy a tapasztalataink feldolgozására szolgáló kategoriákat mind a külső tapasztalat tényeiből meritettük és azokhoz alkalmazzuk, de azután kritika nélkül a lelki jelenségekre alkalmazzuk. Igy keletkezett az atomistikus lélektan, mely főleg az associatio elméletére támaszkodik. Előadása harmadik részében a tudat jellemző sajátságait elemezi, vizsgálja az apperceptio fogalmát, a lelki élet egységét és ahhoz az eredményhez jut, hogy a gondolkodás nem passiv, hanem activ folyamat, melyet a puszta associatioval megmagyarázni nem lehet. De ugyanehhez az eredményhez jutunk, ha megszabadulunk attól az egyoldalúságtól, mely a lelki életben főleg a gondolkodást veszi figyelembe és igy az egész lelki életet intellectualizálja. Vizsgálva az érzelem és akarat jelenségeit, ahhoz az eredményhez jut, hogy érzelem és akarat nem származtathatik le gondolkodásból, hogy azok az egységes lelki élet más-más nyilvánulatai. Az associatiós irány két hibát követ el: intellectualizálja és mechanizálja a lelki életet; de az apperceptio nem szerencsésen választott név a helyes irányra, melynek vezérelve: a lelki élet egysége és a lelki élet activitása.

Ranschburg Pál elismeri előadó kifogásait az úgynevezett vulgaer psychologia ellenében, de félreértések elkerülésére kénytelen védelmébe venni a physologiai psychologia iskolának, akár associativ, apperceptiv legyenek, vezető alakjait a „kritikátlanság" vádja ellen, melylyel a physikai életből vett fogalmakat visznek át a psychikai élet magyarázatába. Ez a modern psychologiai iskolák egyikére sem alkalmazható. Mindegyik, keresve a lelki folyamatok törvényeit és physiologiai nexusát — a nélkül, hogy e kutatás keretében metaphysikai fejtegetésekbe bocsátkoznék —, a maga módja szerint igyekszik tanait igenis a physikai világ köréből vett alapokra fektetni. De e nélkül megismerés nem is lehetséges, mert a megértés épen az ismeretlennek az ismerttel való egybekapcsolása. Lám az előadó a maga fényes és mély analysisében is kénytelen volt a tudatot úgy magyarázni, hogy az az, a miben alany és tárgy együtt van. S ha nekünk megmagyarázni akarná, hogy ezzel mit értett, kénytelen volna, hogy őt bárki is megérthesse, szintén végeredményben anyagi physikai világunkra, illetve abból levezetett fogalmakra visszamenni. Egyébként szóló is oda konkludál, hogy a lelki élet elemei az érzetekkel, azok kapcsolódásával nincsenek kimeritve, hanem teljes megértéséhez a törekvésre, az akaratra, anyagi téren a protoplasmában rejlő s nyilvánulásra váró tényezőkre szintén szükség van.

Donáth Gyula: Azon tény, hogy évezredek óta a psychologia még annyira sem haladt, hogy képes lett volna objective saját jelenségeit constatálni, már önmaga képezi a klassikus, idealistikus psychologia elitélését. Szóló szerint vagy le kell mondanunk minden psychologiai búvárlatról, vagy pedig ennek új oldalait csak természettudományi úton deríthetjük ki. Az öntudat nem egységes valami, hanem fejlődik, tehát változik. Ha elismerjük, hogy felsőbb állatok gondolkodni képesek, persze nem oly tiszta abstract fogalmakkal mint mi, akkor el kell ismerni, hogy ennek van fejlődése a legalsóbb állatoktól kezdve, még a növényi életet is belefoglalva. De van annak fejlődése az emberi embryotól kezdve is, mert nem mondhatjuk, hogy a gyermeknél milyen korban fejlődik az öntudat, mely végre is a tudatnak magasabb foka. Ez complikált jelensége az életnek, melynek természettudományi úton való megközelitéséről nem szabad lemondanunk.

Alexander Bernát nem beszélt öntudatról. Szóló módszere is természettudományi módszer, de alkalmazkodik a megvizsgálandó jelenségekhez.

A psychikus élet befolyása a gümőkóros megbetegedésre.

Pattantyús Ábrahám Márton (Illava): Szóló 15 évi tapasztalata alapján, melyet mint az egyik letartóztatási intézet orvosa szerzett, ismerteti, hogy a lelki élet jelenségei: a nyomott hangulat, hullámzó kedélyi izgalom miként lett a gümőkóros megbetegedés alkalmi okává. Az elkülönitési börtönrendszernél 22·7% volt a tuberculosis halálozás, mig a közös börtönrendszernél 12·8% azonos egészségügyi intézkedések mellett. A psychikus jótékony behatás mellett elérte szóló azt, hogy a gümőkóros elhalálozás 5·2%-ról 1·4%-ra szállott le.

Niedermann Gyula nem a psychének, hanem az egészségügyi intézkedéseknek tudja be a halálozási csökkenést. A lipótmezei tébolydában maga is tapasztalta azt, hol 13%-ról 7%-ra szállt le a tuberculosisban való halálozás egészségügyi intézkedések által.

Pándy Kálmán a szabadban való fektetéssel jó eredményt ért el.

Pattantyús a lelki depressiók befolyását kétségtelennek tartja a tuberculosis kifejlődésére.

Adatok az elmekóros betegek ellátásáról kisebb közkórházakban.

Novák Endre (Ungvár): Azt óhajtja, hogy a közkórházak mellett elmebetegosztályok állittassanak fel a betegápolási alapból vett kölcsönből, melynek amortisatiós kamatai a betegápolási dijakból fedeztetnének. E czélból az elmeorvosi értekezlet petitionáljon a kormánynál.

Ismerteti a saját kórháza elmebetegosztályát, melyben előadó saját rendszerű cellákat létesitett, melyek fenn és elül nyitvák és a betegek ellenőrzését lehetővé teszik.

Niedermann Gyula: Ellene van a petitionálásnak. Chyzer ajánlatára kapcsoltak a közkórházakhoz elmebetegosztályokat, most Franciaországban is utánozzák.

Fischer Jakab a fülke-cellarendszer ellen nyilatkozik.

Chyzer Kornél: A betegápolási alap úgy meg van terhelve, hogy az már több terhet el nem bir.

Novák Endre czelláiban, melyek tulajdonképen csak fülkék, a beteg jól ellenőrizhető.

Donath Gyula: A sexuális perversiók psychopathologiájához. Eredeti közleményeink között egész terjedelemben hoztuk.

Tárgyalásra kerül *Hajós* Lajosnak előadásával kapcsolatosan benyujtott abbeli inditványa, hogy az értekezlet a jövő értekezlet napirendére tűzze ki „Az elmeorvos véleményszabadságának biztositékairól" szóló referatumot; élénk vita fejlődik, a melyen az értekezletnek számos tagja vett részt s a melynek folyamán *Hajós* inditványát visszavonja.

Ezután megállapitja az értekezlet a jövő kongressus munkarendjét illetve időbeosztását, s a titkári jelentés beterjesztése után *Chyzer* Kornél elnök meleg szavakkal méltatja a III. országos elmeorvosi értekezlet munkásságát s az értekezletet bezárja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Intracranialis daganat kórképet utánzó esetet mutatott be *T. R. Glynn* a „Medical society of London" február 13-án tartott ülésén. A most 26 éves férfiú 1898-ban feje tetején ütést szenvedett, a mely után eszméletét vesztette, majd fejfájása és hányása volt, úgy hogy foglalkozását kénytelen volt abbahagyni. Egy hónap mulva a fejfájás hányás és pupillatágulat kiséretében rohamokban jelentkezett, majd kettős látás állott be. Emlékezőképessége csökkent, szédülésről panaszkodott. Vizsgálatkor a bal rectus externus gyöngesége volt megállapitható, a térdreflex fokozott, a plantar-reflex hiányzik; a has- és cremasterreflex baloldalt gyengébb. Egyes hysteriás stigmák, baloldali hemianalgesia, a látótér concentrikus szűkülete találtattak. 1899 elején neuritis optica fejlődött, megálláskor szédült, ingadozott, előre esett. Némi múló javulás után az állapot mind rosszabb lett, intelligentiája és izomereje fokozatosan csökkent, úgy hogy 1903. közepén járása támolygó, némileg propulsiv jellegű; karjai ataetikusak, akaratlagos mozgásokkor remegnek; a látás csaknem teljesen elveszett, nystagmus észlelhető, a felületes reflexek hiányosak, ismételten epilepsiás rohamok mutatkoznak. vizeletét tartani nem tudja. 1903 junius havában jobb orrnyilásából tiszta folyadék kezdett ürülni, mire csakhamar javulás állott be és nehány hét alatt a beteg teljesen meggyógyult. A kóros tünetek oka bemutató szerint valószinűleg hydrocephalus internus volt és a tágult agygyomrocsoknak a n. olfactorius perineuralis hüvelyein át történt spontan drainage-a útján állott be a gyógyulás. (The lancet, 1905. I. 7. szám. 427. lap.)

PÁLYÁZATOK.

A budapesti ke ületi betegsegélyző pénztár igazgatósága ezennel pályázatot hirdet egy évi 1000 koronával javadalmazott orvosi állásra az **I. ker. Attila-körút, Kereszt-, Szikla- és Felsőhegy-utczák közötti területre.**

Pályázni kivánók **e hó 31-dikének déli 12 óráját**g nyujtsák be kérvényüket a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár hivatalához, hol bővebb felvilágositás nyerhető naponta déli 12 órakor.

A pályázati kérvénynek tartalmaznia kell:

1. Az oklevél keltét és kiállításának helyét.
2. Az esetleges kórházi, illetve kórodai gyakorlat kimutatását.
3. Annak felemlitését, hogy más pénztárnak vagy egyesületnek orvosa-e?
4. Annak határozott igéretét, hogy a pályázó a szolgálati szerződést és szabályzatot magára nézve kötelezőnek elfogadja, illetve megválasztása esetén aláirja.

Budapest, 1905. évi márczius hó 15-dikén.

A budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár főorvosi hivatala.

Bihar vármegye margittai járásában a Margitta-szilágysomlyói vasút mentén fekvő s 25 községből álló egészségügyi körben, melynek székhelye **Széplak** Biharmegye — vasuti, posta-, távirda- és telefonállomással —, **a körorvosi állás** Gerzsely Arthur dr.-nak gróf Károlyi Gyula mácsai uradalmában uradalmi orvossá történt kinevezése következtében megüresedett. Ezen állás javadalmazása a következő: Készpénzfizetés 2095 korona, lakbérsegély 200 korona, úti átalány 655 korona, vényirási dij a körorvos lakásán avagy hivatalos körút alkalmával a községek házánál nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér, látogatási dij Széplakon avagy hivatalos körút alkalmával 80 fillér, Széplakon éjjel 1 korona 20 fillér, körúton kivül nappal 4 korona, éjjel 6 korona és fuvar. A pályázati hirdetményt a körorvosi fizetésnek az egyes községek között az eddiginél arányosabban való kivetésének folyamatban léte miatt körülbelül csak junius havában fogom kibocsáthatni, de ezen állást addig is a fenti illetmények mellett egy helyettessel ideiglenesen betölteni óhajtanám.

Margitta, 1905. évi márczius hó 16-dikán.

Nyisztor Alajos, főszolgabiró.

1004/1905 ki. sz.

Csikmegye felcsiki járásához tartozó Szt.-Damokos-Balánbánya, Szt.-Tamás, Jenőfalva, Karczfalva, Dánfalva és Madaras községekből **Csik-szarczfalva** székhelylyel alakitott közegészségi körben a **körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött, s arra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állomással 2000 korona évi fizetés, 200 korona úti átalány, természetbeni lakás, látleletekért 2 korona. Csik-Jenőfalván és Karczfalván a halottkémlésért pedig a megállapitott dijak járnak; továbbá a látogatási, valamint a kör területén létesitett és létesitendő bánya- és ipartelepek egészségügyi teendőinek ellátásáért járó dijak az orvos és községek illetve telepek között kötendő külön egyezség tárgyát képezendik; figyelemmel az e tekintetben megelőzőleg kelt szabályrendelet és jegyzőkönyvi határozatban foglaltakra.

Köteles ezekkel szemben körorvos saját fuvarán a kör községeit havonként egyszer beutazni, s akkor a bejelentett betegeket ingyenes gyógykezelésben részesiteni az e tekintetben alkotott szabályrendelet követelményeinek mindenekben való betartása mellett.

Felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állomást elnyerni óhajtják, hogy az 1886. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi legalább két évi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 15-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beadottakat nem fogom figyelembe venni.

A választás Csikkarczfalván az 1905. évi április hó 17-dikén délelőtt 9 órakor fog megtartatni és a megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

Felcsiki főszolgabiró.

Csikszereda, 1905. évi márczius hó 13-dikán

3—2 *Becze Imre*, főszolgabiró.

787/1905.

A lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely: Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés: 800 korona.
2. Lakbér: 200 korona.
3. Utazási átalány: 300 korona, a melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási dijak a körorvos lakásán 40 fillér, a körben nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, a mely látogatási dijaknak esetleges felemelése folyamatban van.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket **f. é. márczius hó 26-dikán d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom. A választás Harkács község községházánál f. évi márczius hó 28-dikán d. e. 10 órakor fog megejtetni.

Tornallya, 1905. márczius 4-dikén.

3—2 *Szentmiklósy Béla*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg- és belbeteg-osztályain egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazások:

az elmebeteg osztály segédorvosának: 1200 korona készpénzfizetés és 400 korona osztálypótlék,

a belbeteg-osztály segédorvosának: 1000 korona készpénzfizetés, és

mindkét állásnál: lakás, fütés, világitás és első osztályú élelmezés.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi április hó 5-dikéig** küldjék be.

Mindkét állás folyó évi április hó 15-dikén foglalandó el.

Gyula, 1905. évi márczius havában.

2—1 *Békésvár megye közkórházának igazgatója.*

4781/1905. k.

Szabolcs vármegye nyiregyházai „Erzsébet" közkórházánál 1000 kor. fizetés, lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat s életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czimezve, hozzám **folyó évi április hó 25-dikéig**, mint záros határidőig nyujtsák be.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkezik: felsőbb jóváhagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Nyiregyháza, 1905. évi márczius hó 8-dikán.

2—2 *Szikszay*, alispán.

207/905.

Bars vármegye oszlányi járásában **Nagyugrócz** székhelylyel rendszeresitett, 10 községből álló nagyugróczi **közegészségi** körnek lemondás folytán megüresedett **körorvosi állására** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona fizetés, 200 korona úti átalány, havi, illetőleg negyedévi előleges részletekben, az illetékes m. k. adóhivatal által kiszolgáltatva.

A nagyugróczi Thonet család butorgyára betegsegélyző, és uradalmi gazdasági orvos kötelező működése, mely után évi 1400 korona készpénz, 3 szoba, megfelelő mellékhelyiségek és kertből álló szabad lakás és 50 köbméter tüzifa javadalmazást élvez.

Körorvos köteles a körbeli vagyontalanokat dijtalanul, a többieket az egyezségileg megállapitott dijak mellett gyógykezelni, a trachomásokat kezelni, és a kör községeit hetenként egyszer beutazni.

A választást 1905. évi április hó 15-dikén délután 3 órakor fogom a nagyugróczi községházánál megtartani, felhivom tehát pályázni kivánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesités és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hatóságomhoz **1905. évi április hó 12-dik-ig** nyujtsák be. Ezen határidőn túl érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A megválasztott körorvos állását azonnal tartozik elfoglalni.

Oszlány, 1905. évi márczius hó 14-dikén.

2—2 *Ponoczky István*, főszolgabiró.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetben az egyik **másod-orvosi állás** egyelőre ideiglenesen betöltendő. Javadalmazás: havi 100 korona fizetés, lakás, fütés és I. osztályú élelmezés.

Felhivatnak azon orvostudorok, a kik ezen állást betölteni hajlandók, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat alulirtnál **folyó évi márczius hó 30-dikáig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha orvostudor nem jelentkezik, **szigorló orvos** is alkalmazást nyer.

Nagyszeben, 1905. évi márczius hó 14-dikén.

2—2 *A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.*

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
már. 28.	körorv.	Vál	1600 korona	Szűcs, főszolgabiró
„ 29.	kórh. s. o.	Esztergom	1000 k., teljes ellát.	Polgármester
„ 30.	járáso.	Temesvár	X. fizetési oszt	Alispán
„ 30.	kórh. so.	Szolnok	1100 korona, telj. ell.	Papp Gábor ig. főorv.
„ 30.	kórh. so.	Miskolcz	1200 korona, telj. ell.	Tarnay Gyula alispán
„ 31.	körorv.	Aranyág	1600 k., 200 k. lakb., 420 k. úti átalány	Jeszenszky, főszbiró
ápr. 1.	körorv.	Gyanta	1440 k., lakás	Rokszin, főszolgabiró
„ 1.	kórh. mo.	Rozsnyó	1200 korona, telj. ell.	Ruber József k. ig. főorv.
„ 12.	közs. o.	Nagy-Sáros	1200 korona	Egerer, főszolgabiró
„ 15.	kórh. alo.	N.-Tapolcsány	1400 k., teljes ellátás	Markhof, alispán
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
„ 9.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 úti átal.	Gyürei gyógyszerész

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. Mahler Gyula Sanatoriuma

ABBAZIA

klinikailag vezetett gyógyintézet szivbetegek, nőbetegek és üdülők részére.

Schott-féle (nauheimi) és **marbachi gyógymód. Szénsavas** tengervizfürdők, **váltakozó áramú** (sinuidalis) fürdők. — **Medico-mechanikai intézet** (módositott Zander-rendszer). — Diaetetikus kúrák, hizlaló gyógymód stb.

Közvetlen a tengerparton. — Mérsékelt árak. — Prospektus bérmentve.

Igazgató-orvos **Dr. Mahler Gyula** (nyáron Buziás-fürdő).

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

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegsége ellen.

Készülék házi használatra **„Thermo-Variator"** minden szakmabeli üzletben kapható.

„Thermiol" (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** jól bevált tüdő- és gégefőtuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator"-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol"**-inhalációkat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Felvilágosítást nyujt a **Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10,** vagy ennek képviseletében **László Frigyes dr., Budapest, VII., Erzsébet-körút 41.**

Szénsavfürdő-berendezéseket
szállít és fölszerel
Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. czég
Budapest, IX., Tinódy-utcza 3. sz. alatti gyártelepe.
A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség.
Prospektusok díjmentesen.

Császárfürdő Budapesten.
Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő, **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb közös és **külön iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-, kád-, tülég-, szénsavas- és villamvízfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés.
Prospectus kivánatra ingyen és bérmentve.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER
Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

LEVICO

Elsőrangú arsentartalmú vasas víz, semmiféle hasonló ásványvíz által arsen-vastartalmát illetőleg el nem éretik. Vízben, sörben, vörös borban 10-szeresen higítva, klinikus tekintélyek egyhangú véleménye szerint, **kiváló hatású** és mivel minimális adagokban alkalmazható, **gyermekek, gyengék** és **dispeptikusok** által **nagyon jól** tűretik.

Kapható minden gyógyszertárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr. Cs. és kir. udv. szállító és ásványvíz-nagykereskedés
WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

Az anyagcsere-forgalomban levő fehérje szaporodása.

Sanatogen útján — lásd Therapie der Gegenwart Nr. 10, Jahrgang 1904. Feltünő idegzsongító hatásánál fogva a Sanatogen kitünő táplálkozási eredményeket és gyors szaporulatot mutat fel. A Sanatogen teljesen ártalmatlan és ezért bármelyik szervezet kifogástalanul tűri. Irodalom és minta az orvos urak rendelkezésére áll. Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.

Figyeljünk a Nafalan szóra, és a retortajegyre, valamint

RETORTEN MARKE

az etik. zöld keresztjére és a Dr. Adolph List névaláírásra.

NAFALAN

orvosilag kipróbált és melegen ajánlott kenőcsalakú gyógyszer.

Természetes anyag 95% naphtha, 5% közömbös szappan.

Hatása: fájdalom- és viszketéscsillapító, hűtő, vértelenítő, lobellenes, reducáló, resorbens, sarjadzást elömozdító, szagtalanító, antiseptikus és antiparasitaer.

Javalatok: égések, fagyások, **sebek, fekélyek,** (ulc. cruris), decubitus, kelések, phlegmone, **mirigylobok,** izületi-, mandula-, visszér-, **inhüvelylobok, aranyér,** orbáncz, izom és izüle i csúz, rándulások, ficzamok, zúzódások, **bőrbántalmak:** eczema, psoriasis, herpes, dermatisisek, hyperidrosis, urticaria, prurigo, impetigo, **ipari ezemák,** továbbá női bajok, gyermekbetegségek, fül- és szembántalmak stb.

Irodalom, minták ingyen.

Nafalan-Gesellschaft G. m. b. H., **Magdeburg.**

Pankreon

Chemische Fabrik Rhenania Aachen

Ném. bir. szab. 128419.

A gyomoremésztésnek ellentálló pankreatin.

Természetes digestivum és stomachikum, hosszas használatnál sem hoz létre káros mellékhatásokat.

Rp. Pankreon in tabul. 0·25 (eredeti Rhenania-csomagolás); dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Naponta 4—12 tabletta vcendő étkezés közben. Gyermekek részére ennek fele.

Javalatok: Mindennemű dyspepsiás megbetegedés; specificum steatorhoeánál, idült és ideges diarrhoeánál, hyperemesisnél, étvágytalanságnál, gyomornyomás érzésénél.

Csecsemőknek: Rp. Pankreon saccharat. in tabul. 0·25. (Rhenania-Paukreon-czukor) dent. tal. dos. 100. S. 2—8 tabletta minden tejadaghoz.

Javalatok: Mindennemű táplálkozási zavarok, főleg hasmenések; valamint erősítés és a testsúly gyarapítása czéljából.

Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére; **G. & R. FRITZ, Wien, I., Bräunerstr. 5.** Gyógyszer-nagykereskedés.

Elárusítás csakis gyógyszertárak részére.

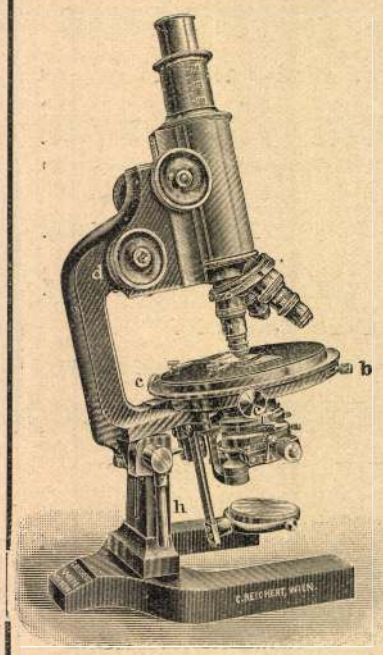
A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemű ép és kóros váladéknak

(ú. m.: **vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy vegyi, mint **górcsői bacteriologiai** vizsgálatára vállalkozik

Dr. Vas Bernát **a laboratorium vezetője.**

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



Optikai intézet

C. Reichert

WIEN,

VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség: **Első minőségű**

Mikroskopok,

Ultra-mikroskopok, Mikrotomok, Haemometer, Polarisatiós- és projectiós-készülékek.

Uj fényerős fotografiai készülékek:

„Combinar“ és „Solar“.

Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kívánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**

Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

NERVINOL

sec. Barabás.

Idegcsillapító és idegerősítő gyógyszer

kitünően bevált álmatlanságnál, **neurasténiánál, histériánál** és egyáltalán az idegrendszer mindennemű kimerüléses bántalmazásainál.

Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszertárban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent István“ gyógyszertár Budapest, V., Nádor-utcza 3. sz.

Bornyval

(Borneol-Isovalerianasavester)

a tiszta valerianahatás sokszorosával bir, kellemetlen mellékt ünetek nélkül.

Specificum vérkeringési, emésztési és idegrendszer **összes neurosisainál,** főleg szívzavarok, hysteria, neurasthenia, agripina és cephalalgia, hószámi klimakterikus panaszok esetében.

Eredeti doboz 25 drb 0·25 gm.-os gelatincapsulával. Adag többnyire 3—4-szer naponta 1 szem.

Kimerítő irodalom rendelkezésre áll.

Chemische Fabrik von J. D. Riedel, Berlin N. 39.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltóintézet

Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

Kitünő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárusítása.

TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON.

Vezető orvos: **Dr. Székely Ádám.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola			2—3 egyénre	---	---	---	1	korona	—	fill.
5 vagy több phiola á			2—3 „	---	---	---	—	„	80	„
1 phiola	10	egyénre	---	---	---	---	1	„	60	„
1 „	20	„	---	---	---	---	2	„	40	„
1—2 phiola összesen	50	egyénre	--	---	---	---	4	„	—	„
1—5 „ „	100	„	--	---	---	---	8	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér nem ajánlva **40** fillér

Hirdetéseket kizárólagosan a **„Petőfi“ kiadóvállalat Budapest, III. kerület, Zsigmond-utcza 70. szám, vesz fel.**