Ötvenedik évfolyam. 9. szám. *Budapest, 1906. március 4.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez. 339. lap.

Flesch Ármin: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. rk. tanár.) Észleletek Röntgen-fénynyel kezelt leukaemiáknál. 341. lap.

Jendrássik Ernő: A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről. 343. lap.

Tárcza. Günther József: Egészségügyi szolgálat az óceánon. 345. lap.

Összefoglaló szemle: *Pícker Rezső*: Újabb vívmányok a hastyphus kórtanában és epidemiologiájában. 346. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Bechterew*: Die Bedeutung der Suggestion im sozialen Leben. — *Fr. Erhardt*: Ketzerische Betrachtungen eines Arztes. — *Lapszemle. Belorvostan. James Barr*: Az arteriosclerosis kezelése. — *Mc Connel*: Tüdővész. — *Gyógyszertan.* Styptogan. — Salit. — Benzosalin. — *Fischer* és *Mering*: Sajodin. — *Gyermekgyógyászat. Lazard*: Haematemesis és melaena. — *Trump*: Az egészséges és a beteg csecsemő vérnyomása. — *Lesné*: Strophulus és eczema kezelése iróval. — *I. Busfield*: Icterus neonatorum mint családi betegség. — *Idegkórtan. Stinzing*: A bénulások kezeléséről. — *Sebészet. Schanz*: Appendikostomia. — *Graser*: Megjegyzések a heveny perityphlitis therapiájához. — *Húgyszervi betegségek. Malherbe*: Húgycső-tágítás haemophiliás egyéneknél. — *Venerea bántalmak. M. Müller*: A prostituáltak egészségügyi ellenőrzésének értékéről. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bardach*: Az arsenferratose. — *Bourilhet*: A veronal. — Nucleinsav. — Ascites. — *Metnitz*: A jothion. — *Rosenberg*: A cocain-adrenalin-oldat használhatóságáról a fogászatban. — *Magyar orvosi irodalom.* Budapesti orvosi ujság. — Magyar orvosi archivum. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Gyógyászat. 347—351. lap.

Vegyes hirek. Rovás. — Rihmer Béla dr. — Kinevezés. — A liptói orvosi kör. — „Tájékoztató a Budapest székes fővárosban letelepülő orvosok számára." — Megjelent. — Elhunyt. — A budapesti egyetemi II. számú női klinikája. — A budapesti szent Erzsébet-apáczarend női kórháza. — Az olasz orvosok száma. — A német sebésztársaság congressusa. — Kisebb hirek külföldről. — A főváros egészsége 351—352. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. 353. l. — Közkórházi orvostársulat. 353. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. 354. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 354. l. — Debreczeni orvos-gyógyszerészegylet. 355. l. — Szegedi Orvosegyesület. 355. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 355. l.

Mellékletek. Elme- és idegkórtan. 1. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Ernő Emil* egyet. tanár. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Anaesthesin" czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.)

Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

A pityriasis rubra névvel tulajdonképen már Hebra előtt is találkoznunk. Régebben ugyanis a szó etymologiai értelmének megfelelőleg (πίτυρον = korpa) pityriasis rubra névvel illették mindazon folyamatokat, melyek a bőr diffus pirjával és hámlásával jártak. Tekintettel arra, hogy a generalizált pir és hámlás syndromája a legkülönfélébb okok behatására és igen különféle betegségek folyamán léphet fel, bizonyos, hogy a régiek pityriasis rubrája alatt egymástól lényegileg teljesen eltérő kórfolyamatok lappangtak. Ilyen az egész testfelületre kiterjedő „hámló bőrlob"-ot láthatunk mycosis fungoides, psoriasis vulgaris, pityriasis rubra pilaris, lichen ruber planus és acuminatus, eczema, pemphigus vulgaris és foliaceus folyamán, majd mint végső stadiumát, majd mint bevezető tünetét az illető folyamatoknak, vagy mint valamely gyógyszer külső vagy belső alkalmazásának következményét, vagy az eredetileg körülirt góczok összefolyása folytán, vagy minden kimutatható ok nélkül. Mindezen esetekben a pir és hámlás nem főtünetei a betegségnek, hanem csak esetleges képződmények, melyek mellett — ha nem is mindig velük egyidejüleg — megtaláljuk a köztakarón az illető folyamatnak jellemző bőrlaesióját. *Hebra* érdeme, hogy pityriasis rubrát ezen kórfolyamatoktól mint önálló és egységes megbetegedést (ma már tudjuk, hogy nem az, de azért az elkülönítés feltétlenül indokolt) elkülönítette. A pityriasis rubránál ugyanis, ellentétben az előbbi bőrbántalmakkal, a diffus pir és hámlás képezi a betegség fő jellemvonását, a kórokozó behatásának egyedüli és elengedhetetlen tünetét. Ezeknek egyhangú képe jut észlelés alá a folyamat egész fennállása alatt, a nélkül, hogy más bőrlaesiók támadnának.

A Hebra által önállósított kórkép nemsokára a dermatosisok egy egész új csoportjának felállításához vezetett. Kitünt ugyanis, hogy azon tünetcsoport, melynek alapján Hebra a pityriasis rubrát önállósította, nem képezi annak kizárólagos attributumát, hanem a folyamatok egész csoportjánál előfordul, eltekintve természetesen azon már említett esetektől, melyekben a pir és hámlás másodlagos tünet gyanánt fogandó fel. Angol, amerikai, de első sorban franczia szerzők hivták fel a figyelmet arra, hogy a diffus pirral és hámlással járó bőrbántalmaknak a pityriasis rubrán kivül még számos alakja létezik, melyek a bőrelváltozások fokát, a lefolyást, a kimenetelt illető különbségek ellenére is a pityriasis rubrával való rokonságnak kétségbevonhatatlan jellegeivel birnak, a mennyiben a diffus piron és hámláson kivül egyéb bőrelváltozás náluk sem keletkezik.

Az egyes typusok elkülönítése igen ingadozó és épen azért megbizhatatlan klinikai tünetek alapján történt, a mi az egyes kórképek között létező számtalan átmeneti alak mellett igen megnehezítette az esetek osztályozását és tág teret hagyott a sokszor nagyon eltérő egyéni felfogások érvényesülésének. Ehhez járult, hogy nem volt meg az internationális megegyezés sem e folyamatok lényegét, egymáshoz való viszonyát illetőleg. A német szerzők lényegtelenebb módosításoktól eltekintve mereven ragaszkodnak a Hebra által adott leiráshoz és nem vesznek tudomást a franczia és angol dermatologusok által leirt és a pityriasis rubrával szoros viszonyba hozott kórképekről. A franczia iskola

a pityriasis rubrán kivül egész sorát állítja fel a pirral és hámlással járó folyamatoknak és elismeri az egyes typusok önállóságát, míg Angliában egy csoportba foglalják az összes kórformákat és az egész csoport jelzésére — beleolvasztva abba a Hebra-féle kórképet is — hol a pityriasis rubra, hol a dermatitis exfoliativa nevet használják. Ily körülmények között nem csoda, hogy rövid idő alatt valóságos chaoszszá alakultak a Hebra által oly élesen körülirt pityriasis rubráról és a hámlással és pirral járó többi bőrbetegségről létező fogalmak.

Brocq érdeme, hogy e bonyolódott kérdést némileg rendbehozta, a mennyiben az előtte közölt és általa észlelt esetek gondos elemzése alapján a pirral és hámlással járó összes dermatosisokat a Besnier és Doyon által ajánlott „exfoliativ erythrodermiák" elnevezés alatt összefoglalta és e csoporton belül, a már említett másodlagos formákat élesen elválasztva az elsődlegesektől, az utóbbiaknak 6 typusát különböztette meg. Legutolsó felosztása szerint (La pratique dermatologique, 1901) az egyes alakok a következők: 1. Erythema scarlatiniforme desquammativum. 2. Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta. 3. Dermatitis exfoliativa generalisata chronica. 4. Pityriasis rubra chronica Hebrae. 5. Pityriasis rubra benigna subacuta. 6. Pityriasis rubra benigna chronica. A Brocq-féle felosztás az idők folyamán általános érvényre emelkedett és egészen máig a dermatologusok legnagyobb része az idetartozó kórfolyamatokat az ő felosztása alapján tárgyalja.

A *Brocq*-féle felosztás eleget tett kezdetben a klinikai igényeknek és az egyes typusoknak körülirásával megkönnyítette e folyamatok átnézhetőségét. Azonban másfelől bizonyos mértékig azt eredményezte, hogy az exfoliativ erythrodermiákról létező fogalmak helytelen mederbe terelődtek. Sokan, noha Brocq maga mindig hangsúlyozta e felvétel helytelenségét, a Brocq-féle typusokban, melyeknek részletesebb jellemzésével nem akarnám dolgozatom keretét túllépni, jól körülirt betegségeket láttak és adott esetben megelégedtek azzal, hogy az illető kórképet a klinikai tünetek alapján a Brocq-féle typusok valamelyikébe sorolták, a nélkül, hogy a bántalom aetiologiáját kideríteni igyekeztek volna. Pedig a Brocq által elkülönített typusok nem képeznek véglegesen és élesen, aetiologiai szempontból is jól körülirt megbetegedési formákat, hanem csak lefolyásukban egymástól különböző typusokat. Hiszen a felosztás nem történt a folyamatok aetiologiája alapján, hanem egyedül klinikai sajátságaik tekintetbevételével, a mennyiben az objectiv bőrelváltozások között fennálló fokozati különbségek, a kisérő izgalmi tünetek kisebb vagy nagyobb foka, a hámlás minősége, a lázmenet, a subjectiv tünetek, az erőbeli állapot, a lefolyás, a kimenetel voltak azon szempontok, melyek a felosztás alapjául szolgáltak. Ezek a klinikai tünetek pedig nem képezhetnek lényeges megkülönböztető jeleket, mert esetleg egy és ugyan azon kórokozó különböző fokú behatására vagy a bőrnek különböző fokú érzékenységére vezethetők vissza. Elképzelhető tehát, hogy egy- és ugyanazon kórokozó klinikai megjelenésükben egymástól eltérő kórképeket létesíthet, míg különböző kórokozók esetleg teljesen azonos kórformák keletkezésére vezethetnek.

Az a módszer tehát, mely változékony és épen azért megbizhatatlan klinikai tünetek alapján különböztet meg egyes önálló typusokat, teljesen hibás és nem vezethet az exfoliativ erythrodermiák neve alatt összefoglalt kórfolyamatok tisztázásához. E folyamatok lényegének kiderítése és helyes értelmezése csakis *aetiologiai* alapon lehetséges.

Azon tényezőkről, melyek az exfoliativ erythrodermiák aetiologiájában szerepet játszanak, még a közelmultban is csak homályos ismereteink voltak. Csak azt tudtuk, hogy e dermatosisok nem birhatnak közös aetiologiával, hanem hogy a klinikai tekintetben bizonyos fokig fennálló megegyezés daczára különböző kórfolyamatoknak, különböző alapbetegségeknek képezik a bőrön megnyilvánuló tüneteit. És ha eddig egy név alatt foglaltuk össze őket, úgy az csak a klinikai tekintetben fennálló hasonlóság alapján történt. A legutóbbi idő azonban örvendetes haladást mutat e dermatosisok kóroktani viszonyaira vonatkozó ismereteket illetőleg és ha ezen ismereteink még nem is mondhatók tökéleteseknek, az tény, hogy e bőrbetegekségek aetiologiája legalább körvonalaiban kezd azon sürü homályból kibontakozni, mely eddig körülvette.

Igy az erythema scarlatiniforme desquammativumról kiderül, hogy azt legtöbbször gyógyszeres mérgező anyagok okozzák (higany, chinin, antipyrin), sok más acut lefolyású esetben (dermatitis exfoliativa acuta et subacuta) autotoxikus (erythema exfoliativum universale autotoxicum), serotoxikus vagy bakteriotoxikus tényezők befolyását gyanítjuk, sőt sokszor ki is mutatjuk. Igy pl. ismerünk gonorrhoeás exanthemákat, melyek a dermatitis exfoliativa képe alatt folynak le. Egyes észleletek valószinüvé teszik, hogy septikus folyamatok kapcsán is keletkezhetnek hámló erythrodermiák, melyek az általános fertőzéssel állnak egyenes pathogenetikus összefüggésben. *Savill* járványszerüleg jelentkezett (16) eset) bőrbetegséget irt le, mely „nagyon hasonlított az eczemához és pityriasis rubrához". A klinikai leirásból kitünik, hogy ezen „Savill's disease" eseteiben egy az exfoliativ dermatitiseket utánzó bőrbetegség volt jelen, melynél valamely fertőző és contagiosus kórokozó aetiologiai szereplése bizonyos. Ha az acut és chronikus kórformák között létező átmeneti alakok nagy számát, valamint azt a hasonlóságot veszszük tekintetbe, mely a heveny és idült lefolyású alakoknál a folyamat keletkezésében és lefolyásában nyilvánul, akkor fel vagyunk jogosítva arra, hogy az utóbbi formáknál is toxikus, illetőleg infectiosus tényezőknek tulajdonítsunk szerepet a bántalom előidézésében. A folyamat idült voltát az illető kórokozónak állandó vagy legalább is hosszabb időn át való behatása magyarázná, de lehetséges az is, hogy az egyszer okozott elváltozások a kórokozó behatásának megszünése után is fennmaradnak. Sokszor ki is tudjuk mutatni a kórokozót. Igy vannak észleletek, melyek kétségtelenül bizonyítják, hogy a bőrtuberculosisnak is vannak a dermatitis exfoliativa képe alatt lefolyó alakjai. Más tapasztalatok az exfoliativ erythrodermiák némely esetének a leukaemiával és pseudoleukaemiával való pathogenetikus összefüggését teszik valószinüvé.

A bőrnek diffus pirral és hámlással járó megbetegedéseit, mondjuk lobját, tehát igen sokféle, részben ismert, részben csak supponált toxikus vagy infectiosus tényező okozhatja, melyek az esetek túlnyomó részében belülről, a vérpályák közvetítésével, tehát haematogen úton fejtik ki hatásukat a bőrre. Természetes, hogy az aetiologiai viszonyok tisztázódásával egyre kisebbre fog zsugorodni az exfoliativ erythrodermiák csoportja. Mert azon eseteket, melyeknek összefüggése valamely jól és pedig aetiologiai szempontból is határozottan körülirt bántalommal, a minő pl. a tuberculosis, bebizonyosodik, vagy a melyeknél valamely határozott toxikus (auto-, sero-, bakteriotoxikus) eredet kimutatható, az exfoliativ erythrodermiák fogalmából ki kell zárnunk.

E folyamatok további tanulmányozásának tehát egészen át kell alakulni. Nem az a lényeges, hogy egy adott eset, klinikai tulajdonságai alapján, nevezetesen a bőrelváltozások foka és minősége szerint, a régebbi typusok melyikéhez sorolandó, hanem a kórokozó megállapítása lesz ezentúl minden esetben a feladatunk, hogy azután az egyes kórképeket, tekintet nélkül a klinikai megjelenésükben fennálló, kisebb-nagyobb különbségekre, aetiologiai alapon osztályozhassuk. Ha az aetiologiai tényezők kiderítése nem sikerül — a mi egyelőre az esetek egy részénél előreláthatólag meg fog történni —, akkor kénytelenek leszünk az illető esetet a klinikai tünetek alapján elkülönített typusok valamelyikéhez sorolni. Ez természetesen a sok átmeneti forma következtében és mert legtöbbször subjectiv és épen azért ingadozó nézetek alapján történik, igen nehéz. De máskép ilyenkor nem járhatunk el, és azért indokolt, ha ezen, de csakis ezen, ismeretlen aetiologiával biró úgynevezett idiopathikus esetek osztályozására könnyebb áttekinthetőség czéljából a *Brocq*-féle felosztást alkalmazzuk.

Nagyon természetes azonban, hogy hiba volna, ha az osztályozásnál egyedül az objectiv bőrelváltozások közti fokozati különbségekre volnánk tekintettel; ezek mellett mindig a kórlefolyást kell szem előtt tartanunk és a bőr elváltozásaiban jelentkező eltéréseket lehetőleg csak a kórlefolyással szoros kapcsolatban értékesítenünk. Hogy az ily módon eszközölt felosztásnak mily jogosultsága van, azt épen az erythema exfoliativum scarlatiniforme példája bizonyítja, mely kórformának a többi typustól tisztán klinikai tünetek alapján történt elkülönítését az aetiologiai viszonyok is beigazolták, a mennyiben kitünt róla, hogy legtöbbször gyógyszeres mérgező anyagok által okoztatik. És igy csakugyan „bizonyos jogosultság tulajdonitandó azon törekvésnek, mely hasonlóképen

bizonyos klinikai különbségeket használ fel az exfoliativ erythrodermiák egyéb alakjainak elkülönítésére" (*Török*). Csak azt nem szabad elfelejteni, hogy az ily módon elkülönített typusok nem különálló dermatosisok, hanem — mint *Török* mondja — „a bőr diffus pirjával és hámlásával járó kórfolyamatoknak klinikai megjelenésükben és lefolyásukban bizonyos fokig különböző, de átmeneti formák által szorosan egymáshoz csatolt alakjai".

Mindaz, a mit az exfoliativ erythrodermiákról általánosságban mondottunk, természetesen érvénynyel bir a pityriasis rubrára vonatkozólag is. Ez az utóbbi Hebra által pontosan körülirt klinikai sajátságai alapján, melyek közé a diffus piron és kislemezü, korpaszerü hámláson kivül a csak mérsékelt viszketés, a börnek későbben bekövetkező atrophiája, a folyamatnak idült volta, progrediáló jellege és feltétlenül kedvezőtlen kimenetele, valamint minden egyéb börelváltozás (nedvezés, infiltratio, hólyagképződés) hiánya tartozott, élesen körülirt kórképet alkotott, melynek önállóságát és aetiologiailag egységes voltát sokáig senki sem vonta kétségbe. Ez a kórkép az idők folyamán, főleg *Jadassohn* által szükségesnek tartott bizonyos módosítások révén, melyek nemcsak a börelváltozások fokát és minőségét, hanem a kórlefolyást is illették, a Hebra által szükre szabott kereten túl lényegesen kibővült. Ma a legtöbben elismerik, hogy a Hebra-féle typus mellett léteznek a pityriasis rubrának nagylemezü hámlással, a börnek jelentékenyebb beszürődésével, igen heves viszketéssel, nedvezéssel járó, rövid lefolyású, recidiváló és esetleg teljes gyógyulással végződő alakjai is. A fent mondottak értelmében azonban nem az a lényeges, hogy vajjon ilyen typusokat is a pityriasis rubrához kell-e sorolnunk, vagy pedig mereven ragaszkodjunk e annak Hebra által szabatosan körülirt fogalmához, hanem tudnunk kell azt, hogy a pityriasis rubra nem egységes, önálló megbetegedés, hanem meglehetősen complex kórfogalom, mely különböző aetiologiával biró eseteket foglal magában.

Ha áttekintjük az irodalmat, meggyőződünk arról, hogy a pityriasis rubrának typikus alakjain kivül, melyek mindenben megegyeznek az eredeti Hebra-féle kórképpel, még abban is, hogy ismeretlen aetiologiával birnak, léteznek ahhoz klinikailag hasonló, és pityriasis rubra vagy más név alatt közölt esetek, melyek valamely határozott kóroktani tényezőre vezethetők vissza. Igy *Bruusgaard* észlelete — egy nagyjából a pityriasis rubra képe alatt lefolyó megbetegedés, gümős szöveti elváltozásokkal és Koch-féle bacillusokkal a börben — valószinüvé teszi, hogy a tuberculosis is okozhat a pityriasis rubrát utánzó dermatosisokat.

Egy másik esetben, melyet *Elsenberg* pityriasis rubra néven közöl, universalis exfoliativ erythrodermia állott fenn, mérsékelt viszketéssel, finom korpaszerü hámlással, a felületes mirigyek nagyfokú duzzanatával, máj- és lépmegnagyobbodással. A vérben a fehérvérsejtek tetemesen meg voltak szaporodva, a mirigyek pedig a halál után végzett szövettani vizsgálat alkalmával leukaemiás elváltozások képét nyujtották. Valószinü, hogy ez esetben leukaemia volt jelen és azt hiszem, hogy nem tévedünk, ha ennek a börelváltozások keletkezésében aetiologiai szerepet tulajdonítunk, míg Elsenberg csak véletlen szövődményt látott benne.

Egy további aetiologiai lehetőségre *Peter* és *Nicolau* esetei hivják fel a figyelmet. Az előbbi pseudoleukaemiás mirigytumorok keletkezését, máj- és lépmegnagyobbodást észlelt „pityriasis rubra" folyamán. A pseudoleukaemiának in vivo tett kórisméjét a bonczolat is megerősítette. Míg *Peter* a pseudoleukaemiának nem tulajdonít lényeges szerepet a börelváltozás keletkezésénél és az összefüggést olyképen képzeli el, hogy a pityriasis rubra, illetőleg az annak folyamán keletkezett, indolens, elgenyedésre nem hajlandó mirigyduzzanatok adták meg az impulsust a pseudoleukaemia kifejlődésére, addig *Nicolau*, ki nemrég „exanthème exfoliant universel pseudoleucaemique" név alatt szintén közölt egy typikus, relativ lymphocytosissal, az összes felületes nyirokmirigyek duzzanatával, lépmegnagyobbodással járt, pseudoleukaemia kiséretében támadt exfoliativ erythrodermia-esetet, már szoros pathogenetikus összefüggésbe hozta a börelváltozást a vérképző szervek megbetegedésével.

Hogy az említett esetekben a börelváltozás valóban pseudoleukaemiás természetü volt-e, azt elegendő tapasztalatok hiányában határozottsággal még nem állítjuk. De ha — Nicolau szavait idézem, ki esete kapcsán behatóan foglalkozott e kérdéssel — tekintetbe veszszük azt az intim és szoros viszonyt, mely a bőr és a haematopoëtikus szervek megbetegedése között fennáll és a mely a börnek a leukaemia és pseudoleukaemia folyamán oly gyakran és oly változatos formában jelentkező elváltozásaiban nyilvánul, ha továbbá szem előtt tartjuk azt a hasonlóságot, mely az említett esetekben egyfelől a dermatosis, másfelől a pseudoleukaemia fejlődési menetében megnyilvánul, akkor lehetetlen az ilyen eseteket egyszerüen véletlen szövődmények gyanánt felfogni. Természetesen az ide vonatkozó észleletek még csekély számúak; de e kis szám nyer jelentőségében, ha meggondoljuk, hogy úgy az exfoliativ dermatitisek, mint a pseudoleukaemia magukban véve is igen ritka megbetegedések és igy már nehány esetben észlelt együttes előfordulásuk is oly körülmény, mely különös figyelemre méltó.

Mindezen észleletek valószinüvé teszik, a mire különben *Török* már 1901 ben utalt (Mracek: Handbuch der Hautkrankheiten), hogy a pityriasis rubra chronica tünetcsoportját egészen hasonló módon különböző tényezők okozhatják és igy indokolt *Nicolau* eljárása, a ki pityriasis rubra alatt gyüjtőfogalmat ért klinikailag egymáshoz hasonló bőrbetegségek számára, a melyen belül az egyes eseteket aetiologiájuk szerint csoportosítja, illetőleg az ismert aetiologiával biró eseteket azon kórfolyamat keretébe illeszti, a melylyel okozati összefüggésben látszanak állani. Az eddigi észleletek két aetiologiai lehetőséget tesznek valószinüvé, a mennyiben bizonyos esetek a tuberculosissal, mások a pseudoleukaemiával, illetőleg a leukaemiával hozhatók szorosabb viszonyba. A magunk részéről is azt hiszszük, hogy a szóban forgó folyamatok további tisztázása czéljából leghelyesebb, ha a pityriasis rubra fogalmát az egyelőre még ismeretlen aetiologiájú, ú. n. idiopathikus esetek számára tartjuk fenn, míg a gümös eredetü eseteket, helyesebben azokat, melyek a gümökórral valamelyes pathogenetikus kapcsolatba hozhatók, a tuberculosis exanthemái közé, azokat pedig, melyek a pseudoleukaemiával, illetőleg leukaemiával látszanak összefüggésben állani, a pseudolaeukaemiás, illetőleg leukaemiás börelváltozások közé soroljuk. Az előbbiek az erythrodermia exfoliativa tuberculosa, az utóbbiak a dermatitis vagy erythrodermia exfoliativa pseudoleukaemica ill etőleg leukaemica csoportját alkotnák.

Egyelőre tehát a jövőben minden egyes esetben az aetiologiai tényezők kiderítése kell hogy feladatunk legyen. A régi módszer, mely változékony és megbizhatatlan klinikai különbségek alapján osztályozta az eseteket, mindenesetre elhagyandó, mert ezzel nem jutunk közelebb a folyamatok lényegéhez. Ezt csak az aetiologiai tényezők megállapításával érhetjük el. Természetesen e fáradozásunk sokszor sikertelen lesz, de legalább „törekedjünk megállapitani vagy kizárni az említett két aetiologiai lehetőség fennállását mindazon eljárások segítségével, melyeket a klinikai észlelés, a kórboncztan és a különböző kisérleti módszerek bocsátanak rendelkezésünkre" (Nicolau).

* * *

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. rk. tanár.)

Észleletek Röntgen-fénynyel kezelt leukaemiáknál.[1]

Irta: *Flesch Ármin* dr., kórházi segédorvos.

A fehérvérüségnek Röntgen-sugarakkal való kezelése a klinikai gyakorlatban aránylag rövid idő alatt egész otthonossá lett. Ezen kezelés értékét illetőleg eleinte a teljesen optimista nézet volt az uralkodó annyira, hogy némely észlelő a Röntgen-sugaraknak a leukaemiára egyenesen *gyógyító* befolyást tulajdonított. A nagyszámú eseteknek hosszabb megfigyelése, klinikai és haematologiai szempontból pontosabb észlelése azonban ma már lehetővé teszi számunkra, hogy tisztábban lássunk s a túlzott reményeket a valódi értékükre szállítsuk le. Tudjuk ennek folytán, hogy a Röntgen-fény a leukaemia klinikai és haematologiai képét igen jelentékenyen s jótékonyan befolyásolni képes ugyan, ámde a fehérvérüséget meg nem gyógyítja. Az is kiderült a sok eset

[1] Minden jog fenntartva.

áttekintéséből, hogy még ezen most jelzett eredményt sem érhetjük el *minden* leukaemiánál. Hogy mely körülmények játszanak azonban szerepet, hogy egyik esetben a normális viszonyokat megközelítő állapotot vagyunk képesek egy időre létrehozni, a másikban pedig alig, vagy egyáltalában nem tudunk eredményt elérni, sőt egy harmadikban látszólag talán a lefolyást siettetjük: mindez ideig ismeretelen előttünk. Megoldása e kérdésnek s ennek kapcsán esetleg az egyes leukaemia-alakoknál a kezelés indicatiojának pontosabb felállíthatása csakis akkor lesz remélhető, ha ismerni fogjuk a Röntgen-fénynek a fehérvérű betegekre gyakorolt hatásmódját.

Azt gondolhattuk, hogy az állatkisérletezés megadja a kérdésre a választ. De — miként azt *Arneth*[1] is kifejti — az állatkisérletek eredményeit az emberre a maguk teljességében nem alkalmazhatjuk. Míg ugyanis ott a Röntgen-fény hatását normális állatokra vizsgáljuk, addig itt megváltozott boncztanú és működésű szervezetre gyakorolt befolyásról van szó. Igy érthető, hogy a vér elváltozásai a fehérvérüeknél Röntgen-sugár behatása után másképp nyilvánulnak, mint állatnál. Csupán azt emelem ki, hogy míg *Heineke*[2], valamint *Helber* és *Linser*[3] állatainál első sorban a lymphocyták pusztultak el, addig leukaemiásoknál első sorban a neutrophil granulatiojú elemek megkevesbedése észlelhető, s míg *Aubertin* és *Beaujard*[4] alább leirandó kisérleteiben myelocytosis a besugároztatás egyik következménye, embernél ezzel szemben épen a myelocyták eltünését a keringő vérből találjuk.

Ehhez járul, hogy az állatkisérletek eredménye sem egyöntetü. Igy ismeretes, hogy *Heineke* vizsgálatai szerint a fő elváltozások a *vérképző szervekben* zajlanak le, s szerinte „a Röntgen-sugarak electiv hatást fejtenek ki a lymphoid-szövetre". Ezzel ellentétben *Helber* és *Linser* szerint a Röntgen-fény első sorban a *vérben keringő* fehérvérsejteket roncsolja el, majd további vizsgálataik alapján[5] a hatást a Röntgen-fény befolyása alatt képződő leukotoxinokkal magyarázzák. Ugy ők, mint *Heineke*, valamint *Baerman* és *Linser*[6], továbbá *Milchner* és *Mosse*[7] megegyeznek abban, hogy. legnagyobb resistentiát a Röntgen-fénynyel szemben a vörösvérsejtek tanúsítanak. Ezzel ellenkező eredményre vezettek *Aubertin* és *Beaujard* kisérletei. A naponta besugároztatott állatoknál eleinte polynucleáris leukocytosis állott be, a mely kifejezett myelocytosisba ment át. Majd megkevesbedett a vörösvérsejtek száma és rajtuk kifejezett elváltozások voltak észlelhetők: a myelocytosissal egyidejüleg magvas vörösvérsejtek jelentkeztek nagy számban. Egy idő mulva a myelocytosishoz leukopenia csatlakozott. A besugároztatott csontvelő sárgás-zsirosan volt elfajulva s granulált sejt nem volt benne található; a myeloid szövet maradéka fokozott tevékenységben volt s a lép is myeloid volt átalakulva.

Nem csodálkozhatunk ezek után, ha a különböző szerzők nézetei a Röntgen-fénynek leukaemiásokra gyakorolt hatására vonatkozólag eltérők. Miként látjuk, eltekintve az ismeretlen kórhatánynak némelyek által hangoztatott bántalmazásától, a kérdés súlypontja az, hogy a Röntgen-fény csupán a fehérvérsejteket roncsolja-e el, vagy pedig nem támadja-e meg e mellett a vérképző szerveket is s e miatt csökken a fehérvérsejtek termelése. A húgysavkiválasztás mennyiségének megváltozása a Röntgen-kezelés alatt e kérdéseket nem fejti meg; azon feltevésből indultak ugyanis ki, ha csupán fokozott szétesés forog fenn, akkor ennek megfelelőleg fokozott húgysavkiválasztás lesz a következmény. Ámde míg *Krause*[8] eseteiben igen megnövekedett a húgysavkiválasztás a fehérvérsejtszám megkevesbedésével egyidejüleg, addig *Königer*[9] hét chronikus myeloid leukaemiájánál a kezelés elején átmenetileg fokozódott a húgysavkiválasztás s a mint a klinikai és haematologiai kép javult, csökkent az összes purintestek kiválasztása, majd pedig normális értéket ért el. Ez szerinte a magszétesés megkevesbedésének kifejezése és miután egyidejüleg a sejtek száma is kevesebb lesz, fel kell venni, hogy a sejtképződés is csökkent. A leukaemia tartós javulása ezért nem a szétesés fokozódásán alapulna, hanem a sejttermelés megakadályozott voltán. Végül *Lossen*[1] esetében kezdettől fogva előrement emelkedés nélkül kevesbedett mindinkább a húgysavkiválasztás s ezért a javulást szerinte csakis a leszállított fehérvérsejtképződés magyarázza meg.

Ezen leszállított fehérvérsejtképződés okának értelmezésénél *Arneth*[2] szerint nem roncsolási folyamatról van szó, hanem „*Minderverbrauch*"-ról, mely a besugároztatás tartamával és intensitásával növekszik, míg végre a vérnek nagyfokú — ha nem is teljes — sanatioja áll be. Tehát ép az ellenkezőjét kell felvenni a keringő fehérvérsejtek megsemmisítésének, vagy a hämatopoëticus szervek bántalmazásának. „*Es ist eine Täuschung anzunehmen,* — mondja — *dass die Myelocyten deswegen aus dem leukämischen Blute verschwinden weil sie den Röntgenstrahlen verfallen. Sie verschwinden im Gegentheile wohl nur deswegen aus dem Blute, weil der Reiz aus der Peripherie, d. h. der Verbrauch an Neutrophilen, Eosinophilen, etc. im Blute successive sinkt und somit für sie . . . . die Ursache wegfällt, aus dem Marke in die Blutbahn auszutreten.*" A vörös- és fehérvérsejtek ezen előrehaladó javulásával talán a hypothetikus kórokozó megtámadása is egybe van kötve.

Láthatjuk, hogy a kérdés eldöntésére érvek úgy az egyik, mint a másik irányban rendelkezésre állnak, végleges bizonyítékunk azonban hiányzik. Igen fontosnak tartom azért az ily módon kezelt betegekre vonatkozó észleletek ismertetését, s lehetőleg a betegség teljes lefolyására és a beteg későbbi sorsára vonatkozó adatoknak közzétételét. Csakis így alkothatunk magunknak helyes véleményt a kezelés értékéről az egyes esetben, s az sem lehetetlen, hogy ez észleletek összehasonlítása után esetleg betekintést nyerünk a leukaemiások szervezetében a Röntgen-kezelés alatt végbemenő változások lényegébe.

A *Stefánia*-gyermekkórházban az elmult év folyamán három Röntgen-fénynyel kezelt leukaemia-esetet volt alkalmunk észlelni: egy myeloid és két acut lymphoid leukaemiát. Észlelésük folyamán több érdekes adat merült fel, melyeket a következőkben foglalunk össze.

1. eset. A budapesti kir. orvosegyesület 1905. május 6.-án tartott ülésén bemutattam egy Röntgen-fénynyel kezelt, myeloid leukaemiában szenvedő 13 éves fiúgyermeket[3], kinél 826 percznyi besugároztatás után a klinikai és haematologiai képben igen jelentékeny javulást értünk el. A lép tetemesen, körülbelül harmadára visszafejlödött, a hasmenések megszüntek, a testsúly növekedett, az eröbeli állapot lényegesen javult. A kezelés előtt talált 2.870,000 vörös-, 230,000 fehérvérsejtszám, 40% haemoglobintartalom helyett a bemutatás alkalmával 5 100,000 volt a vörös-, 14,000 a fehérvérsejtek száma és 90% a haemoglobintartalom. Míg a kezelés előtt a szövettani képben 59% neutrophil polynucl. sejtet, 3% lymphocytát, 5% eosinophil, 7% basophil sejtet, 26% neutrophil myelocytát s sok erythroblastot jegyezhettem fel, addig a bemutatás alkalmával ezzel szembe legutolsó leletként a következőt állithattam: 72% neutr. polyn., 13% lymphocyta, 4% eosinophil-, 8% basophil-sejt, 3% neutr. myelocyta s a magvas vörösvérsejteknek teljes eltünése. Bár az átalakulás a vérképben igen nagy volt, még mindig távol állott a normális typustól és kifejeztem akkor azon véleményemet, hogy tekintettel arra, hogy még mindig látható a szövettani képben a neutrophil sejtelemek megnövekedett száma, még mindig keringenek a vérben — bár igen megfogyatkozva — éretlen velősejtek és nagyon számos a basophil szemcsézettségü sejtalak, gyógyulásról beszélnünk nem szabad. Bemutatásomat ezért csupán előzetes jelentésnek tekintettem s igértem, hogy iparkodni fogok majd a beteg további sorsáról beszámolni. Ezt teszem röviden a következőkben:

[1] *Arneth:* Zum Verständniss der Wirkung der R.-Strahlen bei d. Leukämie. Berl. kl. Woch. 1905. 38. sz.
[2] *Heineke:* Münch. med. Woch. 1903. 48. sz. 1904. 18. sz. és Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1904. Bd. XIV. p. 21.
[3] *Helber* u. *Linser*: Experim. Unters. etc. Münch. m. W. 1905. p. 689.
[4] *Aubertin* et *Beaujard:* Arch. gén. de médec. 1904. VII. 26 és 1905. III. 7. Soc. de Biolog. 1905. I. 28 és 1905. II. 4.
[5] *Helber* u. *Linser*: Verhandl. d. Kongresses f. innere Medizin. Wiesbaden. 1905. p. 143.
[6] *Baerman* u. *Linser:* Münch. med. Woch. 1904. 23. sz.
[7] *Milchner* u. *Mosse:* Berl. kl. Woch. 1904. 29. sz.
[8] *Krause*: Verhandlung. d. Kongresses f. innere Med. Wiesbaden. 1905. p. 135.
[9] *Königer:* Münch. med. Woch. 1905. p. 2298.

[1] *Lossen:* Verhandl. d. Kongress. f. inn. Med. Wiesbaden 1905. pag. 175.
[2] *Arneth:* l. c.
[3] Orvosi Hetilap. 1905. Gyermekgyógyászat. 3. sz.

A Röntgen-kezelést a bemutatás után kétszer hetenként ambulanter tovább folytattuk, minden egyes alkalommal 10 perczig a czombok distális epiphysisét, 10 perczig a lépet tettük ki e sugarak hatásának. Természetes, hogy e mellett a vérvizsgálatokat is rövid időközökben rendszeresen folytattuk. A beteg subjectiv érzése állandóan igen jó volt, kielégítő volt az arczszíne s a léptumor is lassan visszafejlődött. A vörösvérsejtek száma állandóan öt millión felül volt, a fehéreké fokozatosan tíz ezerre szállt alá, a haemaglobin tartalom 95% körül ingadozott. További változások jelentkeztek lassanként a szövettani képben is: neutrophil polyn. sejtek 63—67% közt voltak találhatók, míg *a neutrophil myelocyták teljesen eltüntek*; feltünően emelkedett mindinkább az eosinophil polynucleárisok száma 13%-ra; basophil szemcsézettségü sejtet 2—6%-ban találtunk, lymphocytát pedig 25—18%-ban. A vörösvérsejteken semminemü eltérés a normálistól nem volt észlelhető.

Ilyen volt a klinikai és haematologiai kép egész julius elejéig, midőn az utolsó rendszeres vérvizsgálatot eszközöltük s a most leirt leletet ismételten megállapithattuk. Julius eleje óta feltünt a léptumor rohamos növekedése, julius 17. én súlyos collapsus támadt, a gyermeket beszállították hozzánk, hol nehány perez alatt beállott az exitus. Nem volt időnk már vérsejtszámláláshoz, csupán tárgylemez-készitményeket vettünk, melyek vizsgálata teljesen meglepő eredményt szolgáltatott. Ezen készitmények egy részét hő mellett (triacid festéshez), más részét alkohol-aether aa keverékében (*Romanowsky*-festéshez) fixáltuk, míg a *Jenner*-féle folyadékkal előzetesen nem fixált készitményeket festettünk meg. Festő folyadékunk e szerint az *Ehrlich*-féle triacid, a *Romanowsky*- s a *Jenner*-féle volt.

Látható e készitményeken, hogy a fehérvérsejtek száma enormisan megnövekedett, arányuk a vörösvérsejtek számához körülbelül 1 : 2, 1 : 1·5. A vörösvérsejtek igen nagyfokú poikilocytosist, polychromatophiliát mutatnak, elvétve látható egy-egy mikroblast. Legfeltünőbb azonban a fehérvérsejtek képe: *a vérkészitményeken az eddigi vizsgálatoknál megszokott nagyszámú neutrophil sejtelem helyett majdnem kizárólag olyan sejteket látunk, melyeket minden kétségen felül nagy lymphocytáknak, helyesebben mondva lymphoid sejteknek kell tekintenünk.* Ezen sejtalakok legszebben a *Jenner* szerint festett készitményeken tanulmányozhatók, miután a triaciddal festetteken általában nagyon halványan, homogenen néznek ki, de granulatiokat ezen sejtekben a triacid-festés után sem találtunk. A *Jenner* szerint festett készitményeken megállapitható, hogy e sejtek nagysága a vörösvérsejtekét felülmulja, és pedig egy részük másfélszer, kétszer, más részük négyszer, sőt hatszor is akkora. Úgy a nagyobb, mint a kisebb sejtekben, különösen az utóbbiakban chromatinszegény, kerek, finom hálózatot mutató, a sejt legnagyobb részét kitöltő mag foglal helyet. Protoplasmájuk sötétebb kékre festődött s a halványabb mag körül vékony szegélyt képez. Granulatiokat bennük nem találtam. Helyenként e sejteknek csupán roncsai láthatók. Egyes sejtek magvai oszlást mutatnak. Az ezen sajátságokat feltüntető sejtalakokon kivül más elemeket alig látunk, úgy hogy igen nagyszámú fehérvérsejt összeszámlálása után a lymphocyták számaránya 95%-ban állapitható meg, ezek között van nagy alak (a vörösvérsejt négyszeresét túlhaladó) 38%-ban, kis és középnagy alak 57%-ban. Ezenkivül találunk neutrophil polynucl.-t 0·5%-ban, neutr. myelocytát 1%-ban, eosinophil polyn.-t 0·5%-ban, eosinophil myelocytát 3%-ban s rendkivül elvétve egy basophil-sejtet.

Bonczjegyzőkönyvi kivonat. *(Preisich Kornél* dr.*)* Leukämia. Myodegeneratio cordis. Balanoposthitis catarrh.

Lép súlya 2200 gm., tokja helyenként kissé vastagodott, részint a fali peritoneummal, részint a gyomorfallal kötőszövetesen összenőtt. Hossza 28 cm., szélessége 17 cm., vastagsága 13 cm. Metszlapja málnageléeszerü, könnyen kikaparható.

Máj súlya 2000 gm., harántátmérője 26 cm., szélessége 20 cm., vastagsága 9 cm. Metszlapja barnásszürke, állománya törékeny. Az egész béltractusban a nyiroktüszők nagy gombostüfejnyiek, szürke göbcsék alakjában tünnek elő. A Peyer-plaqueok helyenként ily göbcsék egymás mellé sorakozása által pajzsszerü képletekké alakultak. A mesenteriális mirigyek babnyiak, kis mogyorónyiak, részint lágyak, szürkés-málnavörösek, részint pedig elmeszesedtek. Inguinális hajlatban mandolányi, málnavörös, lágy mirigyek. Csontvelő szürkés málnavörös.

Szövettani vizsgálatunk hiányos. Külső okokból csupán a lépet és májat vizsgálhattam meg, alkoholban való fixálás, celloidinba ágyazás után. *Van Gieson* festéssel igy is jól lehetett látni, hogy úgy a máj, mint a lép a zsúfolásig meg van töltve fehérvérsejtekkel, melyek szövettani képe általában a lymphocytákénak felelt meg.

(Folytatása következik.)

A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről.

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

(Folytatás.)

Ilyen körülmények között mégis fel kell vetnünk a kérdést, hogy miért is erőltetik a buvárok oly nagyon a szervi érzés kóros izgalmának szükséges voltát a hallucinálás támadására és hogy voltaképen mi is az a szervi érzés?

Az első kérdésre nem nehéz felelni. Azt állitották ugyanis, hogy mert egy emlékképnek akaratlagos ingerületbe hozása öntudatunkban nem adja meg a valóságos érzéki észrevevés charakterét, hiányzik még belőle valami, a mi azt abban az irányban kiegészitené. Azt vették fel, hogy ez a kiegészitő tényező az illető érzékszervben volna keresendő s igy jutottak a szervi érzés felvételére, ez a szervi érzés adná meg a felvétel értelmében azt az érzést, a melyet a psycho-physiologiában érzés-színezetnek (Gefühlston) neveznek. *Wundt*[1] szerint érzés-színezet (azt hiszem ez a név felel meg a *Gefühlston* értelmének) alatt az érzési benyomásokat kisérő kellemes vagy kellemetlen érzést (Lust und Unlustgefühl) értjük, *Wernicke* inkább az ingerületet felvevő szervnek helybeli megérzését mondja ezen kifejezéssel. *Sergi*[2] minden benyomást két tényezőre bont fel: a perceptiora (a mely alatt a *Wundt*-iskola apperceptioja értendő) és az érzésre (sentiment, ez *Wernicke* perceptioja).

Az érzés kellemes vagy kellemetlen szinezete azonban minden gondolkozási müveletünket kiséri, a nélkül, hogy annak bármiképen is az érzéki észrevevés jellegét kölcsönözné, ezért egészitette ki *Wernicke* az ő szervi érzésfogalmát a localizálás képességével *(Bewusstseinsgebiet der Körperlichkeit)* és a czélirányos védelmi müködések keletkezésével. Ezen utóbbi reflexmüködésektől teljesen eltekintek, hiszen ezek az ingerületnek egyszerüen tovább terjedését jelentik mozgató területre. A testfelületünkön nyert tapintási benyomásoknak localizálását ugyanolyanféle módon kell létrejöttnek tekintenünk, mint a végtagok mozgási berendezésének localizálását: az agyvelőkéreg területileg különvált centrumai eléggé érthetővé teszik úgy a mozgás, mint a tapintási érzés helybeliségének felismerését, s alig gondolhatná valaki, hogy a mozgás kiváltásakor csak utólag a megmozdult izomtól nyert szervi érzés világositana fel arról hogy melyik izmunk mozdult meg az intendált impulsusra. Sokkal nehezebb ennek a principiumnak átvitele a látóérzékre s egyáltalában nem sikerül egyik fülünk hallására. Az, a ki egyik fülén süket, hallása révén nem ismeri fel azt az irányt, a melyből a hang megszólal és mégis az illetőnek a legcsekélyebb mértékben sem csorbult az érzéki észrevevő benyomása a másik fülén. Ez a theoria azonban véglegesen kudarczot vall, ha a hallucinálás tanára akarjuk átvinni. Igen gyakran látunk ugyanis olyan eseteket, a melyekben a beteg a hallási vagy látási hallucinálást a külvilág bizonyos helyére köti, igy a szoba egyik sarkába, a kályhaajtóra, a felső emeletre. Ha ezekben az esetekben felveszszük, hogy a localizáló szervi érzés a *Wernicke*-féle perceptiosejtek bizonyos csoportjában támad s onnan vetítődik kifelé: akkor a betegnek a hallucinálást kifelé más és más irányba kellene éreznie a szerint, a mint helyzetét változtatja. A testfelületnek localizáló érzését az érzésvezető pályáknak a kéregben különvált, izolált végződése eléggé megmagyarázza; a testünkön kivül eredő ingereknek helybelitését tehát a fülünk vagy szemünk útján nyert benyomásokét különböző tényezők (mozgási beidegzés [szemek összetérítése,

[1] *W. Wundt*: Grundzüge der physiologischen Psychologie. 3. Aufl. 1887. I. 290.

[2] *Sergi*: La psychologie physiologique, 1889. 36. l.

accomodálás], a látás kétszemmeli volta, a perspectiva, a hallásra a két füllel hallás, a hang ereje, változó színezete) teszik lehetővé, tehát több centrumnak associáló működése és nem egy erre külön rendelt centrum. De ha még ettől a localizáló theoriától el is tekintünk s a szervi érzés kifejezése alatt olyan valamit akarnánk jelezni, hogy az érzéki benyomások kiséretében a látási és hallási képek mellett az ingert felvevő szervet (szem, fül) is megéreznénk: még akkor sem jutnánk elfogadható álláspontra, mert ilyenféle érzésünk nincsen. Olyan embereknek, a kik egyik szemükön megvakultak, figyelmüknek külön felhivása nélkül nincs fogalmuk erről a bajukról, míg valami véletlen nem világosítja őket fel állapotukról. Ismerek olyan egyéneket, a kik egyik szemükön nagyon erősen közellátók, másik szemükön ellenben jól látnak, az ilyen egyének nem tudják, hogy melyik szemükkel néznek, nem érzik, hogy melyik szemük lát.

Talán czélravezetőbb volna ezek helyett a szervi érzések helyett az elementáros érzést venni számításba. Kétségtelenül látási észrevevésünkben külön veszünk tudomást a fényről, a színről, sőt némi tekintetben az alakról is, hiszen emlékképeinket felismerjük azonnal, ha azok változott világításban, színben, sőt sokszor alakban is kerülnek elénk, és hasonlóképen a legcsekélyebb nehézséget sem érezzük abban, hogy ismert dallamot más hangnemben, más hangszereken azonnal újra felismerjünk. Főleg az optikai benyomások csaknem általánosságban némileg elvont fogalmak, hiszen az ismert tárgyak is megvilágításuk szerint s testünkhez viszonyított helyzetük szerint csaknem mindig más és más képet adnak, s mégis azonnal felismerjük azokat, még olyan oldalukról is, a melyről sohasem láttuk.

Ezek a változó tulajdonságok, a melyek így más és más megvilágításból és változó relativ helyzetből származnak, minden valószinűség szerint nem is részei az emlékképnek, mert ezeket nem is veszszük úgy tudomásul, mint egyébként a legcsekélyebb változást, a mi az emlékképünk s az illető tárgy között esetleg előáll. Ezen külső kellékek nélkül nem tudunk tárgyat elgondolni. Ugy látszik tehát, hogy minden érzéki benyomás két részből áll: egy többékevésbé elvont emlékképből és az azt kisérő elemi érzési benyomásból. Ha pl. egy dalt hallunk és megállapítjuk, hogy azt zongorán játszszák, vagy énekelik, úgy kétféle érzési benyomás ér bennünket: a dalé egyrészről és a zenei hangszeré másrészről; mindkettő teljesen különbözik és független egymástól, de mégsem volna lehető a dalt valamely elemi érzési járulék nélkül meghallani. Hasonlóképen felismerünk egy Rubens-képet ép oly biztosan akár az eredetijében látjuk, akár egyszínű másolatban. Az elvont emlékkép tehát valóban nagyon független az elemi járulékoktól és mégis associativ módon nagyon össze van kötve egymással: szerfelett elégedetlenek volnánk, ha pl. a szinházban az énekesnő helyett a dalt zongorán adnák elő, vagy ha a kép kópiáján a színeket nem jól választanák meg.

Ezek a példák eléggé bizonyítják, hogy az elemi érzésbenyomások elkerülhetetlenül szükségesek a valódi érzéki észrevevéshez, bár minőség dolgában mellékesek. Igy megérthetjük az álomképnek valóságos érzéki észrevevés charakterét, noha benne az érzésnek ez a két tényezője gyakran nagyon erős disharmóniában van.

A jelzett két tényezőnek egymástól való függetlensége kényszerít minket az abstractiora, voltaképen ez a természetes, szerves alapja a mi abstraháló tehetségünknek; s csak egy lépéssel mentünk tovább, a mikor a tárgyakat névvel, szavakkal symbolizáltuk. A szavak nemcsak érzési téren, hanem a mozgási centrumokban is localizálva vannak, ilyen módon gondolkozási képességünk nagy területen válik lehetségessé, mert a külső benyomások csak érzési emlékképeket támasztanak, a melyek szintén, de csak szük körben, associálódhatnak, nagyobb téren, az associálásnak hosszú lánczokba füzését ellenben csakis mozgató centrumainkban teljesíthetjük. E két centrum működésének különböző volta legélénkebben akkor tünik szemünkbe, ha pl. egy igen ismert képet (festményt vagy rajzot) akarunk emlékünkben felidézni, vagy pedig egy ismert dalt. A képről csak érzési emlékképeink vannak, ezért csak igen keveset tudunk határozottan elgondolni a kép vonalaiból, színezéséből árnyékolásából, csak annyit, a mennyit mintegy utánrajzolással, tehát mozgási téren, fogtunk fel belőle vagy tanultunk meg róla; míg a melódiát, a melyre a mozgási reprodukálási képesség általánosabban megvan bennünk, egészen pontosan tudjuk reprodukálni.

Egy szóval, csak az a képességünk van, hogy mozgató emlékképeket támaszszunk fel igazán emlékezetünkben, azokat associáljuk; e mellett azonban nem szükséges, hogy ezeket a mozgási impulsusokat a környéki mozgási pályákra, azaz ezeknek az elülső központi tekervénynek megfelelő kiindulási sejtjeire bocsássuk át. *De minden érzési ingerület, bárhonnan eredett is, a valóságos érzéki észrevevés jellegével bir, hiszen ezek az érzési emlékképek valójában a mi külvilágunk. Tamburini*[1] helyesen okoskodik, a mikor a mozgató és érző kéregközpontokat egymással szembe állítja és arra a következtetésre jut, hogy a mozgató központok ingerlése az illető izomcsoportokban mozgást, rángásokat vált ki, az érző központok ingerülete ellenben érzési benyomásokat, azaz hallucinálást. Az olyan ingerek, a melyek ezen utóbbi központokra hatnak, többé-kevésbé teljes érzéki csalódást okoznak, a szerint a mint szükebb vagy tágabb térre terjeszkednek s több-kevesebb elemi érzési jelleget nyernek. Mivelhogy azonban az álomban és a deliriumban az elvont emlékkép és az elemi érzési pótlék nincsenek helyesen coordinálva, érthető, hogy az álomképek zavarosak, össze nem illők (álomszerüek); a magam részéről úgy is vélem észlelhetni, hogy az álomképek igen nagy számmal támadnak, de csak azok maradnak némileg meg emlékezetünkben, a melyek véletlenül már előzetesen associált (kijárt) sejtterületeken támadtak.

Az álomképek keletkezése eléggé érthető, ha felveszszük, hogy az alvás alatt azok az érzési emlékképet tartalmazó sejtcsoportok, a melyek az egész ébrenlét ideje alatt kivülről behatott ingerek folytán ingerelve voltak, s ezeket az ingereket épen mint emlékképeket magukban megtartották, hogy ezek az alvási nyugalomban kezdenek visszatérni eredeti állapotukra (felejtés). Ez a változás, az inger, inkább passiv természetű, mint activ.

A tébolyodottság hallucinálásának eredete azonban egészen más mint a deliriumoké és az álmoké. A neurastheniáról nem régen közölt értekezésemben megkiséreltem már bizonyítani, hogy a neurasthenia és a paranoia között nincsenek éles határok, sőt ellenkezőleg, alapjában véve mind a két kórforma ugyanabból a pathologiai forrásból ered. Abban már igazán nem lehet kételkedni, hogy a paranoiában nem a téves képzet vagy a hallucinálás a betegség; ezek csak tünetek, a melyek már az ezen tünetek kifejlődése előtt nem normális idegrendszerben támadtak; igaz, hogy annyira előtérbe kerülnek, hogy a figyelmet a bántalom alapjától is elvonják, úgy mint pl. a vízkórság a billentyübajtól. Sajnosan nélkülözzük a mai elmekórtanok többségében a paranoia alapállapotának tárgyalását. Nem téves képzet-e az (*Wahn*) a szó szoros értelmében, ha a neurastheniás úgy gondolja, hogy szívbaja, rákja stb. van? és ettől a gondolattól, legalább tartósan, nem téríthető el semmi módon. Talán kevésbé változtatja meg a betegnek egész gondolkozását, mint a paranoiás téves képzete? Hát nem látjuk napról-napra, hogy mint kínlódik az ilyen ember éveken át, miképen lesz teljesen munkaképtelen képzelt betegségének hatása alatt s nem ritkán suicidiumot követ el? Az ilyen nem jogosult félelem kényszerképzet, a ki ebben szenved, az monomaniás. Nincs is lényeges különbség azok között a kényszergondolatok között, a melyek a saját testre vonatkoztatnak és azok között, a melyek külső dolgokkal hozatnak összefüggésbe. Sajnos, hogy az elmekórtan az eseteket a téves képzet tartalma szerint osztályozza és nem a betegség alapoka szerint. A régi s elavultnak hirdetett monomania, vallási téboly, üldöztetési, perlekedési, szerelmi mánia stb. helyében most a paranoiás *állapotok* (többes számban, *Wernicke*), autopsychosis, allopsychosis, somatopsychosis, sőt auto-somatopsychosis és így tovább, kényszerállapotok, dühöngő téboly (impulsives Irresein), degeneráló psychosis, hypochondriás elmezavar stb. különálló fejezetekben tárgyaltatnak, noha voltaképen egy és ugyanazon kórtani csoportba tartoznak. Naponta látunk átmeneti eseteket a legenyhébb neurastheniás állapotoktól a legsúlyosabb paranoiásokhoz. A fixa ideának tartalmát többnyire a véletlen szabja ki, igaz, hogy ennek azután nagy befolyása van a beteg további sorsára. Pathogenesis tekin-

[1] *Tamburini:* Sulla genesi delle allucinazioni. Riv. sper. di freniatria, 1880.

tetében azonban ugyanazzal a tünettel van dolgunk, akár attól fél a beteg, hogy tabese van, vagy hogy nincsen czipő a lábán, vagy hogy valakit meggyilkolt, vagy hogy ő a király. Természetesen viselkedése más és más a kényszerképzet tartalma szerint. De bármelyik esetben egyforma erővel és határozottsággal van meggyőződve felvétele helyességéről és változhatatlanságáról.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

Hat hosszú hónapon keresztül jártam az óczeánt mint hajóorvos a Cunard-társaság *Slavonia* magyar kivándorlási hajóján. Azt hiszem, távol állok a kérkedéstől, ha azt állítom, hogy mint orvost első sorban érdekeltek az egészségügyi szolgálat és az ezzel összefüggő kérdések. A hat hónap alatt közel 8000 ember hajózott az Új-világ boldogító partjai felé, a mi elég tekintélyes szám arra, hogy egy orvos tapasztalatainak támasztópontjául szolgáljon egyrészt; de magát a kivándorlók tömegét, mint individuumot véve, megközelítőleg tiszta és zavartalan képet lehet alkotni másrészt arról a véleményről, a mely magukban a kivándorlókban formálódott azokról a kérdésekről, melyek kétségtelenül őket érdeklik legközelebbről.

A magyar kivándorlási kérdésről, különösen, ha annak élelmezési részéről van szó, a közönség körében nem lehet egyebet hallani, mint panaszt, még pedig keserű panaszt. Valahányszor ezeket a panaszokat hallottam, mindig eszembe jutottak a mult idők, a mikor még a kivándorlást legnagyobb részben az északnémet Lloyd hajói bonyolították le. Vajjon ki törődött akkor a kivándorlók bajaival és panaszaival? Hacsak magánember nem szerzett róluk tudomást, hirek ugyan azokról az állapotokról ide nem kerültek. Pedig ott volt panaszra ok, több mint elég. Nem hiszem, hogy a Cunard társaságot fennállásának egész ideje alatt annyit szidták volna, mint az alatt a két év alatt, a mióta a magyar kivándorlást ő bonyolítja le. Az intéző köröknek volt ugyan némi tudomásuk azokról az állapotokról, a melyekben a magyar kivándorlóknak részük volt, de nem volt módjukban a helyzeten változtatni. Ezelőtt 8 esztendővel a német hajók kivándorlói még áruk voltak, a hol csak a mennyiség szerepelt, de az ember számot nem tett. Ha pléhcsajkájával idejekorán megjelent a konyhában, kapott enni, ha nem, nem. És csodálatos módon többnyire későn jött. És az az étel, nos arról jobb nem beszélni. Vihar alkalmával pedig, ha az utasok nem tisztították fel a fedélközt, akkor ugyan nem volt feltisztítva; eltekintve attól, hogy az evőeszközeiket az utasoknak maguknak kellett tisztántartani.

A legújabb viszonyokról személyes tapasztalataim nincsenek és így azokról nem szólhatok. Csak annyit említek még meg, hogy New-Yorkban volt alkalmam betekinteni azokba a jegyzőkönyvekbe és panaszlevelekbe, a melyek a német hajóstársaságok ellen érkeztek be a szabadkőműves páholyokba. Engem természetesen leginkább a magyar levelek érdekeltek és azokból azt láttam, hogy a viszonyok ma sem nagyon változtak.

Hogy mindezen dolgok mellett a közegészségügyre vonatkozó intézkedések terén milyen anomaliák voltak, arról jobb nem beszélni. Legyen elég annyi, hogy úgy az egészségügyi szolgálat, mint az élelmezés ellen felmerült panaszok voltak az indító okai annak, hogy a magyar kormány végre valahára maga vette kezébe a kivándorlás ügyét és annak lebonyolítását a Cunard-társaságra bizta.

Hogy ez a lebonyolítás hogyan és mikép történik, jó-e vagy nem jó, kiderül e tanulmány folyamán. Mindazokat a kérdéseket, a melyeket itt tárgyalok, animositás nélkül, személyes tapasztalataim alapján irtam meg és minden igyekezetem arra irányult, hogy tárgyilagos maradjak, még a hibáknak és tévedéseknek ostorozásában is.

A kérdés meglehetősen bonyolult és nálunk új.

A tengeri egészségügyi szolgálat ugyanis, a megvont keretek ellenére, meglehetős tág területen mozog, a mennyiben nagyjából mégis felöleli az egészségügy minden ágazatát. Hogy ne említsek többet, Anglia egészségügyi irodalmának tekintélyes részét alkotják azok a munkák, a melyek az óczeáni egészségügyi szolgálatot és a hajók hygienikus viszonyait tárgyalják. Csak a hajók szellőzéséről egész könyvtárt irtak össze.

Nálunk és Ausztriában ezek a dolgok a nemzetközi törvényekre zsugorodnak össze, a melyeket itt-ott kegyetlenül rossz ministeri rendeletekkel toldottak meg, a melyeket alkalmazni nem lehet és a melyek paragrafusról paragrafusra magukon viselik a járatlanságnak és a rossz fordításnak minden tulajdonságát. Pedig ez a kérdés most Magyarországon is aktuálissá lett, a mennyiben a kivándorlás túlnyomó részét egyetlen kikötőnkben, Fiumében bonyolítják le.

Sem azelőtt, sem most nem foglalkozván senki ezzel a kérdéssel, megkisérlem dióhéjban összeállítani a tengeri egészségügyi szolgálat irányadó elveit, természetesen szem előtt tartva a magyar kivándorló hajókat, a magyar kivándorlók érdekeit és főleg azokat a ministeri rendeleteket, a melyek a kivándorlásra vonatkoznak.

Ha ezzel a tanulmánynyal csak annyit érek is el, hogy felkeltem az illetékes körök érdeklődését, akkor czélomnak egy részét már elértem.

I.

A dolog természetében rejlik, hogy a nagyobb embertömegeket szállító hajókon a közegészségügyi szolgálat egészen másképen alakult, mint a szárazföldön. Az óczeánt napokon, sőt heteken keresztül járó hajók sajátos, egyrészt önmagukban, másrészt a környezetben gyökerező viszonyai olyan intézkedéseket tettek szükségessé, a melyeknek feltétlenül fenn kell állani a hajó és a közegészségügy között. Természetes, hogy a vezérelvek a tengeren is azokból az általános követelményekből fejlődnek ki, a melyek a szárazföldi egészségügyi szolgálatot jellemzik, de finomabb részleteiben, a kivitel módjaiban és a szabályok alkalmazásában a különbségek feltünők.

A hygiene, mint tudomány, diadalmas előrehaladásában már a tengert is úgyszólván teljesen hatalmába ejtette. Az óczeánt járó nagy gőzösök, némi csekély, a lényegbe nem vágó eltéréseket figyelembe nem véve, a nemzetközileg megállapított egészségügyi szabályoknak hódolnak, a mi lehetővé tette azt, hogy ezen a téren teljesen egyöntetű felfogások alakultak ki, a melyeket a kivitel módozataiban bátran lehet biztos és szilárd támasztópontnak elfogadni.

Ez a magyarázata annak, hogy a tengeren uralkodó egészségügyi szolgálat aránytalanul jobb és megbizhatóbb, mint a szárazföldi. Nem azért, mintha könnyebb volna akár a kezelést, akár az ellenőrzést tekintve, mert ez adott körülmények között sokszor bonyolultabb, mint a szárazföldön; hanem azért, mert a hajó hajó marad, bármilyen nemzet zászlóját is lengeti a tatján a szél.

A tengeren járó hajókra mindezek az egységes szabályok az irányadók, de az alkalmazásban különbség van a szerint, a mint a hajó gőzös, vagy vitorlás, a mint csak személyszállítást, vagy kivándorlási szolgálatot is teljesít. E különbségek szerint az általános egészségügyi szolgálat egyes fejezetei szükebb vagy tágabb keretben mozognak, esetleg egyes pontjai teljesen elesnek.

Egy érdekes tapasztalatom bizonyára jobban megvilágítja ezt a kérdést, melynek bővebb tárgyalása semmi esetre sem fér e tanulmány keretébe, mely csak a kivándorlást teljesítő hajók egészségügyi szolgálatát tárgyalja.

Tengerészek ugyanis különös előszeretettel járnak a hajókon mezítláb. Én magam is mint orvos tapasztaltam, de kérdezősködéseim is megerősítették azt a tényt, hogy a míg vitorláshajókon a mezítláb járás semminemü egészségháborítással nem jár, addig a nagy személyszállító gőzösökön ez a passio azonnal náthát eredményez. De az angol tengerészek betegedési statistikája is megerősíteni látszik nézetemet. E statistika szerint ugyanis azok a betegségek, a melyeknél a meghülés mint praedisponáló ok szerepel, majdnem kizárólagosan a személyforgalmat lebonyolító nagy gőzösökre esnek, míg a vitorlások és tisztán teherárúforgalmat teljesítő gőzösök ezen betegségeknek alig egy tized százalékát szolgáltatják. Ugyanilyen statistikát nyujt a halálozási százalék is, nem véve tekintetbe egyik hajónál sem a baleseteket. Az első pillanatra ez csodálatosnak látszik, különösen ha tekintetbe

veszszük, hogy a vitorlások éveken át járják a tengereket, míg ezzel szemben a legnagyobb személyszállító gőzösök is csak nagyon rövid rekordot képesek felmutatni.

A dolognak orvosi szempontból az a magyarázata, hogy személyszállító gőzösökön a nagy embertömeg részben magában hordja, részben elszórja a betegségek csiráit, melyek kényelmes otthont találnak a hajón és adott körülmények között valamely individuum szervezetében. És minden kikötő új emberanyaggal szolgál, a mi a mikroorganismusok számát is növeli. Vitorláshajón ez nincs meg és így a megbetegedés is lehetőleg csökken. A tengerészek olyan sokszor emlegetett „ellentállási képessége“ is erre az egyszerű tényre vezethető vissza, mert a meghülésnek a vitorlásokon sokkal inkább ki vannak téve, mint a gőzösökön, és a személyszállító hajók tisztjei mégis többet szenvednek náthában, mint a teherforgalmat lebonyolító hajók személyzete. Ezt nem az ellentállási képességnek köszönhetik, hanem annak, hogy nem élnek fertőzött levegőben. Ezt a tényt csak azért hoztam fel, hogy az egészségügyi szolgálat szabályainak különféle alkalmazását igazoljam. Már ebből az egy körülményből is látni való, hogy itt és ilyen körülmények között a lazább módozatok is megfelelnek egyrészt, de viszont más irányban meg szigorubb intézkedéseket kell tenni.

A mi a kivándorlást teljesítő hajók egészségi szolgálatát illeti, ott az általános követelményekhez még egy különös követelmény is járul, a melyet csak a kivándorlóhajóra és csak a kivándorlóra alkalmaznak. Ezek a követelmények csak nagy ritkán nyernek általános alkalmazást. Épen ezért a kivándorlóhajók egészségügyi szolgálatában elsőrangú szerepet játszanak azok az intézkedések, a melyek az északamerikai köztársaság — és Canada is — egészségügyi szabályzatába felvett. Ez intézkedéseknek háttere azonban nem az egészségügy, hanem a kivándorlás, respective a bevándorlás korlátozása. De egészségügyi törvény lévén, a kivándorlóhajóknak ezzel feltétlenül számolni kell még az elindulás előtt. Egészségügyi szempontból ugyanis tilos a partraszállás Amerikában a következő esetekben:

Florid és idült trachoma, nagy felületen támadt conjunctivitis follicularis, undorító betegség, torzarcz, bénaság, feltünő testhiány, gyenge és satnya szervezet, bőrkütteg, kiterjedt favus, küteges arcz, hülyeség, elmebetegség, nehézkór, terhesség leányoknál és férjetlen asszonyoknál és hatvan éven felüli kor.

Az amerikai túlzó intézkedés következtében a magyar kivándorlásról szóló belügyministeri rendelet értelmében az *utazásból* kizárandók azok, a kik:

1. hülyék, elmebetegek, nehézkórosak;
2. undorító vagy ragadós betegségben szenvednek;
3. súlyos betegségben szenvednek és azoknak, a kik gyenge, satnya szervezetüek, vagy ha 60 éven felül vannak.

Ettől és a fentebb említett amerikai intézkedéstől eltekintve, az egészségügyi szolgálat a kivándorlási hajókon majdnem azt mondhatnám teljesen egyöntetű. Ha a szárazföldi egészségügyi szolgálatot veszszük alapul, könnyen kifejthetjük abból azokat a tényezőket, melyek a hajóra alkalmazhatók.

Az alábbi táblázatból, a mely ma általánosan uralkodó és elfogadott, kihagytam azokat a részeket, a melyeknek a tengeren semmi szerepük sincs. Az egyes fejezetekbe azután könnyen be lehet illeszteni azokat a különös tényezőket, a melyekre a tengeri egészségügyi szolgálatban szükség van.

I. Általános egészségügy.

A) Egészséget fenntartó intézkedések.

1. Élelmezés; gyermekek táplálása.
2. Élelmiszerek.
3. Vízszolgáltatás.
4. Fürdés.

B) Betegségeket távoltartó intézkedések.

1. Levegő tisztántartása.
2. Víztartók és ezek tisztántartása.
3. Járványrendészet; prophylaxis; tartózkodási helyiségek; fertőtlenítés.
4. Oltás.

II. Az egészségre károsan ható viszonyok távoltartása.

1. Zárt helyiségek levegője; szellőzés; fütés.
2. Ürülékek, hulladékok eltávolítása.
3. Hullavizsgálat; temetés.
4. Elkülönítés.

III. Orvosi rendészet.

1. Orvosok.
2. Gyógyszerek.
3. Kórház.

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

Összefoglaló szemle.

Újabb vívmányok a hastyphus kórtanában és epidemiologiájában.

Közli: **Picker Rezső** dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

A typhus járványtanában is alapos változásokat idézett elő az „idült bacillusgazdák“ felfedezése. Ezen alapon már most egyrészt minden erőltetett és felesleges elmélet nélkül egyébként szinte érthetetlen eredésü megbetegedések és járványok meg voltak magyarázhatók; másrészt azon új kutatási irány, a melyet ezen felfedezés folytán a typhus járványtana tanulmányozásában a német vizsgáló-állomások meghonosítottak és fejlesztettek, olyan eredményre vezetett, mely a figyelmet a typhus közvetlenül ragályozó voltára („Contactinfection“) terelte. A németországi typhusendemiák pontos helyszini tanulmányozása t. i. azon körülményt engedte felismerni, hogy a beteg közvetlen környezetében élő személyek nem betegedtek meg valamennyien typhusban, noha vele egy lakásban éltek s ugyanazon táplálékot (tej stb.) vagy vízet használták, hanem főleg csak olyan egyéneknél támadt a baj, a kik a beteggel közvetlenül érintkeztek, a kik a beteget ápolták (anya, nővér, betegápoló). Távolabbi helyeken felbukkanó megbetegedések és az eredeti fészek, illetve az első megbetegedés között pedig szintén kimutatható volt valamelyes érintkezés (látogatás, szennyes ruha stb.).

Ugyanilyen eredménynyel jártak azon nagyszabású statistikai és járványtani vizsgálatok, melyeket az 1898. évi spanyol-amerikai háború alatt az amerikai hadseregben dühöngő typhusjárvány körül *Reed*, *Vaughan* és *Shakespeare* orvosok vezetése alatt álló bizottság végzett. (Mellesleg megjegyzem, hogy ezen háború folyamán a typhus az amerikai hadseregben sokkal több áldozatot szedett, mint a többi betegség és a fegyver okozta sérülések együttvéve.) Míg ezen bizottság müködése kezdetén szintén a talajnak s főképen a víznek tulajdonította a főokot a betegség terjesztésében, addig további vizsgálataik folyamán azon eredményre jutottak, hogy a fertőzés az esetek legnagyobb részében személyről személyre való ragályozás által történik. Az egyes ezredekben vagy táborokban észlelt járványok mindenkor kisebb csoportokban, egyes sátrakban, szakaszokban kezdődtek, ott lassan felszaporodott az esetek száma, míg végre kitört a járvány, melynek mindenkor megvolt a maga sajátos jellege. A fentnevezett három orvos első sorban az ápoló személyzetnek, mely leginkább e czélra csak hiányosan vagy egyáltalában ki sem képezett katonákból állott, tulajdonít igen fontos szerepet a baj terjesztésében, valamint a beteg váladékai által beszennyezett használati tárgyaknak, ruhanemüeknek, ételeknek stb. Több idevágó esetet, melyben a contactinfectio kideríthető volt, közöl *Seige*.

A fertőzést leginkább az ápoló viszi tovább kezeivel, melyeknek valamely fertőző váladékkal való beszenyeződésére épen a typhusnál nagyon is megvan az alkalom. A vidéken általánosan uralkodó rossz tisztasági viszonyok, a szük lakások, az ürülékek gondatlan szétszórása mindmegannyi alkalom a ragály továbbhurczolására; így pl. a lábakhoz tapadt bélsárral a betegség más lakásba vihető (gyermekek). További fertőzés-forrás a posttyphosus genyedések váladékával való beszenyeződés vagy az infectiosus köpet (pleuritis, empyema stb.) széjjelporladozása, miáltal a bacillusok igen könnyen ruhákra, ételekre stb. kerülhetnek. Tehát a levegőinfectionak is bizonyos mértékben szerepe

van a betegség terjesztésében. Rosszul kezelt árnyékszékekből, szabadon fekvő ürülékekből vagy szennyezett használati tárgyakról legyek elhordhatják a typhus csiráit (*Reed, Vaughan, Shakespeare*). Hangyák is terjeszthetik a betegséget, mint ezt *G. Mayer* a porosz kir. typhusvizsgáló állomások egyikében az egértyphust illetőleg észlelte és szabatos bakteriologiai vizsgálatokkal be is bizonyította. Az egértyphusos ketreczekben járt és ott a beteg állatok bélsarával foglalatoskodott hangyák egyrészt ezen betegséget a nem egértyphussal beoltott egerek közé is behurczolták, másrészt pedig lábnyomaik mentén Drigalski-féle agarlemezeken egértyphustelepek nőttek. Mint a typhusos megbetegedések kórtanában érdekes tényt még felemlíteném azt, hogy *G. Mayer* a szóban forgó, emberi ürülékekből származó, a laboratoriumban fokozott virulentiájúvá tett egértyphusbacillussal véletlenül fertőzte magát és 7 napi lappangás után 3 hétig elhúzódott, kezdetben heveny béltünetekkel és magas lázzal járt betegségbe esett, melynek első hetében a szóbanforgó bacillusok a székletéből és vizeletből kitenyészthetők voltak.

Minthogy az eddigiekből kiderült, hogy typhusban a ragályozás leginkább magából a betegből, váladékaiból és ürülékeiből és az ezek által szennyezett tárgyakból indul ki, a betegség terjedésének meggátlása czéljából a typhusos betegek szigorúan elkülönítendők, ürülékeik, valamint az általuk használt tárgyak, fehérneműek stb. gondosan fertőtlenítendők. Az ápolószemélyzet körültekintő tisztasággal és főleg a kezek gondos desinfectiójával fogja önmagát és a beteg környezetét a fertőzés ellen legjobban megvédhetni. Szigorúan ügyelendő, hogy a beteg tisztogatása, ürülékeinek eltakarítása után az ápoló kezeit alaposan megmossa és valamilyen antisepticummal fertőtlenítse.

A beteg környezete, valamint azon személyek, a kikkel egyébként foglalkozása közben érintkezni szokott, szintén megfigyelendők és az esetleg már fertőzött, de klinice még nem beteg egyének bakteriologiai vizsgálat útján kikutatandók és elkülönítendők. Minthogy azonban épen a betegség kezdetén a székletéből nehezen tenyészthetők ki a bacillusok, a vizeletben sincsenek még jelen és az agglutinatiós próba is igen gyakran nem sikerül, a typhusbacillusnak a vérből való kitenyésztése igérkezik *Schottmüller* eredményei szerint a legmegbizhatóbb eljárásnak a typhusbacillus kimutatására a betegség kezdeti szakában. Azonban ezen vizsgálat eddigi alakjában csak a betegágy mellett, tehát csak kórházban vagy klinikán volt kivihető, mert a vért azonnal fel kellett dolgozni. Ezen bajon újabban több módon segítettek. *Müller* és *Gräf* pióczakivonatot, „hirudin“t, mely még igen nagy hígitásban (1 : 7500) is folyékonyan tartja a vért, kevernek a vérpróbákhoz, melyeket azután Drigalski-Conradi-féle táptalajon szétkennek. 20 óra mulva a typhustelepek élesen elkülöníthetők és az agglutinatiós vizsgálatra felhasználhatók. Ezen szerzők másrészt az agglutinatiós vizsgálat foganatosítása czéljából beküldött kismennyiségű vérpróbákban képződött vérlepényből is ki tudtak tenyészteni nemcsak typhusbacillust, hanem esetleges más infectióknál egyéb bakteriumokat is. Az eljárás igen egyszerű. A plasmát vagy a táptalajon tűk segítségével apró darabokra tépik és ezeket dörzsölik a lemez felületére, vagy pedig gépben péppé zúzzák és ezzel végzik az oltásokat. Ezen közleménynyel egyidöben jelent meg *Conradi* egy czikke, melyben az epét használja fel a véralvadás meggátlására. Marhaepéhez, mely egyébként a typhusbacillus kitünő táptalajának bizonyult *(Doerr)*, 10% peptont és 10% glycerint tesz, ezen keveréket sterilizálja és 2—3 cm^3-nyi mennyiségben steril kémlőcsövekbe tölti; ehhez steril pipetta segítségével $1^1/_2$—2 cm^3 vért kever. Ezen keverékből egyrészt azonnal, azaz a kémcső beérkezése után a vizsgáló állomáshoz, történik oltás agarra, másrészt ezen folyadék mint táptalaj („Anreicherungsflüssigkeit“) is szerepel; ha az első tenyésztési kisérlet nem sikerül, a szintén thermostatban tartott epevértenyészetből újabb oltásokat végeznek. Ezen eljárás segítségével az eddig vizsgált 28 eset közül 22-ben talált typhus- és 6-ban paratyphusbacillusokat.

A „bacillusgazdák“-ra is ki kell terjeszkednie a praeventiv vizsgálatnak, hogy ezek kinyomozása és ellenőrzése által a ragály további elterjedését meg lehessen gátolni.

A mint tehát az elmondottakból kiviláglik, a typhusfertőzés leküzdésénél ugyanazon feladatok merülnek fel, mint a cholera és a malaria elleni védekezésnél; ezen actio csak akkor vihető keresztül eredményesen, ha az újonnan felmerülő megbetegedések kiindulását a beteg, illetve az illető baj csiráit magukban hordozó emberekben keressük. A diphtheritist illetőleg is ugyanilyen eredményekre jutott *Scheller* („Diphtheriebacillenträger“) kiterjedt járványtani és bakteriologiai kutatásai folyamán.

A typhusnál a bacillusgazdákra azért kell különösen ügyelni, mert magukat teljesen egészségeseknek hiszik és fogalmuk sincs azon veszedelemről, melylyel környezetüket állandóan fenyegetik. A legegyszerübb volna a bacillusgazdákat bakteriumaiktól valamely módon megszabadítani; belső gyógyszerekkel azonban ezt eddig nem sikerült elérni. (*Forster* és *Kayser, Doerr.*) Az urotropin, mely a vizeletből úgy az embernél, mint a házinyúlnál a bacillusokat igen gyorsan és biztosan eltünteti, a bélcsatornában semmiféle bakteriumölő hatást nem fejt ki; ugyanilyen eredménytelenek voltak azon állatkisérletek, melyekben ezen szert a véráram felöl alkalmazták.

Egyelőre legfontosabb feladat a bacillusgazdák felkutatása, állandó nyilvántartása és gyakori bakteriologiai ellenőrzése. Ennek a lábadozó betegekre is ki kell terjednie, mert egyrészt ők szolgáltatják a bacillusgazdákat, másrészt pedig egy ideig typhuscsirokat üritenek. Mindezen egyének kitanítandók az iránt, hogy ürüléiket gondtalanul el ne szorják, ivóvizet szolgáltató vizekbe ne üritsék stb. Figyelmeztetni kell őket továbbá arra is, hogy tisztátalanság által, pl. ha ürülékkel szennyezett kézzel ételhez nyúlnak, mily nagy mértékben veszélyeztetik környezetüket. Ezért a „bacillusgazdák“ lehetőleg kizárandók oly foglalkozásból, a mely mellett a fertőzés terjesztésére igen könnyen alkalom nyilik. *Lentz* ajánlatára az ilyen egyének tejgazdaságokban alkalmazást nem nyerhetnek, vagy az ilyen alkalmazottal biró gazdaságokból kikerülő tej forgalomba hozása megtiltandó. Ugyanezen okból minden oly alkalommal, a mikor nagyobb számú munkás szük helyen kerül össze, vasút-, hídépitésnél stb., ajánlatos a szükséges praeventiv egészségügyi intézkedéseket megtenni és főleg minden, még könnyü diarrhoea-esetet is figyelemmel kisérni.

Minden ily erélyes helyi óvintézkedés ellenére azonban még a leggondosabban ellenőrzött vidéken is mindig elő fog fordulni egy-egy typhusmegbetegedés, mert e betegség mindenütt többékevésbé endemikus, és behurczolása idegen országban fertőzött, de még meg nem betegedett egyének által sem zárható ki teljesen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Bechterew: Die Bedeutung der Suggestion im sozialen Leben. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, 1905. J. F. Bergmann. 142 lap.

Bechterew a suggestioról szólva, activ és passiv perceptioról beszél. Az activ perceptióban az *én* résztvesz, ilyenkor gondolkozás útján meggyőződés jön létre. A passiv perceptioban az *én* nem vesz részt, mert figyelme vagy egy pontra irányul, vagy pedig figyelmetlenség áll fenn. Az első esetben B. szerint személyes öntudatról van szó, a második esetben általános öntudatról. A passiv perceptio suggestio alatt jön létre. B. mindamellett hangsúlyozza, hogy a suggestioban a kritika nem mindig szünetel teljesen, és ebben a tekintetben hivatkozik arra, hogy némelyik suggerált sokszor ellenáll a suggestionak.

Egynehány ehhez hasonló általános megjegyzés után B. az éber suggestioról és hypnosisról, az önkénytelen és kölcsönös suggestioról szól és azután a tömegmozgalmakat tárgyalja, melyekben a suggestionak oly nagy szerep jut. Ezek között a tömegillusiók és hallucinatiók történeti eseteit leirja. A könyv legérdekesebb része az orosz szektás öngyilkossági mozgalmak tárgyalása, a mennyiben ezek egy része Oroszországon kivül eddig ismeretlen volt. Igy egy Vitalia nevü apácza 24 embert vett rá, hogy elevenen befalaztassák magukat és ő is velük pusztult el. Részletesen vannak leirva az orosz demonomaniás epidemiák, a klikus-rohamok, továbbá a psychopathiás járvány, melyet egy Maljowanny nevü, Bechterew által megvizsgált paranoiás beteg támasztott, azonkivül egy a tatárok között Kazánban kitört

járvány stb. Mindezek főrészt az orosz nép műveletlenségének következményei, és ha olvassuk őket, önkéntelen eszünkbe jut a mai orosz mozgalmakban a suggestio hatalmas szerepe.

B. az epidemiás mysticismusról is szól, tárgyalja tovább a zárt helyeken előadás alatt, vagy háborukban előfordult pánikokat, melyekre az állatok között is talál példát, pl. 1871. augusztus 30.-án 900 ló ijedtség után egy táborból elszaladt és közülök egynehányat 120 mértföld távolságra találtak meg.

Szó van a könyvben az epidemiás speculatiókról is, továbbá a népgyülések szerepéről a psychés epidemiákban és végül a suggestio szerepéről a történelemben. *Kollarits Jenő.*

Fr. Erhardt: Ketzerische Betrachtungen eines Arztes. Verlag Otto Gmelin, München, 1906.

68 oldalra terjedő munka, mely érdemes a figyelmes átolvasásra. Szerzője nemcsak alaposan képzett orvos, hanem egyúttal mélységesen gondolkodó psychologus, kinek igazán eredeti megfigyelései vannak.

Bevezetésül az egészséges és munkás élet hygienejét rajzolja meg dióhéjben. Utána szól az idegbetegségekről, anyagcserebántalmakról, fertőző betegségekről, külön a sebészetről és szülészetről, és mind eme bántalmak keretében úgy az orvosnak, mind a betegnek psychéjét mutatja be a legteljesebb subjectiv őszinteséggel. Hogy nézetei azután helyenként túlzottan pessimistikusak, egyes következtetései pedig — mint pl. a betegség lényegéről, melyet végeredményben jellemgyengeségre vezet vissza — helytelenek: ez nem von le sokat a mű értékéből. Hisz nem tudományos doctrinákat akar szerzője nyujtani, hanem főleg az ifjú orvosokban egészséges resignatiót kiván kelteni. A füzet végén adott „viaticum" pedig kezdő orvosok számára sok aranyigazságot és bölcs tanácsot tartalmaz, minden mondatából egy tapasztalt kartárs kedves és közvetlen figyelmeztetése, orvosethikai oktatása hangzik felénk. *Gergő.*

Uj könyvek. *Ramón y Cajal:* Studien über die Hirnrinde des Menschen. 5. Heft. Leipzig, A. Barth. — *M. Saenger:* Über Inhalations-Therapie und ihre gegenwärtig üblichen Anwendungsformen. Halle a. S., C. Marhold. — *K. Supple:* Beiträge zur Kenntniss der Vaccinekörperchen. Heidelberg, Winter. — *H. Fischer:* Die erste Hilfe in einer zukünftigen Schlacht. Berlin, A. Hirschwald. — *E. Zabel:* Das Spiel des Zwerchfells über den Pleurasinus und seine Verwertung in der Praxis. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *M. Weinberger:* Röntgentechnik und Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *M. Zeissl:* Die Behandlung der Syphilis. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *J. K. Young:* A manual and atlas of orthopedic surgery. London, Rebman. — *C. Leedham Green:* Treatment of gonorrhoea in the male. London, Ballière, Tindall and Cox. — *A. Caillé:* Differentialdiagnosis and treatment of disease. London, S. Appleton.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az arteriosclerosis kezeléséről ir e bajnak egyik legalaposabb ismerője, *James Barr*, a liverpooli egyetem tanára. Az arteriosclerosis kezelése és gyógyitása némileg összefügg a makrobiotikával. Ha kellő egészségtani intézkedésekkel meggátolhatjuk az arteriosclerosis kifejlődését, elejét vehetjük az öregek életét százféleképen veszélyeztető következményes bántalmaknak. Czélszerü egészségtani intézkedéseket csak az aetiologia pontos ismerete alapján tehetünk. Fontos tehát tudnunk, hogy melyek azon általunk is befolyásolható körülmények, melyek a szóbanforgó betegséggel okozati összefüggésben állanak.

Első helyen említendő a syphilis és a fertőző betegségek. Ezek gyógyitása is védekezés az arteriosclerosis ellen. Ujabban felmerült a kérdés, vajjon a szervezetünkben állandóan tenyésző bakteriumok, de főleg a bact. coli nem részesek-e az érfal jelzett megbetegedésének előidézésében. Metschnikoff határozottan az igenlő válasz mellett foglal állást. Barr a kérdés tisztázására vizsgálat tárgyává tétette (J. Hay által) a vér bakterium coli-t agglutináló képességét.

Kiderült, hogy az arteriosclerosisban szenvedők vére az esetek 53½%-ában bir erős agglutináló képességgel, míg az ép érrendszerü egyének vére alig 20½%-ban mutatja e jelenséget. Ez adatok eléggé megfelelnek Christopher, valamint Johnson és Goodall hasonló vizsgálati eredményeinek, s az ily irányú vizsgálatok folytatására buzditanak.

Az aetiologiában nagy szerepet játszik az ólom. Ugylátszik hogy mindaz, a mi a vérnyomást emeli, részes lehet az arteriosclerosis előidézésében. Igy a coffein, thein, theobromin, adrenalin, digitalis, purin-származékok stb., valamint a nagy vérnyomással járó hosszú betegségek: myxoedema, diabetes, köszvény, ergotismus, saturnismus stb.

Az alkoholnak régebben nagy fontosságot tulajdonitottak. Barr csatlakozik Cabot, Lancereaux és Duclos nézetéhez, hogy a nagy mennyiségben fogyasztott italok előidézhetnek ugyan elváltozásokat a szíven és az ereken (a medián, de nem az intimán), de voltaképeni arteriosclerosisra az alkoholfogyasztás nem vezet.

Igen nagy jelentőségü aetiologiai tényező a nitrogentartalmú táplálékok túlságos fogyasztása, a vérnyomást fokozó túlerőltetés és a lelki viharok. A peripheriás ereket sokszor tartósan összehúzó alacsony hőmérséklet is zavarhatja az érfalak épségét. Az életkor, nem és faj jelentősége ismeretes.

A mi magát a kezelést illeti, első feladat a diaeta megszabása. Kevés nitrogentartalmú étel, semmi izgató anyag. Fontos, hogy a rágás jó, alapos legyen. A irókúra ajánlható. Testgyakorlatok, sportok, mérsékelten végezendők. Magaslati gyógyhelyek veszélyesek. A gyógyszeres kezelésben a thyreoideakészitményektől és a jodtól várhatunk eredményt. Az adrenalin joddal vagy thyreoidakészitményekkel combinálva adható ott, a hol az erek tonusát és a szivműködést kell fokoznunk. A citratok állitólag csökkentik a vér mésztartalmát. A benzoatok elősegitik a a purinszármazékok kiürülését. A sulfatok és sulfitek, valamint a keserüvizek mint hashajtók és vérnyomást csökkentő szerek alkalmazandók. Az utóbbi hatást jól elérjük az ammonium- vagy natrium-hippurat adásával, vagy lichenin, leucin, Witte-pepton rendelésével. (Brit. med. Journ. 1906. január.)

Dalmady dr

Tüdővész eseteiben nagyon érdekes, de nehezen értelmezhető megfigyeléseket tett *Mc Connell*. Azt tapasztalta ugyanis, hogy az esetek meglehetős nagy számában található albumosuria. Azok a lázas betegek már most, a kiknél albumosuria van, egészen másképen viselkednek, mint azok, a kiknél albumosuria nincsen. Mert a míg amazoknál fekvőkúrára a láz csökken, sőt megszünik s a testsúly rohamosan gyarapszik, addig az albumosuria nélküli lázas esetekben fekvőkúrára nem áll be javulás, sőt ellenkezőleg a testsúly rohamosan csökken. Ha azonban ez utóbbiakkal kellő testmozgást végeztetünk, lázuk csökken, testsúlyuk pedig rohamosan gyarapszik. Ezt a sajátszerü magatartást szerző akként óhajtja magyarázni, hogy az albumosuria mintegy annak a jele, hogy a különböző toxikus anyagok kellő gyorsasággal távoznak a szervezetből; az albumosuria nélküli esetekben a fekvőkúra következtében még kisebb lesz a toxikus anyagok kiürülése s ezért rosszabbodik az állapot, míg ellenben a mozgás elősegitvén ezen anyagok kiürülését, az állapot javul. (Journ. of the Amer. med. association, 1905. deczember 16.)

Gyógyszertan.

Styptogan névvel egy újabb vérzéscsillapító szert hoztak forgalomba, a mely tulajdonképen nem más, mint kaliumpermanganat-pasta. A kaliumpermanganat vérzéscsillapító hatására Vörner hivta fel nemrégiben a figyelmet, a ki faszénporral (3 : 1 arányban) használta. Alkalmazása azonban sokkal biztosabb és kényelmesebb, ha mintegy 4% vaselint adunk hozzá. Minthogy azonban az ilyen módon készitett pasta hatását a levegőn hamar veszti, tubusokban hozza azt forgalomba a berlini Riedel-czég a fenti elnevezéssel. Kisebb műtétek (condylomata acuminata, szemölcsök eltávolitása) után keletkező parenchymás vérzéseknél *Schädel* nagyon jó eredménynyel használta e pastát, a mely orrvérzés ellen is sikerrel alkalmazható. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

A salit a borneol salicylsavesetre s mint ilyent már többen jó eredménynyel használták olyankor, a mikor salicylkezelésre volt szükség, a gyomrot azonban kímélni kellett. A salit ugyanis külsőleg használandó salicylkészítmény, a milyen különben már több van (mesotan, salocreol, rheumasan); ezeket azonban egyrészt kellemetlen szaguk, másrészt eczemát okozó hatásuk miatt sokan nem kedvelik, s azért a salit, a melynek szaga nem kellemetlen és eczemát sem okoz, mindenesetre hézagot pótolni van hivatva. Folyékony, olajszerű anyag, a mely vízben nem, glycerinben kissé, alkoholban és olajokban pedig minden arányban oldódik. Használata úgy történik, hogy a jól megmosott és megszárított helyeken 1—2 kávéskanálnyi salitot erősen bedörzsölünk s ezen helyeket azután gyapottal begöngyöljük. A salitról újabban *W. Schmidt* nyilatkozott nagyon kedvezően. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

Benzosalin nevet visel a legújabb salicylkészítmény, a melyet a Hoffman-La Roche-gyár állított elő s a mely tulajdonképen benzoylsalicylsavmethylester. *Bültzingslöwen* és *Bergell*, kik a berlini egyetem I. belklinikáján végeztek kisérleteket ezen új szerrel csúz és neuralgia számos esetében, nagyon dicsérően nyilatkoznak róla. Fő előnye, hogy az emésztőszerveket nem támadja meg, mert az emésztőnedvekkel szemben nagyon ellentálló s azért csak nagyon lassan hasad szét s válik belőle szabaddá a gyomrot bántalmazó salicylsav. Íze nincsen. 1 grammos adagokban rendelendő naponként 3—5-ször. (Medizinische Klinik, 1906. 6. szám.)

Sajodin nevet adott *Fischer* és *Mering* egy új jodkészítménynek (monojodbehensavas calcium). Színtelen, íz- és szagnélküli por, mely 26% jodot és 4·1% calciumot tartalmaz. Sötét helyen tartva nem változik, világosságban azonban felületesen megsárgul, a nélkül, hogy mélyrehatóbb bomlást szenvedne. Vízben oldhatlan. Tertiaer syphilis, asthma bronchiale és arteriosclerosis számos esetében 1—3 grammos napi adagban nagyon jó eredménynyel használták. Előnye a jodkaliummal szemben, hogy emésztészavarokat, náthát, conjunctivitist nem okoz; acneszerű csomócskák csak egy esetben jelentkeztek múlóan. A szerrel a berlini egyetem bőrkórtani klinikáján is kisérleteztek már. Az eredményeket *Roscher* ismerteti, kiemelve, hogy 6 betegnél, a kik a jodkaliummal szemben idiosyncrasiával birtak, sajodin használata után nemcsak hogy nem jelentkezett jodismus, hanem a némelyik esetben jodkaliumra támadt jodismus sajodin használatára megszünt. (Medizinische Klinik, 1906. 7. szám.)

Gyermekgyógyászat.

Haematemesis és melaena érdekes esetét közli *Lazard* a „*Clinique Infantile*“ egyik utóbbi számában volt. A 14 hónapos egészséges kis fiú hirtelen nagyobb mennyiségű élénkpiros vért hányt; e mellett azonban közérzete jó. A következő napokban ismételten hányt s fekete, szurokszerű székletet ürített; a hányadék ekkor már kávéaljszerű volt.

A gyermek a nagy vérvesztés folytán igen elgyengült, arcza viaszsárga.

A anya *Lazard* utasítására a székletet gondosan átmosta s több 1—2 cm. hosszú vasszilánkot talált, melyek kiürülése óta a haematemesis és melaena megszünt s a gyermek anaemiája kezelése után 14-ed napra gyógyult.

A fiúcska játék közben a parquet tisztítására használt vasforgácsdarabkákat nyelt el s a hegyes szilánkok a gyomor nyálkahártyáját sértették. *Tóth Sára* dr.

Az egészséges és a beteg csecsemő vérnyomásának értékét határozta meg *Trumpp* Finkelstein berlini gyermekmenhelyében. Az idegen anyagot azon czélzattal választotta, hogy a subjectivitást lehetőleg kerülje, s ugyanazon okból a betegekre vonatkozó klinikai adatokat is csak utólag jegyezte fel. Vizsgálatai közben, melyeket 56 esetben 1062 izben végzett, a Gärtner féle tonometert használta. Tapasztalatai szerint a vérnyomás értéke egészséges nyugodt csecsemőnél átlag 80 mm Hg-nyomásnak felel meg és álomban leszáll. Izommunka, idegmozgalom, emésztés befolyása alatt emelkedik a vérnyomás, szintúgy, ha a természetes táplálásról mesterségesre térünk át. Lázas megbetegedések általában fokozzák a vérnyomást, bár e tekintetben úgy látszik a láz oka van befolyással. Igy typhus, pneumonia, meningitis egyes eseteiben csökkent vérnyomással találkozott. Acut táplálkozási zavarok a velük járó folyadékveszteségnél fogva csökkentik a vérnyomást, chronikus bántalmaknál pedig a testsúly görbéjéhez alkalmazkodik a vérnyomásé is. Az 50 mm. Hg-nyomáson aluli értéket rossz prognostikai jelnek tekinti.

Schossberger Sándor.

Strophulus és eczema kezelése íróval. A csecsemők köztakarójának megbetegedése rendesen bélbántalmaknak következménye. *Lesné* szerint a régi kezelés — bélantisepsis és a bőr helyi kezelése — nem kielégítő, hanem diaetetikus rendszabályokkal kell e megbetegedésekre hatni. Az íróban egy a bélerjedést gátló táplálékot vélt találni. 13 esetben alkalmazta s az eredmények kivétel nélküi megfelelőek voltak. (Arch. d. méd. des enf. 1906. 1. sz.) *Deutsch Ernő* dr.

Icterus neonatorum mint családi betegség. *I. Busfield* leir egy esetet, melyben teljesen egészséges szülők tíz gyermeke közül kilencz néhány nappal a születés után sárgaságba esett. Közülök csak három gyógyult fel, a többi néhány nap alatt elhalt. A boncolás, melyet szerző csak egy esetben végezhetett, a belső szervek sárga színeződésén kivül semmi különöset nem mutatott; az epehólyag nem volt tágult, az epevezeték átjárható volt. Syphilis ki volt zárható. (British Medic. Journal, 1906. január 6. 20. oldal.)

Idegkórtan

A bénulások kezeléséről *Stinzing* a következő tapasztalatokat adja elő. A bénulás *okára* hatni ritkán nyilik alkalom, gyakran nem is ismerjük az eredetét. Ha mélyebb *sérülés* éri valamelyik nagyobb ideg környékét és bénulást okoz, úgy meg kell állapítanunk, hogy az ideg ketté van-e szakítva, és ha igen, akkor összevarrjuk. Ha ezt elmulasztottuk, utólag is pótolhatjuk még, bár ilyenkor kevésbé biztos a két vég egyesülése. Az összevarrt ideg mindenesetre jobban biztat összenövéssel, mint ha az egymástól esetleg távolra húzódó csonkakat magukra hagyjuk. Ha a sebet nem kezeltük tisztán, neuritis fejlődhetik. A sérült végtagot nyugalomba kell helyezni. Ugyancsak nyugalomra van szüksége a sérült idegnek, ha a baj nem járt nyilt sebbel, pl. zúzódások, törések, ficzamodások alkalmával. Ha daganat vagy tályog nyomja az ideget, korán kell azokat eltávolítani. Ha *meghülés* okozott környéki bénulást, mint a hogy az az arczidegen gyakori, úgy a „rheumaellenes“ eljárások ajánlatosak a friss esetekben, pl. forró fürdők, aspirin. Némelyek ilyen esetekben ma is nadályokat, vesicatort, jodecsetelést alkalmaznak haszon nélkül, de ha az a mozgató ponton történik, azzal a kárral, hogy az elrontott bőrön nehezen megy a villamos-kezelés. A *postinfectiós* bénulásokat (pl. diphtheria után) sajnos, nem tudjuk megelőzni az üdülésre való felügyelettel, a diphtheria serumkezelése sem csökkentette ezeket. Gondolni kell arra, hogy a környéki bénulás nem lueses eredetű-e, ilyenkor természetesen foganatosítani kell a megfelelő eljárást, nevezetesen a korai szakban kénesőt, a későiben jódot kell adni. Régebben sokat beszéltek *malariás* bénulásokról, de ezek kivételes ritkaságok, a chinin állítólag hatással van azokra. A *tuberculosus* környéki bénulás fájdalmas, néha beteg mirigy nyomása okozza, melynek eltávolítása szükséges. A *méreg* okozta bénulások közül leginkább az ólom jön szóba. Az ólommérgezés megelőzésére szolgáló utasítások ismeretesek. A megbetegedett ember azonnal hagyja abba az ólommal való foglalkozást. Az alkoholbénulás nagyon gyakori, a kezelés strychnin-befecskendezés és abstinentia. A *tüneti kezelés* minden esetben csatlakozzék a mondott eljárásokhoz. Az elektrotherapia ilyen esetekben okvetlen szükséges. Állatkisérletekben és egyenlő környéki bénulásokban többen hasonlították össze a villamozás nélkül és azzal elért eredményt, mely abban áll, hogy a villamozott bénulás gyorsabban és tökéletesebben gyógyul, mint a nem villamozott. A középponti bénulásokban csak suggeráló hatása van ennek az eljárásnak. A villamozás a mozgató pontok faradozásában áll, ez olyan erős legyen, hogy közepnagy rángást hozzon létre. Naponként 3-szor 10 perczig kell villamozni. Erősebb áram és hosszasabb idő kifárasztják a béna izmot, ezért kerülendők. Kat. galvánáram használható ugyanoly módon

mint a farádos, az áramfordítás erősebb inger, mint a nyitás. Jó a Remak-féle úgynevezett labilis villamozás, a mikor is az ingerlő polust a béna izmon vagy idegen végigvezetjük. Erre a czélra a massáló hengerelektrod a legjobb. Vita tárgya volt, hogy a galván és farádos áram közül melyik a hatásosabb. Az eredmény az, hogy inkább galván áramot használjunk. A farádos áram ellenben az inactiv izmokra (pl. törés után) és hysteriás bénulásokra alkalmas. A faradogalvanozást alkalmazzuk ott, a hol nagyon erős áram is csak nehezen ad összehúzódást. A hydroelektromos eljárások és a négysejtes fürdő csak suggestiv hatású, mint a Franklin-áram vagy arsonvalisatio is. Ne faradozzunk fokozott ingerlékenységgel járó bénulásokat, contracturát, reszketést. Ezekre inkább a nyugtató stabil anodot lehet használni. Ne villamozzunk *teljes* elfajulási reactioval és *sorvadással* járó súlyos bénulásokat. Az ilyen esetekben előálló renyhe rángások hamar kimerülnek és ezáltal az izom romlik. Itt csak akkor fogjunk a munkába, ha az első önkéntes mozgások előállanak. Minden más esetben minél előbb kezdjük a gyógyítást. A középponti bénulást, pl. hemiplegiát ellenben legkorábban a 3—4. hétben villamozhatjuk. A fejgalvánozás inkább káros lehet, de semmi esetre sem használ. A gerinczvelői eredetű bénulásokat Stinzing még villamozni szokta 5—10 MA.-árammal, széles elektrodokkal. A *hólyag* villamozásakor ne menjünk be a hólyagba. Ilyenkor nagy elektrodot teszünk a symphysisre, ugyanolyat a perineumra és erős inductiós vagy 20 MA. nyi galvánáramot használjunk. Spinális incontinentiánál lehet az eljárásnak haszna. *Nyáltvelőbénulásban* a nyakra alkalmazott 4—5 cm.-es, gyorsan mozgó elektrod erős árammal néha nyelőmozgást vált ki. A *massage* jó, formája közömbös, ne legyen erőszakos. A *gyakorlatok* fontosabbak, mint a milyeneknek tartják, komplikált készülék nem kell hozzá, a vagyonos ember esetleg Zander intézetbe járhat. A gyakorlat legyen egyszerü, rövid, nem fárasztó, fokozatosan előhaladó, csak a javuláskor kezdhető meg. Az *orthopaediai* eljárásokat S. más munkában tárgyalja. Neuritises esetben *melegvizes* eljárás használható. A sósfürdöket gyakran alkalmazzák. Neurastheniás embereken sokszor ily irányú kezelésre is van szükség. A *gyógyszerek* közül a strychnint befecskendezés alakjában 0·002 gm.-tól 0·01 gm.-ig emelkedőleg szokás adni, naponként 0·001 gm.-mal emelkedve félbehagyásokkal. A *psychés* kezelést sohasem szabad elhanyagolni. A hysteriás bénulásokban a mondott eljárások mellett a hypnosis jöhet alkalmazásba. (Deutsch. med. Wochenschr. 1906. 1. szám.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

Appendikostomia elnevezéssel új féregnyújtvány-műtétet ismertet *Schanz*. Ha a féregnyújtvány csak igen nehezen választható ki, esetleg tályogban rögzített és izolálása a műtéti terület fertőzésére vezetne, Schanz a féregnyújtványt alapján amputálja, a csonkot szokás szerint ellátja, a nyitott féregnyúlványt azonban a hassebbe húzza és itt rögzíti. Néhány hó mulva a zsugorodott appendix az időközben sterillé vált tályoggal együtt minden nehézség nélkül eltávolítható. Ezzel kapcsolatban azon elveit közli, melyek a féregnyúlványgyuladások sebészi kezelésének indicatioiban vezérlik. Tapasztalatait 1286 appendicitis esetére alapítja, melyekben összesen 710 appendicectomiát végzett. 1. A *roham kezdetén*, lehetőleg már az 1. vagy 2. napon, feltétlen híve a korai műtétnek. 2. A *roham alatt* csak vitális indicatio mellett operál (tályogképzés peritonitis), de csak a legszükségesebb müvésre (tályognyitás vagy drainezés) szorítkozik. 3. *Roham után*, ha könnyü esettel áll szemben, 1 hónap mulva operál, míg súlyosabb, genyes esetekben 3 hónapig is vár a gyökeres műtéttel. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 4. sz.) *Gergő.*

Megjegyzések a heveny perityphlitis therapiájához czímmel közli *Graser* idetartozó tapasztalatait. 1. A mai halálozási százalékot még igen magasnak tartja. 2. A klinikai vizsgálat *biztos* felvilágosítást a vakbél és a hashártya anatomiai elváltozásairól nem nyujthat. 3. Súlyosabb esetekben legjobb azonnal, vagy legkésőbb a második napon operálni. 4. Korai műtétnél a féregnyúlvány eltávolítása rendszerint könnyü és veszélytelen. 5. A 3. napon és azon túl a műtét veszélyesebb, mivel a peritoneum is megbetegszik, az intoxicatio fokozódik és a bélhüdés megkezdődik. 6. Még a legkönnyebb esetekben is készüljünk mindig műtétre, melyet rosszabbodás esetén halasztás nélkül azonnal foganatosítsunk 7. Ha nem operálunk rögtön, a táplálkozást per os egy időre hagyjuk el. Ez a lefolyást kedvezőbbé teszi. 8. Hashajtókat adni nem szabad. 9. Opiumot csak akkor adjunk, ha az eset súlyosságáról magunknak itéletet alkothattunk. 10. Az eset súlyosságára mutat a has kiterjedt érzékenysége és a hasizom diffus feszültsége. (Münch med. Wochenschr. 1906. 4. szám.) *Gergő.*

Húgyszervi betegségek.

Húgycső-tágítás haemophiliás egyéneknél. Igen megszívlelendő *Malherbe* azon tanácsa, hogy mielőtt a húgycsövet sondával tágítanók, tájékozódjunk az iránt, nincs-e haemiophiliás beteggel dolgunk. Szerző egy oly esetből kifolyólag hivja fel erre figyelmünket, a hol a fémsonda eltávolítása után erős haemorrhagia támadt, a mely minden valószinüség szerint a hólyagnyakból eredt, nyolcz napon át az összes vérzéscsillapító szerekkel daczolt és a beteg életét is veszélyeztette. Calcium chloratumnak vizes oldatával végzett hólyagöblítésekkel végre nagy nehezen sikerült a vérzést megszüntetni. (Annal. des malad. des org. génit.-urinaires, 1905. 21. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A prostituáltak egészségügyi ellenőrzésének értékéről nyilatkozik *M. Müller* egy érdekes dolgozatában. Szerző vizsgálatai Metz városának prostitutiós viszonyaira vonatkoznak. A viszonyok tanulmányozására Metz különösen alkalmas városnak bizonyul, tekintve, hogy helyőrsége a lakosság számához képest óriási nagy (24,000 katona). Ezen utóbbi körülményen alapul azon lehetőség, hogy a város összes „prostitutiora szoruló“ (sit venia verbo! a mint a szerző is mondja) férfitagjainak több mint fele pontos katonaorvosi felügyelet alatt áll s így egészségi viszonyaik is állandóan ellenőrizhetők. Szerző ennek következtében abban a helyzetben van, hogy nagy anyagra támaszkodva kimutathatja, hogy a prostituáltak ellenőrzésekor, valamint a rendőrség által elfogott titkos prostituáltak vizsgálatakor a szorgos mikroskopos váladékvizsgálat alkalmas arra, hogy a gonorrhoea terjedésének jelentékeny gátat vessen. Ezt szerző a katonákra vonatkozólag érdekes táblázatos kimutatásokban be is igazolja. Mert míg az utóbbi években a lueses fertőzések száma figyelmet alig érdemlő hullámzást mutatott (átlag 4 pro mille), tehát állandóan egy magaslaton maradt, addig a gonorrhoeás esetek száma néhány év alatt 25·6 pro milleről 12·0—12·9 pro millere szállott le, azaz rövid idő alatt a fertőzések felére. E kiváló eredmény szerző szerint egyedül annak köszönhető, hogy az utóbbi években a prostituáltakat kórházi tartózkodásuk alatt a legszorgosabb, kitartó és pontos mikroskopos váladékvizsgálatnak vetették alá. (Münch. mediz. Wochenschrift. 1905. 42. sz.) *Guszman* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az arsenferratoset, melyet a Boehringer-czég hoz forgalomba, feltünő jó eredménynyel használja *Bardach* reconvalescensek-nél tonicum gyanánt, továbbá szegénynyvérüség eseteiben, valamint oly bőrbajokban, a melyekben arsen használata javalt. A közepes napi adag felnőttek számára 50 gramm, vagyis 3 evőkanálnyi, a mely mennyiség 0·0015 gramm arsent és 2·5 gramm ferratint tartalmaz. Nagyobb gyermekeknek 3 gyermekkanálnyi, kisebb gyermekeknek pedig 3 kávéskanálnyi adandó naponként. (Therapeutische Monatshefte, 1905. 8. füzet.)

A veronalt kiterjedten használta elmebajokban *Bourilhet* Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: 1. A veronal 30—80 centigrammos adagokban kitünő hypnoticum izgatottság nélküli álmatlanság eseteiben. 2. Mint sedativum is nagyon jó szolgálatokat tehet különböző elmebajok által feltételezett nem nagyfokú izgalmi állapotokban. 3. Maniások, főleg paralytikusok nagyfokú izgatottsága ellen még nagy adagokban is hatástalan. 4. Hosszas használat esetén bizonyos zavarok mutatkoznak ugyan, de ezek sohasem öltenek veszedelmes mértéket. 5. Ezen zavarok megelőzése czéljából a veronal használatában időnként szünetet kell tar-

tartani. 6. A veronal úgyszólván teljesen ártalmatlan szer; a szívre, májra és vesére teljesen hatástalan. (La presse médicale, 1905. 40. szám.)

A nucleinsavat, különösen a mióta Mikulicz közzétette kedvező eredményeit, melyeket hasműtétek előtt végzett nucleinsav-befecskendezésekkel elért, mind kiterjedtebben alkalmazzák hyperleukocytosis létesítése czéljából. A befecskendezésre szolgáló oldat előállításának megkönnyítésére és ezen oldat közömbösítésének elkerülésére a Boehringer czég a natrium nucleinicumot hozza forgalomba. Az oldat következőképen készül: 4 gramm natrium nucleinicumot 200 cm³ forró vízben oldunk, megszűrjük és az oldatot vízfürdőben sterilizáljuk. Felnőttnek 50 cm³-t szokás egyszerre befecskendezni.

Ascites eseteiben a berlini egyetem I. belklinikáján calomelt, húgyanyt és theocint szoktak használni: Rp. Calomelanos 0·05—0·1. Sacchari albi 0·5. M. f. p. D. tal. pulv. No. XX. S. 3 óránként egy port. Minden este egy evőkanálnyi ricinus-olaj veendő be a calomelnek a bélből eltávolítására és ezzel mérgező hatásának megelőzésére. A calomel-kezelést csak 5—6 napig szabad folytatni. Rp. Ureae pur. 30·0; Aquae destill. 200·0. M. D. S. 2 óránként evőkanálnyit. Rp. Theocini natr.-acet. 0·3—0·5. D. tal. pulv. No. X. S. Naponként 2 port két órás időközben. Minthogy a theocin a szájon át adva könnyen émelygést okoz, suppositorium alakjában is rendelhető: Rp. Theocini 0·3—0·5; Butyri cacao 2·0. M. f. suppositorium. D. tal. suppos. No. XII. S. Naponként 2 suppositoriumot. (Medizinische Klinik, 1906. 8. szám.)

A jothion alkalmazását ajánlja gingivitis és stomatitis ulcerosa, valamint periostitis alveolaris eseteiben *Melnitz* az „Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie“ 1905. évi 3. számában. Az említett bajokban a jothiont in substantia be lehet dörzsölni az arcz bőrébe is, első sorban azonban a nyálkahártyára való ecsetelés alakjában alkalmazandó. A jodthion sem íze, sem szaga miatt nem válik a betegnek kellemetlenné, a nyálkahártyát nem támadja meg sohasem, s a mellett kitünően felszívódik, úgy hogy egy órával a beecsetelés után már kimutatható a jod a vizeletben. Ha a tiszta jothion a pofa bőrén érzékenységet vagy viszketést okozna, úgy a tiszta jothion helyett a jothionkenőcsöt kell alkalmazni, mely 10 rész jothionból, 7 rész lanolinból és 3 rész vaselinből áll.

A cocain-adrenalin-oldat használhatóságáról a fogászatban ir újabban *Rosenberg*. Az alkalmazott oldat összetétele a következő: 100 gramm physiologikus konyhasóoldatra 5 gramm 1 : 1000 adrenalin és 0·75 gm. cocain vétetik. Ez oldatból egyszerre 1—1·5 cm³ kerül alkalmazásba, vagyis annyi, a mennyi eusemin néven a sterilizált ampullákban forgalomba jön. A felső fogsor érzéstelenítése semmi nehézséggel nem jár, s az eseteknek mintegy 97%-ában teljes érzéstelenséget idéz elő. Az alsó állcsont proc. alveolarisának csontlemezei már vastagabbak, ezért ott az eredmény, ha a befecskendést csak egyszerüen eszközöljük, már sokkal több kivánni valót hagy hátra, mint a felső fogsornál. Ezért *Rosenberg* mostanában *Schleich* ajánlata nyomán akkép jár el, ha az alsó fogsoron akar valami műtétet végezni, hogy a nervus mandibularist az alsó állcsont csatornájába való belépése előtt érzéstelenìti, vagyis a felső állcsonton alkalmazott módszertől eltérőleg nem a kihuzandó fog gyökerénél, hanem a n. mandibularis belépési helye előtt eszközli a befecskendezést. Két év alatt mintegy 700 esetben járt el igy, s az eredmény kifogástalan volt mindig egészen, annyira, hogy nemcsak foghúzásokat, hanem pulpaexstirpatiokat is képes volt teljesen fájdalommentesen, mindjárt az első ülésben, tehát megelőző arsenpastakezelés nélkül eszközölni. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905, 39. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 8. szám. *Löbl Vilmos*: Erythromelalgia esete. „Fürdő- és vizgyógyászat“ melléklet 1. szám. *Bosányi Béla*: A heveny izületi csúz lefolyásának módosulásai. *Dalmady Zoltán*: A Magas-Tátra téli klimájának néhány indicatiójáról. 9. szám. *Tangl Ferencz*: A gyomor ép- és kórélettanának újabbkori haladásáról. „Bőr- és bujakórtan“ melléklet 1. szám. *Havas Adolf*: Casuisticus közlemények. *Veress Ferencz*: Az acne juvenilis kezeléséről. *Schein Mór*: A női nemi szervekből kiinduló, haematogen úton terjedő bőrbajokról.

Magyar orvosi archivum, 1906. 1. füzet. *Tangl Ferencz*: Adat a gyomornedv valódi aciditásának ismeretéhez. *Hári Pál*: Vizsgálatok a trypsin-emésztés reactiohőjéről. *Hári Pál*: Az intramolekulás vízfelvételről a fehérje trypsin-emésztése közben. *Szili Sándor*: Az érett magzat vérének hydroxil-ion és titrálható alkali tartalmáról. *Szili Sándor*: Vizsgálatok az állati szervezet savtürő képességéről. *Benedict Henrik*: A czukorbajosok vérének hydroxyl-iontartalmáról.

Klinikai füzetek, 1906. 2. füzet. *Révész Béla*: Az öngyilkosság psychiatriai és sociologiai szempontból. *Ursziny Gyula*: A köptetőknek mint praeventiv és oki gyógyszereknek rationalis és individualis rendeléséről, különösen kőszénbánya munkásoknál.

Orvosok lapja, 1906. 8. szám. *Moskovitz Ignácz*: A gége reflexneurosisa, kapcsolatban a női genitaliák megbetegedésével. *Székács Béla*: Mediastinalis tumor esete. 9. szám. *Rédei Manó*: A gonorrhoea belső gyógykezeléséhez. *Székács Béla*: Mediastinális tumor esete.

Gyógyászat, 1906. 7. szám. *Fischer Mór*: A fájdalomcsillapító és érzéktelenitő eljárásokról a szemészetben, különös tekintettel az alypinre és a Sudeck-féle bódításra. *Genersich Antal*: A gyomor- és bélműtétek egy újabb aseptikus módja. 8. szám. *Szerb Zsigmond*: Differential-diagnostikai tanulmányok a gyomorbetegségek köréből. *Török Lajos*: Az angioneurosis elmélete és a haematogen eredésü bőrgyuladás.

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. márczius 2.

Rovás. Orvosi értekezéseink magyarsága, bár kétségtelenül nagyot haladt az utóbbi időben, egyben-másban még mindig reászolgál a gáncsra. Szinte halljuk az ellenvetést, hogy az orvosi czikkeknek az lévén a feladatuk, hogy a beteg ember javára szolgáló tényeket ismertessenek, nagyon mellékes, hogy milyen a nyelvezetük; csak világos és érthető legyen a czikk. Erre az a feleletünk: igaz, hogy fődolog, hogy a dolgozat tartalmas és értékes legyen, de ha nagyobb fáradság nélkül czikkünk magyarságát is helyesebbé, stylusát is szebbé tehetjük, miért térnénk ki ez elől.

Tisztelt munkatársaink bizonyára nem veszik rossz néven, sőt talán köszönettel fogadják, ha reámutatunk egy pár hibára, a melyekkel kéziratainkban lépten-nyomon találkozunk. Ha ügyelnek arra, hogy ezeket elkerüljék, kevés fáradsággal nagyot lendíthetnek stylusuk magyarosságán és gördülékenységén és megkönnyíthetik a szerkesztőség munkáját is.

Kerüljük a következő szavakat és kifejezéseket:

1. *Fellép* (láz lépett fel, járvány lépett fel stb.) Rút germanismus, a mely mód nélkül elharapódzott orvosi irodalmunkban, az „auftreten“-nek szolgai fordítása. Meröben felesleges is, mert legalább tizféleképen fejezhetjük ki ugyanazt helyes magyar szóval, pl. fejlődik, támad, jelentkezik, keletkezik, beáll, előáll, lesz, a beteg lázba esett, láz vett rajta erőt, járvány ütött ki, stb.

2. *Képez*. Ezt az igét nagyon szeretik az orvosok használni, még pedig (helytelenül) mint szintelen segitő igét a német „bilden“ példájára (pl. kutatás tárgyát képezte, kivételt képez, nyilt kérdést képez stb.) Legtöbbször egészen elhagyható, vagy a „lenni“ igével helyettesithető: kutatás tárgya volt, nyilt kérdés, kivétel. Ha már valaki el nem lehet az ilyenféle nehézkes kifejezésmód nélkül, használja a „képezni“ helyett inkább a „lenni“ vagy „alkotni“ igéket. A képezni igét csak ilyen értelemben szabadna használni: szót képezni (valamely raggal) valakit kiképeztetni.

3. *„A beteg meglett operálva“* „Virchow véleménye általánosan el lett fogadva“. Igen elterjedt, de teljesen hibás, magyartalan szenvedő igealak (ist operirt worden-nak a szószerinti fordítása), e helyett: megoperálták, elfogadták. Ha azt mondom: mire hazaérünk, a kapu már be lesz csukva, ez helyes, de helytelen az, hogy: nálunk a kapu korán lesz becsukva.

4. Kerüljük a sok felesleges *az*, *azt*, *annak*-ot, a melyek mind németes gondolkozás révén kerülnek be a mondatba. Pl. Az alkoholizmus és annak következményei; e helyett: az alkoholismus és következményei. Kétségtelen az, hogy; e helyett: kétségtelen, hogy. Bátran állithatjuk azt, hogy; e helyett: bátran állithatjuk, hogy. Az ez-az névmás csak ott teendő ki, a hol külön hangsúly van rajta. De ilyenkor azután ne hagyjuk el. Ez ellen is igen gyakran vétenek. Hibás pl. „A szerzők, a kik ezzel foglalkoztak, helyesen: azok a vagy azon szerzők, a kik stb. Nem oszthatjuk a véleményt, hogy ... helyesen: azt a véleményt, hogy.

5. *Tényleg* (faktisch); divatos, de mesterkélt, idegenszerű és felesleges szó. E helyett: csakugyan, valóban, valósággal, igazán, igazában, valójában, stb.

6. *Miután*-t ne használjuk mint okhatározót, hanem csak mint időhatározót, „miután“ (helyesen: mivel, minthogy) okhatározóként való használata határozott germanismus, még pedig nem is a jó németségből, hanem a pongyola bécsi németségből átvett germanismus, mert az igazi német a „nachdem“-et sohasem használja okhatározó gyanánt (Lásd: G. Wustmann, Allerhand Sprachdummheiten, 2. Aufl. 1896. p. 127.)

7. *Daczára annak, hogy ...* (trotzdem, dass ...) E helyett: bár, habár, noha. A kezelés daczára sem javult, e helyett: kezelésre, a kezelés mellett, vagy ellenére sem javult.

8. *„Előrement“* terhesség vagy tüdőgyuladás (vorausgegangene Schwangerschaft, stb.) E helyett: előbbi, előzetes, régebbi, egykor vagy régebben kiállott. (Folytatjuk.)

Rihmer Béla dr.-t a székesfővárosi Margit-kórházhoz húgyivarszervi bántalmak részére rendelő orvossá nevezték ki.

Kinevezés. *Orsós Ferencz* dr.-t a pécsi kórház újonan rendszeresitett bonczolófőorvosi állására nevezték ki.

A liptói orvosi kör elhatározta, hogy időnként népszerű előadásokat rendez a járványos betegségek elleni védekezésről. Az első ilyen előadás február 24.-én volt, a mely alkalommal *Lefkovics Salamon* dr. szólt a tüdővész elleni védekezésről.

„Tájékoztató a Budapest székes fővárosban letelepülő orvosok számára" czimmel a székes főváros tiszti főorvosi hivatala ügyes füzetet adott ki, melyben jól áttekinthetően megtalálhatók mindazon tudnivalók, a melyekre a székesfővárosi gyakorló orvosnak lépten-nyomon szüksége van. Igy közli a letelepedésre, a lakásváltoztatásra, a fertőző betegségek bejelentésére, a fertőtlenitésre, az iskolából fertőző betegségeknél kitiltásra, a halálesetek, elvetélések bejelentésére, az amputálásnál való eljárásra, az elmebetegekre, a himlőoltásra, az orvosi vényekre, a gyógyczélra szolgáló jégárusitásra stb. vonatkozó tudnivalókat. A 12 lapra terjedő füzetet a főorvosi hivatal ingyen bocsátja a fővárosi orvosok rendelkezésére.

Megjelent. *D. Kuthy:* L'insegnamento grafico dell' idroterapia e climatologia. Különlenyomat a „L'idrologia e climatologia" XVI. évfolyamából.

Elhunyt. *Vendel János* dr., Csanádmegye főorvosa, február hó 22.-én 48 éves korában. — *Paczauer Béla* dr. Nyiregyházán 35 éves korában. — *Pachner Antal* dr. február 19.-én Nyitrán. — *M. Nitze* tanár Berlinben, a cystoskopia hirneves megalapitója, 57 éves korában. — *M. Popoff*, az anatomia nyug. tanára a charkowi egyetemen, 62 éves korában. — *G. R. Fowler*, ismert sebész Brooklyn-ban, 57 éves korában.

A budapesti egyetemi II. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét január hó folyamán 132 esetben vették igénybe; a műtétek száma 105 volt.

A budapesti szent Erzsébet-apáczarend női kórházában az 1905. évben összesen 622 beteget ápoltak, a járó rendelésen pedig 698 egyén jelentkezett. Egy betegre 26 ápolási nap esett. Nőgyógyászati műtétet 22, sebészetit pedig 77 esetben végeztek; műtét után 1 beteg halt meg. A kórház főorvosa *Vladár Márton László* dr., a belgyógyászati osztály vezetője, rendelő orvosa pedig *Diescher Ferencz* dr., a sebészeti és nőgyógyászati osztály vezetője.

Az olasz orvosok száma. Olaszországban az Il Clinico czimű lap szerint 21,104 gyakorló orvos van, a kik közül 7035 a nagyobb városokban és 14,068 vidéken űzi praxisát. Olaszországnak 33 millió lakosa van; Magyarországnak e szerint, számba véve 18 milliónyi lakosságát és 6200 orvosát, Olaszországhoz mérve 11,208 orvosának kellene lenni.

A német sebésztársaság 35. congressusát április 4.-étől 7.-éig tartja Berlinben. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. Hadsebészet. 2. A gyomorfekély sebészi kezelése. 3. Magasan fekvő végbélrákok műtevése. 4. A Bier-féle pangásos kezelés

Kisebb külföldi hirek. *A. Bochenek* dr.-t az anatomia, *E. Godlewski* dr.-t pedig a fejlődéstan rendkivüli tanárává nevezték ki a krakói egyetemen. — *Gradenigo* dr.-t a fül- és gégegyógyászat tanárává nevezték ki a turini egyetemen. — *Colombini* dr. a sassari egyetemen a bőr- és bujakórtan tanszékét nyerte el. — *Denker* dr.-t Erlangenben a fülészet rendes tanárává nevezték ki; kivüle e szakmának Németországban csak három rendes tanára van: Schwartze (Halle a. S.), Leutert (Giessen) és Körner (Rostock). — *Ruge* docens Kielben a tanári czimet kapta. — Birminghamban és Leedsben egyesület alakult a kiskorúak czigarettázása ellen, melynek a két helyen együtt véve máris 10,000 tagja van.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 7. hetében (1906. február 11.-től február 17. ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 322 egyén, a születések tehát 147-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 7·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 12, apoplexia cerebri 13, convulsiones 9, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 13, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 0, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 10, pneumonia 21, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 65, emphysema pulm. 5, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 1, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 3, alii morbi hepatis 5, alii m. org. dig. 1, nephritis 5, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 21, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 2, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 7, scarlatina 4, pertussis 2, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 5, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3764 beteg, szaporodás 929, csökkenés 830, maradt e hét végén 3802 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 198 (159), vörheny 23 (34), álh. gége- és roncsoló toroklob 27 (20), hökhurut 31 (25), gyermekágyi láz 3 (1), hasi hagymáz 5 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 32 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 2 (0), járv. fültőm irigylob 14 (3), trachoma 7 (12), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Glück Rezső fővárosi gyógyszerész a t. orvos urak figyelmébe ajánlja legújabb idegerősitő és idegcsillapitó szerét, a **„Neuroroborin sec. Glück"** nevü készitményt, mely a hypophosphit gyógyszerek csoportjába tartozik combinálva más idegmegnyugtató szerekkel. (Brom, codein). Több idegklinikán és közkórházban végzett kisérletek teljesen igazolták ezen gyógyszer kettős hatását. Semmi káros mellékhatás a kisérletek folyamán nem volt tapasztalható. Indicatiók: neurasthenia, hysteria, melancholiás depressiók és a vérszegénységen alapuló ideggyengeség. Adagolás naponta 8—12 tabletta.

Lysoform. A magyar kir. honvédelmi minister elrendelte, hogy a csapatkórházakban kisérletezzenek a *lysoformmal*, vajjon nem lehetne-e helyettesiteni ezen szagtalan antisepticummal a drágább, mérgező és részben rossz szagú fertőtlenitő szereket. (Lysol, carbol, sublimat stb.)

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Anaesthesin" czimű prospectusa van mellékelve.

„A mélyen tisztelt orvos urak szives figyelmébe ajánljuk azon körülményt, hogy a **Málnási Siculia forrás** nem felviz, hanem eruptiv működés alakjában 155 meter mélységből tör elő, tehát artézi jellege következtében teljesen bakteriummentes, miért is a Málnási Siculia forrás az összes létező hasonösszetételű alkalikus vizek legelőkelőbb képviselője s kéretnek a mélyen tisztelt orvos urak, hogy a viz rendelésénél a **„Siculia"** névre ügyelni kegyeskedjenek."

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

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

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

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

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

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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősitő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: **Tablettae Lecithini Richter** 0·05 és 0·025 gr. lecithintartalommal. **Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter** (Lecithines csukamájolaj). **Lactolecithin Richter** (Lecithines tejczukor-por) **Lécithine granulée Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril lecithinolaj injektiókra). **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró betegek részére is). **Újonnan épült magán gyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51) **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület (VII. rendes tud. ülés 1906. február hó 24.-én.) 353. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. évzáró közgyülés 1905. deczember 27.) 353. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. 354. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1905. deczember 2.-án tartott szakülés.) 354. l. — Debreczeni orvos gyógyszerészegylet. (Ülés 1905. november 11.) 355. l. — Szegedi Orvosegyesület. (Havi rendes tudományos ülés 1906. február 14.) 355. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tud. ülés 1906. évi február hó 24.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Korányi Frigyes, Müller Kálmán és Terray Pál tagtársakat.

A gerinczoszlop kopogtatási hangjának diagnostikai értéke.

Korányi Frigyes: Előadó utal az „Orvosi Hetilap" jubiláris számában megjelent munkájára a gerinczoszlop kopogtatási hangjának diagnostikai értékéről, a melyben kiemelte volt, hogy több mint 10 év óta foglalkozik azon kérdéssel, vajjon mellhártyaizzadmányok, a melyek nyomásuknál fogva az elülső gátort az ellenkező oldalra tolják, nem gyakorolnak-e hasonló hatást a hátulsó gátorra is? Az ide vonatkozó vizsgálatok előadót annak felismerésére vezették, hogy ilyen izzadmányoknál a hátulsó gátor valóban átnyomatik az ellenoldalra, a mi egy az époldali mellkas hátulsó felületén kikopogtatható, többnyire háromszögű tompa hangzású területben nyilvánul, a melynek külső széle alulról és kivülről a gerinczoszlop felé dülve emelkedik és a középvonalon a gerinczoszlop tengelyét éles szöglet alatt metszi. Ezen vizsgálatok közben feltünt előadónak, hogy a csigolyák kopogtatásánál a gerinczoszlop különböző szakaszai egymástól eltérő kopogtatási hangot adnak, a melyek minden egyes gerinczoszlopon megközelitően egyneműek, úgy hogy a gerinczoszlop egy typikus hangzású kopogtatási területnek tünt ki, a mint ezt ugyancsak az Orvosi Hetilap jubiláris számában ismertette.

Azon idő óta folytatva a vizsgálatokat, előadó most idején levőnek találja, hogy azok eredményeit az orvosegyesület elé terjeszsze. Vizsgálatainál mindenekelőtt azon kérdés tisztázására törekedett, hogy valóban fennáll-e a gerinczoszlop különböző részletei kopogtatási hangjának olyan módozata, a mely typikusnak vehető. Előadó közel 10 éven keresztül ezrekre menő vizsgálataiból vonta le az eredményt, a melyet jelen előadása közben egészséges mellkasi és hasi szervekkel biró klinikai betegeken bemutatott, hogy a nyakcsigolyák tövisnyújtványait kopogtatva, a nyakszirttől a 7. nyaki tövisnyújtványig a kopogtatási hang erősen tompult, némi dobos áthangzással, a 7. nyakcsigolyán pedig állandóan teljesen tompának mutatkozik. A mellcsigolyák közül a felső hármon erősen tompult, az 5. mellcsigolyától a 10.-nek tövisnyújtványáig pedig teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang, a mely a 11. és a 12. tövisnyújtványokon ismét tompa, hogy az ágyékcsigolyákon, a 4. ágyékcsigolya tövisnyújtványán ismét élesebbé legyen, a keresztcsonton tompult dobossá, a farcsonton pedig éles dobossá váljék. Ez megállapitható lévén, azon második kérdés merült fel, hogy vajjon a kopogtatási hangzás minősége a csigolyák kopogtatása által határoztatik-e meg, tehát a csontok hangja, vagy pedig a csigolyákat környező szervekre terjedő rezgések és ezekben hangzó lengések felidézése által.

Előadó vázolja a hátulsó gátornak, valamint a hasüreg és a medencze praevertebrális szerveinek topographikus viszonyait, melyek már magukban is az utóbbi felvétel mellett szólnak, a melyet azonban két kisérlettel is meggyőző módon derített ki. Ezen kisérletek egyike, a melyet az Orvosi Hetilap jubiláris számában ismertetett, abból állott, hogy a gyomor felett lekötött bárzsing olvasztott paraffinnal kitöltetvén, ennek megmeredése után az azelőtt éles hangzású mellgerinczoszlop tompa hangzásúvá vált. A másika pedig, melyet az egyesületben bemutatott, abban áll, hogy emberi csigolyák a mellkasnak vagy hasnak különböző hangzású részeire helyeztetnek és azután a csigolyáknak tövisnyújtványaira kopogtatási ütések alkalmaztatnak, a midőn a kopogtatási hang mindenkor a gerinczcsont által érintett testrész kopogtatási hangjának felel meg és igy habár nagyon szövődött alkatú a csigolya, mégis egységes plessimeter szerepével bir. A harmadik kérdés volt azután, hogy találtatnak-e a gerinczoszlop kopogtatási hangzásainak vizsgálatainál olyan, a typikustól eltérő kopogtatási jelenségek, a melyek a csigolyák vagy a gerinczoszlop rendellenességeire, vagy a gerinczoszlopot környező szervek eltérésére vihetők vissza. Előadó fejtegette azon befolyást, a melyet a gerinczoszlop kopogtatási hangjára az izmok működése, a vizsgált egyén testtartása, a bordáknak különböző hajlása és a gerinczoszlopot borító lágyrészek fejlődése gyakorol és ennek kapcsán áttér azon 4. kérdésre, hogy olyanok-e a kopogtatási hangoknak ezen eltérései, a melyekből általánosságban valamely kóros elváltozásra lehet következtetni, és ha igen, léteznek-e olyan eltérések, a melyeket valamely különnemű betegségnek diagnosisánál értékesiteni lehet. Előadó rámutat két év előtti közleményére, a melyben kimutatta bonczlelet által, hogy a hátulsó gátor nyirokmirigyeinek daganatai a mellkasi gerinczoszlop kopogtatási hangját megváltoztatják. És azután klinikai betegeken, ábrákon és részben a diagnostizált eseteknek kórboncztani leletén mutatta be az egyesületnek a gerinczoszlop kopogtatásának kórismészeti értékét.

A mellkas betegségei közül aorta-aneurysma, a gátorbeli nyirokmirigyek különböző természetű daganatai, a tüdőlégdag mutatnak jellemző elváltozásokat a kopogtatásnál. A hasbetegségek közül előadó bemutatja egy vándorlép, továbbá egy pankreascysta esetében a gerinczoszlop kopogtatási hangjában mutatkozó eltérést, a mely eset Dollinger tanár klinikáján műtét tárgyát is képezte, továbbá azokat a változásokat, a melyek az ágyékgerincz, a kereszt- és farcsikcsont kopogtatási hangjában keletkeznek idült gyuladás által okozott hashártya-összenövéseknél, szabad hasvizkórnál és petefészektömlőnél. Két erre vonatkozó női betegen bemutatja a tompulati terület alakjának különböző voltát szabad hasvizkór és petefészektömlő esetében, valamint a tompulati terület alakjának egymástól eltérő megváltozását ezen különböző hasi betegek helyzetváltozása alkalmával. Előadó azután felsorolja azon mellkasi és hasi betegségeket, a melyeknél a gerinczoszlop kopogtatási hangjának megváltozása további vizsgálatok tárgyát képezheti eredményre való kilátással, a milyenek a diverticulum oesophagi, a hasi praevertebrális kisebb daganatok, aneurysmák, cysták, a praevertebrális kötőszövetnek lobos beszűrődései és a flexura sigmoidea és rectum daganatai.

Befejezésül előadó hivatkozik klinikai munkálataira, előadásaira, magyar és német nyelven közölt irodalmi munkálataira, a melyekből kitünik, hogy közel 10 éve közöltettek az előadott vizsgálatok eredményei és felemliti, hogy több évvel később Németországban, Olaszhonban más szakférfiak által, a mint nem kétli, előadó munkáinak előttük való ismeretlensége következtében, mint saját felfedezéseik lettek közölve. Megemliti továbbá, hogy Piorry 60 év előtt, és Angolhonban Ewart 1899-ben a mellkas hátulsó felületének kopogtatási viszonyaival és ezek közt a gerinczoszloppal is foglalkozott, a mely vizsgálatok azonban más irányúak és legnagyobb részben más eredményűek is voltak.

Előadásának corollariumát a következőkben foglalja össze: 1. A gerinczoszlop kopogtatási hangja az előtte fekvő és vele érintkező szervek szöveti állapotától függ. Ebből kifolyólag 2. ezen szervek elváltozása a kopogtatási hang megváltozásában kifejezésre jut, ezen változás kórtüneti jelentőséggel bir. 3. Egyes esetekben ez lehet az egyedüli physikai kórjel, söt általában az egyedüli kórjel, a mely a betegséget jelzi.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. évzáró közgyülés 1905. deczember 27.)

Elnök: **Hochhalt Károly.** Jegyző: **Minich Károly.**

Elnök megnyitójában visszatekint Budapest székes főváros kórházügyeinek fejlődésére. 107 éve, hogy felépült a szent Rókus-kórház gyöngytyúkutczai homlokzata az akkori Pest 14,000-re menő lakosságának saját összegyüjtött filléreiből. 120 ágya volt egy főorvossal, a ki egyúttal igazgató és városi főorvos is volt, egy sebészszel, a ki a szülészeti, bonczolási és halottkémlési teendőket is végezte. A kórház egy évi betegforgalma 900-at tett ki. Ezután hosszú, küzdelmes évek következtek. A nemzet államalkotó hatalma a főváros áldozatkészségével együtt nagyra fejlesztették a kórházügyet. Sokáig avitikus nézetekkel kellett megküzdeni, a kórházi ápolást az egyetemi oktatással nem tartották megegyeztethetőnek, csak a hatvanas évek elején Poór Imrének sikerült, hogy mint docens osztályán a „bőr- és bujakórtanból" előadásokat tartson. A hatvanas években hirdetett a jeles segédorvos, később kolozsvári professzor, *Machik* Béla, cursust a percussioból és auscultatioból.

A hetvenes évek elején jutottak a főorvosok közül az egyetemre: Lumniczer, Gebhardt, Navratil, Siklóssy, Böke és Kétly. Ma már 31 tanár és docens tart egyetemi és szünidei orvosi cursusi előadásokat. És igy közkórházaink nemcsak humánus intézetek, hanem orvosi tanintézetek is. Lassanként — az utolsó 15 év alatt — alakultak át és épültek fel közkórházaink a modern tudomány igényei szerint, úgy hogy a XVI. nemzetközi orvosi congressus három év mulva itt e téren is modern intézeteket talál. Ily körülmények között a közkórházi orvostársulat megalakulása hálás talajra talált 12 év előtt és fennállása óta hű tükre a kórházakban folyó intensiv munkának.

Minich Károly előterjeszti jelentését az elmult évről, a melyből kitünik, hogy összesen 14 szakülésen 101 előadás, illetőleg bemutatás hangzott el. A társulat tagjainak száma a 400-at meghaladja.

A tisztikar mandátuma lejárván, a belső tagok sorából elnökké Genersich Antal, alelnökké Elischer Gyula, titkárrá Török Béla választatott meg. Laczkovich Elemér pénztáros jelentése szerint bevétel volt 2860.59 korona, kiadás 1593.22 korona.

A közgyülés azután megválasztotta üléselnöknek Dirner Gusztávot és Modvei Bélát, titkárnak Feldmann Ignáczot, pénztárosnak Laczkovich Elemért; külső tagokul pedig Kovách Aladárt, Lobmayer Gézát, Mitterdorfer Aurélt, Pfann Józsefet, Rosenzweig Adolfot, Vértes Oszkárt, Lipscher Sándort.

Végül *Elischer* Gyula tartott előadást „A laparotomia műtétele retrospectiv megvilágításban" czimen.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(I. előadás 1906. évi január hó 30.-án.)

A gyomor ép- és kórélettanának újabbkori haladásáról.

Tangl Ferencz: Mindenekelőtt a gyomornak mint reservoirnak szerepéről szól, ismertetve a gyomor befogadó képességének meghatározására végzett újabb vizsgálatokat. Majd a gyomor mechanikai működésére tér át s első sorban azokat a vizsgálatokat tárgyalja, a melyek eredményeiképen állítható, hogy az üres gyomor is végez időszakos rhythmusos mozgásokat. Ezután a gyomortartalom továbbításának mechanismusáról szól. A hányás mechanismusának rövid ismertetése után áttér a gyomorchemismus körébe tartozó számos újabb érdekes vizsgálatra, majd pedig a gyomornedv kiválasztásának tárgyalására és ezzel kapcsolatban Pawlow híres vizsgálataira. Kifejtvén, hogy Pawlow methodikájával nemcsak a gyomornedv kiválasztása, hanem a gyomor felszívó képessége is eredményesen tanulmányozható: végezetül a gyomor teljes eltávolításának kérdésével foglalkozik s előadását azzal fejezi be, hogy a gyomor nem egyszerű zsák, a melynek csak az volna a feladata, hogy a lenyelt falatok egy időre benne raktároztassanak; minél jobban meg fogjuk ismerni azt a bonyolult idegmechanismust, a mely a gyomrot az agygyal összeköti s a gyomornak úgy mechanikai, mint chemiai működését oly bámulatos czélszerűséggel szabályozza, annál nagyobb jelentőségű gépezetet látunk majd benne, a melynek észszerű gondozása az orvosnak valóban elsőrendű és sokszor nagyon nehéz feladata.

(II. előadás 1906. évi február hó 6.-án.)

A gyomorbetegségek korai felismerése.

Imrédy Béla: Abból indul ki, hogy az ulcus pepticum ventriculi és carcinoma ventriculi a betegekre nézve legveszélyesebb gyomorbajok. Ezért főleg ezen két baj korai felismeréséről értekezik és e közben a gyomor mozgási zavarait és helyzetváltozásait kivéve, a többi gyomorbajra is kitér. Az ulcus pepticumnak gyakran a gyomorfájás az egyedüli tünete, miért is ideges cardialgiával, hyperaciditással és hypersecretioval könnyen összetéveszthető. Ilyenkor az anamnesisen és a beteg subjectiv érzésein kivül a gyomorműködések pontos vizsgálatára kell a legnagyobb súlyt helyezni. Igen fontos a rejtett vérzéseknek a Weber-féle próbával való kimutatása. A rejtett vérzés, ha a gyomorizom működése rendes, ulcus pepticum positiv jele. Igen kétes esetben az erélyes ulcusellenes orvoslás is felhasználható diagnostikai segédeszközül.

A gyomorrákról szólva megjegyzi, hogy a gyökeres műtét akkor kecsegtet legtöbb sikerrel, ha a daganat a hasfalon át még nem tapintható. A gyomorrák ily korai szakban való felismerése azonban igen nagy nehézségekbe ütközik. Pontos vizsgálatokkal ezen nehézségeket sokszor sikerül leküzdeni. Előadó egymásután tárgyalja a pyloruson, a kis görbületen és a cardiát kivéve a gyomor többi részén fejlődő rák korai tüneteit és azután áttér az ideges dyspepsiára, az idült gyomorhurutra és az achylia gastricára. Ezen bajok felismerésénél is hangsúlyozza, hogy mily fontos a gyomor nedvelválasztó működésének vizsgálata. A carcinoma kórismézésénél a secretorius insufficientiára és a rejtett vérzések kimutatására, valamint a gyomortartalom górcsövi vizsgálatára helyez nagy súlyt.

(III. előadás 1906. évi február hó 13.-án.)

A gyomor mozgás-zavarai.

Hirschler Ágoston: Előadásának bevezetésében a gyomorbetegségek functionális diagnostikájának fontosságára utalván, kiemeli azon ma már kétségbevonhatlan tényt, hogy a gyomor mozgás-zavarainak a gyomorbetegségek kórtanában aránytalanul nagyobb a fontossága, mint secretio-zavarainak. A gyomor mozgató működésének élettani feltételeit tárgyalván, reátér a gyomor mozgás-zavarainak során a gyomor mozgás-elégtelenségére, melynek mértékét nem a gyomor dimensioviszonyainak megváltozásában, hanem a functio csökkenésében keresi. A gyomor mozgás-elégtelenségének fokozataiban a relativ insufficientiáról megjegyzi, hogy a gyomortágulással azonositani nem szabad. A gyomortágulás fogalmával azon kóros állapotot illeti, melyet a gyomor izomerejének csökkenésén és a táplálóknak ezáltal okozott pangásán kivül a gyomor ürterének állandó megnagyobbodása jellegez.

A gyomor mozgás-elégtelenségének okait részletesen felsorolván, a kimutatására szolgáló módszereket ismerteti (próbavacsora, próbaebéd, próbareggeli, salol- és jodipinpróba). A tünetek részletes tárgyalásakor bőven foglalkozik a locsocsanás tüneményével, melynek jelentőségére nézve a gyakorlatban lépten-nyomon találkozunk azon téves felfogással, hogy jelenléte egymagában is gyomortágulásra enged következtetni. A gyomor mozgató erejében mutatkozó működéshiány okainak elkülönitő kórismézésénél hangsúlyozza a szervezet minden tekintetben való pontos vizsgálásának nagy fontosságát.

A mozgás-insufficientiával járó gyomorbajok lefolyását és prognosisát fejtegetvén, azok gyógyítására tér át. A kisérletes kórtanból merített észleletekből kiindulva, első sorban a functionális diagnostikán nyugvó diaetetika részletes képét nyujtja. Ezek után a mechanotherapiás eljárásokat (masszálás, villamozás, gyomormosás, haskötők) tárgyalja és a gyógyszeres kezelés ismertetése után a sebészi gyógyitás javallataira tér át, élesen kidomborítva azon nagy szerepet és felelősséget, mely e téren a belorvosra hárul.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. deczember 2.-án tartott szakülés.)

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

I. **Markbreit Irén** és **Lukács Hugó** bemutatása: **Sachs-féle amaurosis idiotica két esete.** Az egyik vérrokon szülőktől származik, 5 hónapos koráig jól fejlődött, ekkor fokozódó vakság, a felső végtagok spastikus, az alsók petyhüdt hűdése jelentkezett. Ma a gyermek idiota, marantikus.

A szemfenéki lelet egyszerű atrophiát mutat. A Tay-Sachs-féle maculáris elváltozás nincs meg. E tünettől eltekintve typikus Sachs-féle megbetegedéssel állunk szemben.

A második esetben az élet 11. hónapjában keletkezett a vakulás és butulás. A gyermek mikrocephal, idiota, Little-féle hűdéssel, a betegség nem progrediál. A szemfenéki lelet kiterjedt atrophiás elváltozást mutat. A maculáris lelet megvan, de kissé atypikus. A vörös pont körül *fehér fénylő udvar*, mely nem körkörös.

A Tay-Sachs-féle betegség e két atypikus esetében bemutatók megerősitését látják annak, hogy a hereditaer familiáris betegségekné az állandó kórképek ritkák, legtöbbször csak egy családon belül azonosak, egyébként átmenetek a combinatiók végtelenségéig lehetségesek.

Hozzászól *Hoor*.

II. **Veszprémi Dezső**: *a)* egy 53 éves, dementia senilis paranoides-szel az elmekórodán ápolt nőtől származó agykészitményt mutat be. A bal agyfélteke oldalsó felületén a fossa Sylvii folytatásában két tömlő található. Az egyik a gyrus centr. post.-t és gyrus supramarg. mellső részét, a másik ettől mellfelé és alatta a gyrus centr. alsó részét és a gyrus temp. sup felső részét foglalja el. A 4—5 cm. átmérőjű üregek tartalma tiszta savó; alapjukon a pia van besüppedve, felettük az arachnoidea van kifeszitve. E két üregnek megfelelőleg az agyállomány részéről jókora hiány található; és pedig hiányzik nemcsak az agyköpeny megfelelő szürke és fehér állománya, hanem a centr. semiovale egy része is, a sziget, a claustrum, úgy hogy az üreg fenekét képező pia közvetlenül fedi a capsula externát. Az üregek az oldalgyomrocsokkal nem közlekednek. Az elváltozás teljesen megfelel azon képnek, a mely a *porenkephaliára* jellemző. Megemlitendő még, hogy az illetőnél a jobboldali végtagok születés óta fejletlenebbek, rövidebbek, vékonyabbak és állandóan paretikusak voltak.

b) Bemutatja továbbá egy 40 éves férfi ivarszerveit. Az illető 2 év előtt lovagló helyzetben vassinre esett, gáttáját megütötte. 8 hét után itt egy ökölnyi duzzanat keletkezett, a mely áttört, belőle geny ürült, s utána a gáttájon fistulák maradtak vissza. Lassanként fokozatosan húgycsőszűkület tünetei támadtak és 1½ év mulva vizelete genynyel keverten a fistulákon keresztül ürült, húgycsövén nem tudott vizelni. Sectionál a húgycső hátulsó részén rendetlen, szivós, tömött hegek között erős szövetpusztulás, sajtos üregek találtattak, a melyek a gáttáji fistulákkal közlekedtek. Az üregekben egy pár húgykő is volt, a gáton nagy kiterjedésű, durva, szemcsés, kocsonyás sarjadzással borított fekély. A jobb mellékherében, vas deferensben, vesicula seminalisban kisebb fokú tuberculosis, a húgyhólyagban sajtos fekélyek a hólyagnyak táján. A prostatában kiterjedt elsajtosodás caverna képződéssel.

Az eset megfelel a húgycsőszűkületek azon ritka alakjának, mely lassú lefolyású gümókóros elváltozásokra vezethető vissza, olyan értelmezéssel, hogy a trauma itt mintegy alkalmi okként szerepelt, s a genitális tuberculosisból ez a terület is fertőztetett, úgy hogy az eset méltán tekinthető gümókóros húgycsőszűkületnek.

Hozzászól *Makara*. A bemutatott eset a sebészeti klinika betege volt, kinél a vizelet csak a gáttáji sipolyokon ürült, míg a pars subpubicában teljesen átjárhatatlan szűkülete volt. A gátsipoly járatainak dudoros, sarjadzó részéből műtét előtt próbakimetszés és szövettani vizsgálat történt, de ezen alapon sem lehetett a baj természetét biztosan megállapítani. Miután a gáttáji sérülés oly határozott előzményi adat volt, a szűkületet traumás eredésűnek tartották. A szűkületet külső húgycsőmetszéssel oldotta meg. A megbetegedett húgycsőrészlet szivós, callosus tömeget képezett, melyet a sipolyok átjártak. A műtét a betegnek javulást nem hozott, lázai inkább fokozódtak, hólyagja az állandó kathetert nem tűrte, úgy hogy ezt már másnap végleg eltávolitották. Azontúl a bronchitis uralta a kórképet, köpetében véres csikok voltak, de az ismételt köpetvizsgálat tuberculosis-bacillust kimutatni nem tudott. Mégis a tüdőfolyamatot gümősnek tartották. Az autopsia lelete mutatta, hogy a miliáris tüdőgümőkben a szétesés hiányzott még s ezért hiányzott a köpetből a gümőbacillus.

A húgycső gümős megbetegedése általán ritka. *Englisch* ismertette a hátsó húgycsőrész gümős urethritisének és periurethritisének klinikus képét. A betegek mindannyian gümős alkotásúak voltak. A betegség csekély, de a gyógyitással makacsul daczoló húgycsőfolyással kezdődik, lassanként megdagad a gáttájék, majd kifakad és sipolyos járatok támadnak. Ezen gümős urethritis és periurethritis szerinte a Cowper-mirigyek gümősödéséből indul ki.

A bemutatott esetben az elsődleges gócz a mellékherében volt, ettől fertőztetett a prostata, majd a hólyag és a húgycső. A húgycső traumás sérülése a már fennálló tuberculosis mellett a megbetegedés alkalmi oka lehetett.

Miután a húgycső gümös betegsége rendszerint nem okoz szűkületet, a jelen eset ezen irányban is teljes figyelmet érdemel. Esetünk is mutatja, hogy a therapia ilyen előhaladott betegséggel szemben tehetetlen, sőt talán a gümős góczok megbolygatása még siettette a gümösödés általános kifejlődését.

III. **Genersich Gusztáv előadása: „A kanyaró lappangása"** czímmel.

Hozzászól *Purjesz*.

Debreczeni orvos-gyógyszerészegylet.

(Ülés 1905. november 11.-én.)

Elnök: **Balkányi Ede**. Titkár: **Brunner Lajos**.

A kizárt sérvekről.

Csíkos Sándor: A bemutatott 45 éves férfibeteget három héttel ezelőtt collapsus tünetei közt hozták be a kórházba. A jobb scrotumban gyermekfejnyi daganat, állítólag 10 év óta. Nyolcz nap előtt lett beteg, azóta széke nem volt, hány, a hányadéknak bélsárszaga van. A beteg erőbeli állapota, a peritonitis tünetei, a valószinűség, hogy a kizárt bélkacs üszkös, nem biztatták a műtét lege artis befejezhetésével. Egyelőre anus praenaturalist akart tehát csinálni, e végből a rendes Bassini-metszést rövidebbre vette. A sérvtömlő külső fala erősen lobos, genyes, melyből a megnyitás után másfél liternyi kiállhatatlan büzű, eves, genyes folyadék ömlik ki. Első pillanatra azt hitte, hogy a gangraenás bélfal szakadt át s az ev a bélből ömlik. De kiderült, hogy a bélfal sértetlen, hogy azt késhátvastag hártya borítja, melynek leválasztása nagy vérzéssel jár, ezt tehát nem is erőszakolta. Maga a sérv egy gombolyag, melyet a coecum, az appendix, egy darab vastag- és vékonybél egymással elválaszthatlanul összenőve együtt képeztek.

Ő tehát az egészet, a mint volt, alapos megtisztogatás után besülyesztette a hasüregbe. A sérvtömlőt nem szokta kiirtani, most is csak a nyakából vágott ki. A sérvkaput nem zárhatta el, csak megkisebbítette, úgy hogy annak a fenekét most a sérvtömlő képezi. Ez tehát nem radikális herniotomia, mert azt a műtét alkalmával fennállott viszonyok közt nem végezhette, de az eredmény ép olyan jó. A sérvkapu eléggé el van zárva s az egyén teljesen egészséges. Hőmérsék a műtét alkalmával 38·6°. Azóta láztalan. Első széklete a műtét utáni való éjszaka. A sérvtömlőből kiömlött büzös, eves genyet úgy magyarázza, hogy a peritonitis okozta izzadmányba valószinűleg bakterium coli jutott.

Az előadó azután ismerteti a módokat, a melyeket a különböző sérvműtéteknél követni szokott, s a melyek mellett 213 szabad sérv operálása után két esetet kivéve vesztesége nem volt. Egy kis gyermek két nappal a műtét után eklamptikus görcsökben halt meg. Utóbb kiderült, hogy görcsei azelőtt is voltak. A másik beteg, intelligens fiatal ember, hat nappal a műtét után dysenteriában halt meg. Betegen jött a kórházba, de hogy a műtétet ne késleltesse, egészségesnek vallotta magát. A veszteség, még ha a műtétnek tudjuk is be, nem egészen 1 százalék. Az operatio tehát veszélytelennek tekinthető.

Más volt a helyzet a 108 kizárt sérv operatojánál. A vesztesége 34 százalék. Mivel az operatio a kizárt sérvnél is ugyanaz, mint a szabadnál, a nagy veszteség oka nem a műtétben, hanem a betegek állapotában keresendő, a kik legtöbbször elkésve kerülnek a műtéthez. Előadó elpanaszolja, hogy az orvosok a műtétet a legelhanyagoltabb esetekben is alig-alig ajánlják s csak kevesen ajánlják azt elég nyomatékosan. Hangsúlyozza, hogy a legkisebb sérvek a legveszedelmesebbek, ezeknél szabad legkevésbé várakozni. Megtörtént már, hogy ilyen sérvet a kizáródás után 12 órával átfúródva talált. Lehet azonban, hogy az átszakadást nem a gangraena, hanem a taxis okozta. Gyakran talált már ugyanis a sérvtömlőben vért és a bélfalon véraláfutásokat.

Ujfalussy azt hiszi, hogy a bemutatott betegnél nem volt peritonitis, hanem a sérvtömlőben egy abscessus-szerű folyamat, a melynek evjéből felszivódott mérgező hatányok okozták a peritonitis tüneteit. Férfiaknál a peritonitis kisebb foka is ölő. Itt pedig az operatio után egy csapásra megszünt a peritonitis minden tünete.

Szabad sérvműtétek után bizonyos complicatiokat észlelt. Igy egy fiatal embernél az inguinális tájékon ökölnyi, savós tartalmú daganat támadt. Egy másiknál kétoldali szabad sérvműtét után két hónappal olyan fájdalmak jelentkeztek, hogy képtelen volt járni. Mind a két oldalon az os pubison periostitis. A harmadik esetben egy évvel a műtét után a megfelelő oldalon orchitis keletkezett. Vajjon az ondózsinór a sérvkapu zárásakor lett-e megszorítva, vagy más insultus történt vele, nem tudja. De tény, hogy az orchitisnek más okát találni nem lehetett. Kérdi az előadót, hogy a sérvműtét eféle következményei ismeretesek-e, gyakran fordulnak-e elő vagy csak a műtét szabálytalan vagy helytelen végzése okozhat hasonló utóbetegségeket?

Balkányi Ede egy esetében az ondózsinór megvan rövidítve s a vas deferens annyira strangulálva, hogy az egyén a coitusban akadályozva van, a bicyklizésről le kellett mondania, sokat járnia nem lehet, de orchitis mégsem lépett fel nála.

Csíkos mintegy 500 operatiojában két teljesen egyformára nem talált. Minden eset más és más. A szerint tehát, a mint a sérv hydrocelével vagy összenövésekkel complikált, a műtét utáni lefolyás is complicatiókkal járhat. Nem szabad a műtét után láznak vagy lobos bántalomnak jelentkezni, mert az mindig infectiót jelent. Ez, sajnos, néha kifürkészhetlen okból előfordul. Megtörtént már, hogy egymás után négy sérvműtétet végzett. Három zavartalanul gyógyult, egy, a középső, lázas lett.

Nem emlékszik rá, hogy az Ujfalussy által említett savós daganat valamelyik esetében támadt volna. Nem is tudná hirtelen megmagyarázni. Egy esetére gyanakszik, a hol a Poupart-szalag hiányos fejlődése miatt kénytelen volt a periostba varrni, a mi periostitisre vezethetett, de csak infectio miatt. Az orchitisnek oka aligha volt a műtét vagy az ondózsinórnak a műtét alatt szenvedett insultusa. Balkányi esetében valószinűleg coekális sérv operáltatott és olyan viszonyok befolyásolták a műtétet, hogy örült, ha bezárhatta a sérvkaput, még az ondózsinór kis megrövidülése árán is.

Popper Alajos-t, mint internistát bámulatba ejtették a legutóbb lefolyt brüsseli sebész-congressus fényes eredményei. Ott is elhangzott ugyanaz a figyelmeztetés, a melynek az előadó is joggal kifejezést adott, hogy az eredmény még sokkal szebb lett volna, ha a belorvosok nem késedelmeskednének a betegnek a sebészre bizásával.

Szegedi Orvosegyesület.

(Havi rendes tudományos ülés 1906. február 14.-én.)

Elnök: **Faragó Ödön** dr. Jegyző: **Berger Mór** dr.

1. **Boros József** dr. kórházi főorvos bemutat egy 17 éves egyént, a kinél koponyatörés folytán beállott agyi tünetek trepanatio végzését tették szükségessé. A sérültet 1905. év november havában kapanyéllel fejbe ütötték. Kórházba jövésekor baloldali falcsontdudora táján kis diónyi, fluctuáló és pulzáló daganat volt észlelhető, a mely felett a kültakaró sértetlen. Ezen daganat alatt a koponyacsont két koronányi területen benyomott, körüskörül a csontszél élesen tapintható. A pupillák egyenlők, középtágak és jól reagálnak, reflexek kissé lassúk. Pulsus 60, beszéd vontatott, a hallás jó, de a látás homályos, tárgyaknak nekimegy s feltünő, hogy mindig jobbra tántorog.

Szemtükri lelet: negativ az első vizsgálatkor, de későbbi vizsgálatkor *jobboldali synonym hemianopsia* észleltetett. Jobboldali facialis paretikus, nyelv kiöltéskor jobbra deviál, foetor ex ore. Műtét után ezen tünetek teljesen visszafejlődtek.

2. **Boros József** dr. bemutat egy 29 éves nőt, a kinél volvulus tünetei miatt laparotomiát végzett s az álszálagok által több helyen megakadályozott bélcirculatiót sikeresen felszabadította.

3. **Hodoly Elek** dr. honvédfőtörzsorvos: *„katonai egészségügy az orosz-japán háborúban"* czímen tart előadást. Különösen kiemeli a japánok igen fejlett tábori sebészeti intézményeit, s az oly nagy szolgálatokat tett kórház-hajókat. Előadó a japánok győzelmének egyik fontos tényezőjét kiváló tábori egészségügyi intézményeikben látja, mig orosz részről e téren is igen sok mulasztás történt, s az orosz vöröskereszt egylet önfeláldozó működése csak kis részben reparálta ki azon hibát, a melyet a katonai kinestári mulasztások okoztak Előadó kiemeli azt is, hogy ezen háborúban aránylag a lövegek által okozott sérülések gyorsan gyógyultak s igy a sérültek harczképessége csakhamar helyreállott.

4. **Hollós József** dr. kórbonczlani készitményeket mutat be:

a) **Carbolmérgezés esete**. 38 éves szülésznő öngyilkossági szándékból tömény carbololdatot ivott. Pár óra mulva halál, mély comában. Bonczolásnál a tüdők jelentékenyen puffadtak, a vér sötét barnavörös, folyós. Nyelőcső nyálkahártyája szürkés-fehér, száraz, merev csővé alakult; a gyomor és duodenum nyálkahártyája vastag, fehéres-rózsaszinű, száraz, merev, asbestszerű. Parenchymás szervekben még semmi elváltozás; vizeletben carbol nem mutatható ki.

b) **Mycogen agyi aneurysma, apoplexia**. 18 éves cselédlány, előzetes gyengélkedés után munkaközben eszméletlenül összeesik s pár óra mulva meghal. Bonczoláskor a jobb agyfélteke fehér állományában gyermeköklönyi friss vérzéses terület volt található, az agygyrusok nagyfokú ellapulásával. A jobb arteria fossae Sylvii egyik elágazódásán a halántéklebenyben borsónyi, szürkés-vörös, zsákalakú aneurysma ül, melynek csúcsán vékony sondával átjárható nyilás látható. Vérerek mindenütt épek, syphilisnek semmi nyoma. Az aneurysma keletkezését a szivbonczolás magyarázta, a mennyiben az aorta billentyűin friss endocarditis, puha szemölcsös felrakódás alakjában, egyik billentyűn kezdődő kifekélyesedéssel volt található, mely körülmény az aneurysma emboliás (mycotikus) eredete mellett szól.

c) **Anaemia perniciosa esete**. A 15 éves leányt óriási anaemiával, nagy légszomj és szivgyengeség tüneteivel és orrvérzéssel szállitották a kórházba. A megejtett vérvizsgálat górcsövi lelete: poikilocytosis, a vörösversejtek óriási megfogyása, makrocyták, normoblastok, kevés megaloblast. Ez alapon a diagnosis anaemia perniciosára tétetett. A néhány nap mulva megejtett bonczoláskor a szív legnagyobb fokú zsíros elfajulását, általános haemochromatosist, mérsékelt gyomor- és bélhurutot, s a savós és nyálkahártyák kisebb-nagyobb vérzéseit lehetett találni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Sterilizált catgut. *Frank* a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien" január 26.-án tartott ülésén catgutot mutatott be, a mely következőképen készült: a catgutot 2 napig tömény formalin-oldatban tartotta és azután ½ óráig vizben főzte. A formalin-oldatban a catgut keménynyé és merevvé lesz, mig az utána következő főzés alatt puhává válik, erősségét azonban megtartja. Az eljárás mindenesetre nagyon

egyszerű, semmiféle készüléket nem igényel; nagy előnye, hogy a formalinban keményített catgut készletben tartható és használat előtt főzéssel sterilizálható. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 5. szám.)

Néhány physikális hatány befolyásáról a bakteriumokra tartott előadást *C. Wolf* a „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden" november 4.-i ülésén. Az előadás annyiban bir általánosabb érdekkel, mert néhány nagyon elterjedt nézetet dönt meg. Így például a villamosságra nézve határozottan kimutatja, hogy teljesen hatástalan a bakteriumokra; a legtöbb esetben mutatkozó bakteriumölő hatást nem a villamosság mint ilyen okozza, hanem az elektrolytikus anyagcseretermékektől van feltételezve. A fény bakteriumölő hatását előadó vizsgálata szerint nem a fény behatására fejlődő ozon és hydrogensuperoxyd okozza, hanem közvetlenül az ultraviolett sugarak létesitik.

Az előadással kapcsolatban *Seifert* felemlitette, hogy sikerült egy készüléket szerkesztenie, melyben ultraviolett sugarakkal óránként 200 liter tejet tud sterilizálni. Ugyanezen sugarakkal jó eredményeket ér el staphylococcusok okozta bőrbajokban és főleg csecsemőkori furunculosis eseteiben remél sokat ezen kezelésmódtól. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 5. szám.)

Calciumchlorid mint vérzéscsillapító. *Toubert* a párisi Société de Chirurgie január 17.-i ülésén előadást tartott e tárgyról, melyben közölte, hogy a calciumchloridot sebészi esetekben többször igen jó eredménynyel adta be az operatio előtt belsőleg, mint a vérzést csökkentő szert. Betegeivel 3 grammot itat meg, vizben oldva, 2—3 dosisban, az utolsót 1—2 órával a műtét előtt. Alkalmazta circumcisio, gyökeres sérvműtét, hydrocele- és varicocele-operatio, féregnyúlványnak à froid kivétele, csontvarratok, tenotomiák és más operatiók eseteiben. Valamennyi esetben igen csekély volt a vérzés. Tapasztalatai szerint a calciumchlorid a legjobb haemostaticum, melynek előnye, hogy gyorsan hat és nem mérgező hatású.

A gyomor mozgásainak tanulmányozására *Schwartz* dr. nemrég új módszert mutatott be a bécsi Röntgen-társaságban. A módszer abban áll, hogy a kisérleti egyénnel 15 grammos bismuthum subnitricumpilulát nyelet el, mely a juh féregnyúlványának külső rétegéből készült hártyába van csavarva, s azután Röntgen-fénynyel vizsgálja meg őt. A pilula sötét folt képében mutatkozik a gyomor legmélyebb pontján, mely lassanként szélesebb, diffus, végül az egész gyomorra kiterjedő sötét árnyékká alakul át, a mint a gyomor megemészti a burkoló hártyát s a bismuthum szétoszlik. Ehhez az ép gyomornak 7 órára van szüksége; a hyperacid gyomor a feloldást már 2 óra alatt elvégzi mig a gastroptosisos gyomor csak 20 óra alatt oldja fel a hártyát.

A nitroglycerin hatásáról a nagy- és a kis vérkör keringésére tartott előadást *Pic* és *Petitjean* a „Société de biologie" január 27.-i ülésén. Kisérletekkel kimutatták, hogy a mig a nitroglycerin a nagy vérkörben vérértágulást okoz, addig a kis vérkörben épen ellenkezőleg a vérerek összehúzódását létesiti, a mi a tüdőverőér nyomásának fokozódásában és a tüdő elhalványulásában nyilvánul. Ezek a kisérleti eredmények már most magyarázatát adják annak a klinikai tapasztalatnak, hogy amylnitrit belégzése után a vérköpés megszünik. (La semaine médicale, 1906. 5. szám.)

PÁLYÁZATOK.

562/1906. kig. szám.

Zala vármegye pacsai járásához tartozó pacsa-nagykapornaki ideiglenesen egyesitett közegészségügyi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felszólitom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésüket, eddigi működésüket s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. é. **márczius hó 15.-ig** bezárólag annyival is inkább beadják, mert a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztandó orvos fizetése 1184 korona 78 fillér, fuvarátalánya pedig 748 kor. 62 fillérben van megállapitva.

A látogatási díj, úgy a nappali mint az éjjeli, községenként külön-külön van megállapitva.

A körorvos székhelye: Pacsa, s a kör 29 községből áll.

A választás f. évi márczius hó 24.-én d. e. 10 órakor fog a pacsai jegyzői irodában megtartatni.

Pacsa, 1906. évi február hó 26.-án.

Pálffy, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 kor. készpénzfizetés, lakás, fűtés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főipánjához, méltóságos Kresmarik János dr. úrhoz czimezve, hozzám **folyó évi márczius hó 15.-ig** küldjék be.

A mennyiben képesitett orvosok nem folyamodnának, az állásra egy évi kórházi gyakorlatra utalt orvos vagy régi rendszerű szigorló is kineveztetik.

Gyula, 1906. évi február hó 28.-án.

2—1 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

56/1906. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál lemondás folytán egy **segédorvosi állás** megüresedett.

Ezen megürült s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 800 korona fizetéssel, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom pályázni óhajtó orvostudor, esetleg szigorló orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám **márczius hó 5.-ig napjáig** adják be.

Nagyvárad, 1906. évi február hó 23.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

Alulirott betegsegélyző pénztárak **Zernesten**, vasúti állomással, kb. 4000 lakossal, népes környékkel, oly **orvost** keresnek április eleji belépéssel, ki már orvosi gyakorlattal bir. A magyar és német nyelv tudása kivántatik. Fix fizetés 2800 korona, szabad lakás, fűtés és világitással. Mindkét gyár műszaki és kereskedelmi tisztviselői a betegsegélyző pénztárnak nem tagjai és az orvost külön tartoznak dijazni. Magángyakorlat meg van eng edve. Ajánlatok a két alulirott betegsegélyző pénztár egyikéhez Zernestre (Brassó mellett, Magyarország) intézendők.

3—1 *A Brassói cellulosegyár részvénytársaság betegsegélyző pénztára.*
Copony Márton papirgyára betegsegélyző pénztára.

2472/1906. sz.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetben egy **orvosgyakornok** felvétetik.

Javadalmazás: egy szobából álló lakás, fűtés, világitás, és első osztályú élelmezés.

Orvosdoktorok vagy szigorló orvosok, a kik ezen a réven elmeorvosi gyakorlatra óhajtanak szert tenni, jelentkezzenek az intézet igazgatójánál.

Budapest, 1906. február hó 27.-én.

Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

368/906. szám.

Aradvármegye pécskai járásához tartozó **Szemlak** községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi márczius hó 9. napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitűzöm.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, miszerint orvosi oklevéllel s az eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **a választást megelőző napig** nyujtsák be.

Pécska, 1906. évi február hó 15.-én.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

727/1906. sz.

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

Székhely: Harkács, gyógyszertár helyben. A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1600 korona.
2. Lakbér 200 korona.
3. Utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer a saját költségén meglátogatni.
4. Látogatási dijak: körorvos lakásán nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, a beteg lakásán bármely községben nappal 1 kor., éjjel 2 korona.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. é. **márczius hó 5.-én d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községházánál f. évi márczius hó 7. napján d. e. 10 órakor fog megejtetni.

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

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

Tornallya, 1906. évi február hó 10.-én.

3—3 *Szentmiklóssy* s. k., főszolgabiró.

129/1906. sz.

Békés vármegye szarvasi járásához tartozó **Öcsöd** nagyközségben lemondás folytán megüresedett **községi másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, s felhivom mindazon érdekelteket, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésüket, eddigi működésüket, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi márczius hó 12.-én délután 5 óráig** bezárólag annyival is inkább beadják, mert a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztandó orvos fizetését képezik a községi pénztárból havonta előre nyerendő évi 1200 korona készpénz, és 300 korona lakáspénz, továbbá a 110/1898. sz. községi szabályrendelet 2. §-ában megállapított látogatási dijak.

A községi orvos munkaköre a szervezési szabályrendelet 12. §-ában van felsorolva, ez azonban a képviselőtestület 5/1906. sz. határozatával módositva lett, melyhez jóváhagyás után a megválasztandó orvos alkalmazkodni tartozik.

A választás határnapja általam később fog kitüzetni.

Szarvas, 1906. évi február hó 10.-én.

3—3 *Wieland* dr., főszolgabiró.

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.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: **Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál** mint **tonicum** és fertőző betegségek után a **reconvalescentia** szakában **általános anaemiáknál** és **chlorosis** eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. K. Na. amon. brom. és 0·005 arsent), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz** „Fehérkereszt" gyógyszertára Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz., a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

Név védve. **Extractum** Név védve.

Chinae „Nanning"

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:
1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor

gyomor- és bélbajoknál.

Az emésztést elősegíti, a székletétet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2—1 kávéskanállal, mindenkor étkezés után.

Orvosi kitünőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy dobozuak 2 korona.

Készíti:

GLÜCK REZSŐ GYÓGYSZERÉSZ, GYÓGYSZERTÁR „A FEHÉR GALAMBHOZ"

Budapest, VI., Hungária-körút 93.

Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

Csak „SICULIA" névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási **„SICULIA"** forrásvíz

a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygerjesztő. Azonnal ható különlegesség a gége, tüdő, torok, gyomor, vese, hólyaghurutos bántalmai ellen. Korányi, Kétly, Tauszk, Riegler tanár urak szakvéleményei

a málnási „SICULIA"-forrást

a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.

Magyarországi főraktár:

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

Kapható minden gyógyszertárban, drogeria és füszerkereskedésben. TELEFON 59—46.

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és felszerel

Dr. Wágner 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.

HAZSLINSZKY - féle különlegességek!

Készítő: „Szt. László-gyógytár" (Hazslinszky utódai) **Budapest, Rökk-Szilárd-utcza 28. sz.**

Kapható mindenütt.

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky." Darabonként 1/2 milligramm Phosphor és 7 1/2 cgm. Ferr. lactic. tartalommmal. **Gyönge, angolkóros gyermekeknek, csont és fogzás erősítésére.** Tejben oldva gyermekek szeretik. Dobozonként 1.80 kor.

„Pastilli cocaini Hazslinszky." Szemenként 1/2 cgm. cocaintartalommal. **Görcsös köhögés, gégehurut csillapítására.** Egy doboz 1.50 kor.

„Syrup ferri alb. Hazslinszky." 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Syrup ferri alb. phosphor. Hazslinszky." 100 gm.-ban 1 cgm. phosphor és 3 gm. Ferr. albumin. van.

„Syrup ferri alb. arsen. mite Hazslinszky."
„Syrup ferri alb. arsen. forte Hazslinszky." } 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

Ezen syrupokkal mindazon betegségeknél, hol vas és fehérnye (phosphor vagy arsennel) adagolása javalva van mények érhetők el. Üvegenként ára 2 korona. **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.)** a legtökéletesebb és fényes eredmények érhetők el. Üvegenként ára 2 korona.

„Elixir ferri alb. c. china Hazslinszky." 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Elixir ferri alb. arsen. mite Hazslinszky."
„Elixir ferri alb. arsen. forte Hazslinszky." } 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

A fenti syrupokkal egyenlő hatásúak **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.)**, de cognac-tartalmuknál fogva inkább felnőtteknek valók, míg a fenti syrupokat gyermekek igen kedvelik. Üvegenként ára 2 kor.

„Jod-phosphoros csukamájolaj sec. Hazslinszky." 100 gm. 5 cgm. jodot és 1 cgm. phosphort tartalmaz. Szagtalan és ízetlen! Kitünő hatású: **rhachitikus, scrophulotikus és táplálkozásban visszamaradt gyermekeknek.** Üvegje 2 kor.

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

ALKOHOLMEGVONÓ KURA

Jobbmódú **alkoholbetegek gyógyíttatnak** családias ápolás által. Orvosi felügyelet. Prof. Dr. med. Kräpelin München és több más autoritás által ajánlva. Fényes sikerek. Évi értesítést küld a vezetőség

VILLA WILHELMINA
HEIDELBERG, Zähringerstrasse 35.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Telefon-szám 26—96. **VI., Andrássy-út 50.** (Oktogon-tér).
Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomorvedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**
Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

DISPNON theobromin-quebracho-tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen.
HAEMOSTAN méregmentes vérzéscsillapító méh-, tüdő-, bél-, vese- és másféle vérzésnél.
GELATIN-készítmények. Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdalae aurium.

Sok kiállításon kitüntetve és az összes bel- és külföldi klinikákon alkalmazva.

Készítés és főraktár:
Ausztria-gyógytár, Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Magyarországi főraktár:
RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár"
Budapest, IX., Üllői-út 105.

PASTILLAE PYRODUOTALINI
sec. Schubert.
A tuberculosis gyógyításában előkelő helyet foglal el.
Egy nagy adag 40 darab pastillát tartalmaz, ára 9.— korona.
Egy kis „ 20 „ „ „ „ 5.— „
Készíti:
Schubert Arnold „Fortuna" gyógyszertára
Budapest, Csengery- és Dob-utcza sarkán.
= Kapható minden gyógyszertárban csakis orvosi rendelvényre! =
Irodalommal szolgálunk.

Leukrol. Új, korszakalkotó, meglepő gyorsan és feltétlenül biztosan ható gyógyszer **vérszegénység, sápkór** és annak összes következményes, anaemiás állapotai ellen. Gyors és biztos hatásával az összes eddig ismert és alkalmazott szereket felülmúlja, bármily nevűek és összetételűek is azok. **Egyetlen belső specificum fluor albus non gonorrhoicus ellen, bámulatos és kétségtelen hatással.** Adagja: 5—6 db. tabletta pro die; 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Haemorrhoisid. Új, gyors és feltétlenül biztos hatású belső szer **aranyér-csomók** ellen, melyeknek terhes tüneteit 2—3 hét alatt teljesen megszünteti. Adagja: 3 db. tabletta pro die; 3-szor naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Thiovinal. Orvosilag ajánlva, a légzőszervek minden megbetegedéseinél, Bronchitis, Phthisis pulm. stb.

Extr. fluid. Orthos. Sok éven át kipróbált, kiváló szer **vesekövek, epekövek, hólyagkövek, hólyaghurut, vizeletretentio** stb. eseteiben, kitünő hatásával a legkedveltebb forrásvizeket messze felülmúlja. Adagja: 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi egy csésze felmelegített vízben.

Nirvenol. Feltünő gyors hatású **csúznál, köszvénynél,** valamint **zúzódások, distorsiók, izomrándulások** stb. után fellépő fájdalmak gyors elhárításában. Alkalmazása folyékony bedörzsölés alakjában történik.

Irodalom az orvos uraknak rendelkezésre áll.
— Eladás csak gyógytárak részére. —
Főraktár: G. & R. Fritz, Wien, I., Bräunerstrasse 5. Gyógyárúnagykereskedés.
CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál
a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető Guajacol-készítmény:
Syrupus Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy
Capsulae Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** capsulákban
legjobb sikerrel alkalmaztatik.
Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.
Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.
Irodalom: „A tüdötuberculosis kezeléséhez", Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez", Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése", Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdötuberculosis rationalis kezeléséhez", Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.
Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.
Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.
Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:
Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)
A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.
G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

Ötvenedik évfolyam. 10. szám. *Budapest, 1906. márczius 11*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Navratil Dezső: Közlemény az I. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.) A submucosus paraffininjectiók értékéről ozaenánál. 357. lap.

Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez. 359. lap.

Flesch Ármin: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. rk. tanár.) Észleletek Röntgen-fénynyel kezelt leukaemiáknál. 361. lap.

Jendrássik Ernő: A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről. 363. lap.

Tárcza. Grósz Emil: Az orvosok továbbképzésére szolgáló Frigyes császárné-ház felavatása Berlinben. 364. lap. — **Günther József:** Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 365. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. C. Günther:* Einführung in das Studium der Bakteriologie. — *H. Triepel:* Die anatomischen Namen, ihre Ableitung und Aussprache. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Lartigan:* Az epekövek aetiologiája. — *Deneke* és *Adam:* Izolált túlélő emberi szíven tett észlelések. — *Belorvostan. Bickel:* A kedélyállapot befolyása a gyomornedv elválasztására. — *Ehret:* A ductus choledochusban ülő epekövek kórismézése. — *Erlenmeyer:* A verőeres nyomás arteriosclerosisban. — *W. Ewart:* Gyógyítás a vérkeringés megszakításával. — *Sebészet: Wildbolz:* A vese kettészelése. — *Lennander:* Az acut peritonitis gyógykezelése. — *Bőrkórtan. Tomaszewski* és *Erdmann:* Ujabb hajfestő szerek. — *Joseph:* A pittylen mint új kátránykészítmény. — *Húgyszervi betegségek. Thomas Myles:* A hólyagbántalmaknál felmerülő diagnostikai nehézségek. — *H. Vieth* és *O. Ehrmann:* A húgycsőkankó belső kezelése. — *P. Fiori:* Ureterplastika. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Völcker* és *Lichtenberg:* Collargol idült cystitis ellen. — *Sehrwald:* Meningitis cerebrospinalis epidemica. 367—369. lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Választás. — Jubileum. — Lahmann-sanatorium. — Iskolaorvosok nagyobb állami iskolákban. — Trachoma-tanfolyamok. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — A lissaboni orvoscongressus. — Megjelent. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A budapesti egyetemi II. számú női klinika. — A budapesti poliklinika. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya. — A főváros egészsége 369—370. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. *Kollarits Jenő:* Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr., ny. r. tanár.) A galván izomgörbe egészséges és beteg emberen. — F. Hoffman-La Roche & Cie., Grenzach és Basel czég „Protylin„ czímű prospektusa. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Lactophenin“ czímű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.)

A submucosus paraffininjectiók értékéről ozaenánál.

Közli: *Navratil Dezső* dr. műtőorvos, a gégészeti rendelés vezetője.

Abel beható bakteriologiai vizsgálatai alapján tudjuk, hogy az ozaenának kórokozója egy tokos bacillus, a mely hasonló a Friedländer-féle bacillushoz és a rhinosclerma tokos bacillusához, és ezektől ma a technikai hiányok miatt még nem különböztethető meg biztosan. *Löwenberg* 1885-ben, tehát 8 évvel korábban talált ozaenás betegek orrváladékában tokos bacillust, de ő nem tartotta ezt az ozaena kórokának, mivel szerinte normális orrsecretumban is előfordul a fenti bacillus. *Abel* mutatta ki *Strübing* klinikussal együtt, hogy a jelzett tokos bacillus rendes körülmények között az orr váladékában nem található és csak ozaena eseteiben található. Ugyancsak *Abel* mutatta ki, hogy nem a szag és a nyálkahártyasorvadás charakteristicumai az ozoenának, mint azt eddig tartották, hanem a tokos bacillus, mely az orr nyálkahártyájának kis szigetenkénti megbetegedését idézi elő, a mely kis kóros szigetek sürű váladékot produkálnak. E sürű váladék nagyon hamar beszárad. A további sürű nyálkaproductio e beszáradt pörkhöz hozzátapad és így nagyobb és nagyobb beszáradt pörkök képződnek. E pörkök nyomása okozza az alatta levő nyálkahártya sorvadását; a beszáradt pörkökbe mikroorganismusok vándorolnak be, és ezeknek bomlasztó hatása a pörkre idézi elő az ozaena kellemetlen szagát.

Sauvage és *Tillot* a nagyon szűk orrban keresték az ozaena okát, *Hopmann* az abnormis rövidségben. *Berliner* abban látja az ozaenának okát, hogy a középső kagyló teljesen ráfekszik a septumra. *Grünwald* az empyemát okolja, *Störk* és *Gerber* azt tartják, hogy az orrban az ozaenát lues okozná. *Caufalt, Meissner* és *Siebenmann* a tág orrban keresik az ozaenának okát.

Ezeket az állításokat megdönti az a tény, hogy nemcsak az orrban fordulhat elő ozaena, hanem hogy a Störk-féle larynxblennorrhoea, a Türk-féle larynxtrachoma sem más, mint ozaena a gégében, előidézve tokos bacillusok által, továbbá lehet a középfülben, a garatban, sőt még a légcsőben is tokos bacillus okozta ozaena. Hogy valami összefüggés a tuberculosis, továbbá a veleszületett tág orr (chamaeprosopia) között lehet a dispositiót illetőleg, az valószinű, és erre az alábbiakban hivatkozni fogok. Hiszen *Abel* maga is bizonyos dispositiót tételez fel arra, hogy a tokos bacillus az ozaenát előidézhesse.

Nem akarok kitérni az ozaena nagy irodalmának további ismertetésére, mivel e közleményem tulajdonképeni czéljától eltérítene, s így ezt mellőzni vagyok kénytelen. Hasonlóképen nem óhajtok behatóbban foglalkozni azon gyógyitásmódokkal sem, a melyek hivatva voltak az ozaenát arra az időre gyógyítani, a míg a kezelés tartott: mivel, ha a kezelést abbahagytuk, rövid idővel rá a beteg bajával ott volt, a hol a kezelés előtt. Ilyenek a collargol, hydrogenhyperoxyd, az orrba helyezett kis gazecsík, melyet a beteg napjában többször változtatott stb.

Mindezek az eljárások tökéletlenek. A Volkmann-féle nyálkahártyakikaparás túlságos erős beavatkozás volt

Mindezeket az eljárásokat a paraffininjectiók technikája volt hivatva kiszorítani, melyek czélja a mindkétoldali orrüregnek eredeti térfogatát ismét helyreállítani s így meggátolni, hogy a képződő váladék beszáradva bomlásnak induló pörköt képezzen. A paraffininjectiók alkalmazása *Moure* és *Brindel* czikkében (Revue

hebd. de laryng. 1903. Nr. 41.) van bőven ismertetve. Ők 70-nél több esetben huzamosabb időre visszamenőleg referálnak az injectiók értékéről ozaenánál.

Hogy mi az oka annak, hogy a rhinologiában nagyon lassan honosodott meg a submucosus paraffininjectiók alkalmazása ozaenánál, annak oka egyrészt a hő által folyékonnyá tett paraffinnal való injectiók technikájának nehézségében keresendő, másrészt azon körülményben, hogy a folyékonnyá tett paraffinnal végzett injectióknál a beteget a thrombosis veszélye is fenyegeti.

Az ilyen híg paraffin submucosus injectiojával két esetben tettem kisérletet ozaenánál: egy 12 éves leánynál (márczius 28.-án) és egy 16 éves fiúnál (április 15.-én). Mindkét esetben eredményt értem el. Mindkét oldalt az alsó és középső kagylót rendes nagyságára iparkodtam felduzzasztani, a mi többé-kevésbé sikerült is, s a még kissé tág levegő-passaget mindkét oldalt a sövény nyálkahártyája alá vitt paraffin-befecskendezésekkel szüntettem meg. A betegek a műtétet jól türték, a műtét alatt ugyan, bár az orrüreg cocainozva volt 10%-os cocainnal, kisebb-nagyobb fokú trigeminus-fájdalmakról panaszkodtak, de ezek a műtét után egy órával elmultak. Az egyik beteg (16 éves fiú), mikor hét hónap után láttam, ugyanazon állapotban volt, mint mikor a műtétet kétoldalt befejeztem. Beteg reggel és este egy orrtölcsérnyi langyos konyhasós vízzel öblögette és öblögeti orrát. Orrának absolute semmi szaga sincs. A másik betegről (12 éves leány) ismételt tudakozódás ellenére sem kaptam értesítést.

Ez év nyarán Párisban egy igen alkalmas készüléket láttam, melyet *Broeckaert* szerkesztett és *Lermoyez* módosított. Az eszköz igen ügyes, a vele való bánás nagyon könnyű és mivel hideg állapotban sajtolja a paraffint, a thrombosis veszélye teljesen ki van zárva. Ezen eszköz *Simal* műszerésztől való Párisból. Ugyancsak ő nála üvegcsövekben kapható egy-egy töltés sterilizált paraffin az injectiora. Ezen új eszközzel végeztem 10%-os cocain, majd tonocain Richter, majd 10%-os alypin segélyével végzett érzéstelenítés mellett az injectiokat. Az alypin a legjobb, mivel a kagylót nem húzza össze s e mellett igen jól érzéstelenít.

Öt esetben végeztem ezen eszközzel a submucosus injectiokat. Eseteim a következők:

1. Augusztus 5.-én 24 éves nő keresett fel, kinek ozaenáját már mindenféle eljárással kezelték eredménytelenül. Mindkét alsó kagylója ad minimum volt sorvadva, a középső hasonlóképen. 10%-os alypinérzéstelenítésben hátulról kezdve négy helyen szúrtam be az alsó kagylóba, mindenütt iparkodva annyi paraffint besajtolni, hogy a kagyló elérje rendes nagyságát. A középső kagylón két helyen, az orrsövényen két helyen, az orrfenéken egy helyen szúrtam be és sajtoltam be annyi paraffint, a mennyi kellett, hogy a normális levegő-passaget helyreállítsam. A szúrási helyekből csekély vérzés támadt, de ez magától megszünt. A másik oldalon másnap hasonlóképen injiciáltam paraffinnal. Betegnél minimális trigeminus-fájdalmak voltak jelen a műtét alatt, melyek műtét után megszüntek. Beteg még másfél hétig járt hozzám controllképen, azután a műtét után három hónappal láttam ismét, ekkor az orrtükri lelet a távozásival teljesen megegyezett; a beteg orrából semmi szag nem volt érezhető.

2. Augusztus 15.-én egy 26 éves nőnél injiciáltam az előbb leirt módon mindkét orrfélben és az alsó, középső kagyló és az orrsövény nyálkahártyája alá hideg paraffint. A kagylók itt is nagyon sorvadtak voltak. Az injectiók jól sikerültek, mindkét orrüreg visszanyerte normális térfogatát. Beteget két hétig controllképen járattam magamhoz. Az eredmény teljesen kielégitő volt. A szag elmaradt. Betegnek ismételten irtam: állapotával teljesen meg van elégedve, orrának nincs szaga.

3. 11 éves leánynál szeptember 8.-án igen előrehaladott ozaena miatt egy ülésben jobboldalt hoztam rendbe az orrot, de mivel a beteg úgy a maga, mint szüleinek nemtörődömsége folytán az előirt orrmosást, söt még az orrfúvást sem végezte, a másik orrfélnek műtevésétől elállottam. Ez esettel kapcsolatban felemlítem, hogy a milyen szép eredményeket érünk el intelligens egyéneknél, ha a beteg a műtét után reggel és este orrát rendszeresen kimossa s az orrnak napjában többször való kifúvását ismét megszokja, olyan kétes a siker az alsóbb néposztályban, a hol a beteget sem maga, sem pedig környezete nem részesíti abban az utókezelésben, a melyet az ozaena megkövetel; ezért ily viszonyok közt a legjobb, ha eme fáradságos és körülményes műtéttől elállunk, mivel ezzel a betegen alig segítünk valamit és jó eredményeink számát csak rontjuk.

4. 18 éves nőnél szeptember 28.-án két ülésben injiciáltam hideg paraffinnal mindkét orrfelet. Az injectiókat a középső és alsó kagylóba, a sövény mindkét oldalába és az orrfenékbe is mindkét oldalt eszközöltem. Betegnek csekély trigeminus-fájdalmai voltak. Az injectiók jól sikerültek. Ezen esetben a bal oldalon complicatio jött közbe; hogy ezt mi okozta, nem tudom: az-e, hogy a paraffin nem volt egészen tiszta — a mit nem hiszek —, vagy inkább az, hogy a beteg az illető orrfél injectioja után legszigorubb tilalmam ellenére is orrlukaiból a por ellen védő vattát eltávolította és egy éjjelen át tánczolt. Bár ugyanazzal a paraffinnal injiciáltam az alsó és középső kagylót s orrfenéket, baloldalt a sövény nyálkahártyája alatt genyedés keletkezett. Betegnél pár nappal a műtét után beletekintve mindkét orrfélbe, azt a képet láttam, melyet orrsövény-traumáknál szoktunk látni, mikor a nyálkahártya lemezei közé bevérzett haematoma elgenyed. Baloldalt a sövény nyálkahártyáján körülbelül 2 cm. hosszúságban vízszintesen haladó metszést ejtettem s a genyet kiereszettem; az orrot bórvízzel fél óránként kiirrigáltattam, mire a folyamat simán folyt le, eltekintve attól, hogy a porczos orrsövényből az injectio magasságának megfelelőleg körülbelül babnyi rész ellöködött. A gyógyulási eredményt ezen incidens nem gátolta, a mely utóbbinak talán az volt az oka, hogy a paraffin erősen comprimálta a porczos sövényt s a comprimált rész elhalt, vagy hogy a szúrcsatorna helyéről befelé vérzés történt a porcz és nyálkahártya közé; de mivel eddigelé egy esetemben sem történt hasonló, nem hinném, hogy ez okozta volna a közbejött incidenst. Megjegyzem, hogy mindig a legszigorubban ellenőriztem az injectiók helyén felemelkedő nyálkahártyát, úgy a sövényen, mint az orrfenéken, hogy nem-e halvány, mert ilyenkor kis vatta-tamponnal a paraffint elmassirozom. A beteg orra teljesen megszabadult az ozaenás szagtól, s a levegő-passage-on sem változtatott sokat a közbejött körülmény; a ki betekint az orrba, ha nem tudja az előzményeket, azt gondolja, hogy talán cristát véstek le a sövényről, hacsak sondával nem tapint, mert ekkor érzi a babnyi porczhiányt. Mindenesetre nagy óvatosságra int ez bennünket olyan irányban, hogy ha nem okvetlenül szükséges, ne adjunk a sövénybe injectiót, de az orrfeneket is respektáljuk, mivel betegnél a baloldali II. metszőfog minimális elszinesedést mutat. Betegnek műtét után hosszabb ideig gyenge sajgó fogfájdalma volt, a mely ma már teljesen megszünt. A beteget ismételten látom, orrából semmi szag sem jön.

5. Október 5.-én műtettem egy 22 éves nőt, kinél 12 éve állott fenn az ozaena. Sokan kezelték, de eredmény nélkül. Betegnek veleszületett tágorrúsága és kisfokú nyeregorra volt. A nyereg a porczos részre szorítkozott. Mindkét orrüreg oly tág volt, hogy az alsó kagyló és sövény között akár mutatóujjunkat is bedughattuk volna. Az alsó kagylóknak alig volt nyoma. Itt négy ülésben végeztem az injectiokat. Mindegyik orrfelet két ülésben injiciáltam és sok paraffint sajtoltam bele, különösen a sövény kétoldali nyálkahártyalemezei közé, mivel ezen esetben arra a kellemes tapasztalatra jutottam, hogy a porczos sövény alsó két harmadában a porcz teljesen hiányzik. És így mivel a kagylót csak kevéssé sikerült kiemelnem (hiszen új kagylót kellett csinálnom), a sövény két lemeze közti részt körülbelül $^1/_2$ cm. vastagságban töltöttem ki paraffinnal minden legkisebb káros utókövetkezmény nélkül.

Ezen esettel kapcsolatosan megemlítem, hogy az alsó kagylóba való többszöri beszúrástól elállottam és e helyett csak elül a kagylóba szúrok be, a tüt a kagyló csontos váza mentén előre tolom a kagyló végéig, majd állandó sajtolás között húzom lassacskán kifelé a tüt. Ennek az a jó eredménye van, hogy a kagylót egy szúrással fel tudom fujni akkorára, a milyenre akarom, mig ha többször szúrok be, ki vagyok téve annak, hogy a paraffin az előbbi szúrcsatornán kifolyik, s így a felfúvás nem sikerül olyan könnyen és olyan szépen. Betegnél így az orrüreg mindkét felét, a mennyire lehetett, szükitettem. Beteg a műtétek után erős trigeminus-fájdalmakról panaszkodott, mely állapot egy-egy napig állott fenn. Semmi complicatio nem jött közbe. A szag

elmult, a száraz garat-hurut szintén. Megjegyzem még, hogy igen könnyen sikerült a nyeregorr kiegyenlítése is paraffininjectiókkal. A beteg a műtétek után körülbelül 5 hétig járt hozzám időről időre controllképen. Állapotával igen meg volt elégedve, orrának semmi szaga sem volt.

Betegeimet mindig alaposan átvizsgáltam melléküreg-genyedésre, de ez egy esetben sem volt jelen. Mindegyiknél typikus orr-ozaenával volt dolgom.

Betegeimnél műtét előtt egy pár napig az orrba helyezett bórvizes tamponokkal iparkodom a beszáradt nyálkahártyát kissé felpuhítani. Műtét után, ha erősebb vérzés követeli, az orrba kevés vaselinolajba mártott tampont helyezek. A beteg a műtét után két hétig orrlyukaiban az utczán és nappal otthon is vattát hord, éjjelre azonban a vattát kiveszi. Eleinte napjában ötször mossa az orrát, a végleges elbocsátása után csak reggel és este. Beteget mindig hozzá kell szoktatni a zsebkendő használatához s figyelmeztetni, hogy napjában többször fujja ki az orrát.

Betegeim távozásukkor állapotukkal teljesen meg voltak elégedve. A fentemlített kis leánynál, mivel nem volt meg a kellő intelligentiája, a további műtevéstől elállottam. Nem győzöm eléggé hangoztatni, hogy ezen eljáráshoz is nagy tisztaság kell, az eszközt ki kell főzni s a kezek gondos toiletteje kivánatos, nehogy a besajtolandó paraffint beszennyezzük. Az olyan betegeknél, kik az orrmosától idegenkednek, a Cousteou-féle vaselinolaj-porlasztót ajánlom s ők ezzel igen meg voltak elégedve.

Röviden megjegyzem még, hogy a mi az Abel által felvett dispositiót illeti: ozaenás betegeimnél, ha nem is magánál a betegnél, de a családban minden egyes esetben előfordult tuberculosis, s hogy nagyobb volt a dispositio ozaenára, ha a tuberculosus terheltség mellett még veleszületett tágorrúság is volt jelen.

A paraffininjectiók az ozaenát magát nem szüntetik meg, hanem csak annyiban gyógyítják, hogy az Abel által említett sürü váladék higabb lesz; s mivel az orrüreg mindkét oldalt rendes configuratioját ismét felveszi, a váladék könnyen válik kifujhatóvá, nem szárad be s nem képez pörköt, a mely bomlásnak indulva szagot árasztana.

Ezen pár eset kapcsán óhajtottam röviden ismertetni az ozaena kezelésének mai állását. Ha a bajt magát megszüntetni nem is tudjuk, sokat használunk már csak azzal is, ha megszabadítjuk a kellemetlen szagtól a többnyire fiatal nőbeteg orrát.

Mielőtt közleményemet befejezném, legyen szabad Dollinger tanár úrnak köszönetet mondanom azon szívességéért, hogy alkalmat és helyet adott arra, hogy vizsgálataimat az ő vezetése alatt álló klinikán végezhessem.

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.)

Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Az alábbiakban a klinikánkon észlelt pityriasis rubra-esetnek rövid ismertetését adom. Az eset maga nem képezte közvetlen észlelésem tárgyát, és ha igen t. főnökömnek, *Marschalkó* tanár úrnak felszólítására a rendelkezésemre álló adatok (kórtörténet, kórbonczolási jegyzőkönyv, szövettani anyag) alapján vállalkoztam feldolgozására, úgy tettem ezt azon meggyőződésben, hogy minden oly eset, mely a szóban forgó bántalom tisztázásához hozzájárul, számíthat az illetékes körök érdeklődésére és így még késői közlésre is érdemes. Nagyobb értéket és érdekességet kölcsönöz esetünknek azon körülmény, hogy újabb adatot szolgáltat a pityriasis rubra és a tuberculosis közti összefüggés kérdéséhez.

Az eset a következő:

K. L., 65 éves, nős, timármester. Felvétetett 1897. szeptember 24.-én. *Anamnesis:* Atyja öngyilkos lett, anyja előtte ismeretlen betegségben halt el. 11 testvére közül 3 él, 14 gyermeke közül 7 halva született, 4 még zsenge gyermekkorában halt el, 3 él és egészséges. Bőrbetegség családjában nem fordult elő. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. 5 éves korában jobb lábában állítólag köszvénye (?) volt, azóta jobb lába rövidebb. 40 éves korában icterusban szenvedett, 50. évében herelobbal szövődött kankója volt. Luest tagad. Bőrbaja 1889 őszén kezdődött. Először viszketés támadt az alkarok hajlító oldalának bőrén, mely lassanként az egész testre elterjedt, a nélkül, hogy a köztakarón kóros elváltozások jelentkeztek volna. Ez évben felkereste kórodánkat, hol fürdőket és hintőport rendeltek a viszketés megszüntetésére. A viszketés erre csakugyan megszünt, azonban 5 évvel később, 1894-ben újra jelentkezett és vele egyidejüleg az alkarok bőre pirosodni kezdett. A pir és az annak helyén nemsokára mindenütt mutatkozó hámlás lassanként — hónapok alatt — elterjedt az egész testfelületre, legkésőbb a hajzatos fejbőrre és az arczra. Később a tenyerek és talpak bőre megvastagodott és rajta fájdalmas berepedések támadtak. A bőr pirossága és hámlása azóta állandóan fennáll, a nélkül, hogy a kórkép az évek folyamán lényegesen megváltozott volna. 1894—1897-ig négyszer feküdt kórodánkon mindig pityriasis rubra kórjelzéssel. 1897 őszén egyre hevesebbé váló viszketése és fokozódó gyengesége miatt újból, immár hatodszor vétette fel magát klinikánkra.

Jelenállapot: Magasabb termetű, erősen lesoványodott férfi, vékony, petyhüdt izomzattal, csak nyomokban kifejezett zsírpárnával. Csontrendszer külsőleg látható alaki eltérést nem mutat. A tüdők felett kisfokú hurutos tünetek, egyébként a belső szervek részéről kóros elváltozás nincs jelen Nyelv kissé bevont, étvágy kielégítő, bélműködés kissé renyhe. Idegrendszer sem a mozgási, sem az érzési körben eltérést nem mutat.

A bőr az egész testfelületen nagyfokban megváltozott: általában véve mindenütt élénkvörös színü, a rendesnél valamivel merevebb, rugalmatlan, feltünően száraz és melegebb tapintatú. A felhám majdnem mindenütt erősen korpázó, úgy hogy az egész, majdnem egyöntetüen vörös bőrfelület apró, mákszemnyi egész kölesnyi, finom, piszkos-szürke pikkelyekkel fedett, melyek igen könnyen eltávolíthatók és önként is folytonosan leválnak. Sehol az egész köztakarón másnemü bőrelváltozás nem látható, papulák, vesiculák, pustulák nincsenek, mindenütt a pir és hámlás dominál. Csupán a nagyobb hajlatokban áll fenn igen mérsékelt fokú nedvezés. E helyeken ugyanis a hám macerált, fellazult, itt-ott teljesen hiányzik, miáltal apró nedvező területek keletkeznek.

A köztakaró különböző helyei kinézésükben lényegileg nem térnek el a fenti képtől, a látszólagos különbségek csak az elváltozás egyes elemeinek a folyamatban való nagyobb- vagy kisebbfokú részvétele által keletkeznek. A pir többé-kevésbé egyöntetü; a köztakaró többi részénél kissé halványabb az arcz és a mellkas felső részének bőre, míg az alszárak bőrének színe kissé kékesbe játszó, gyengén livid-vörös. A hámlás legkisebbfokú a mellkas bőrén, igen erős az arczon, nyakon, fejbőrön és a végtagok feszítő oldalán. A hámlás legnagyobbrészt korpaszerü és apró, mákszemnyi egész kölesnyi, finom hámpikkelyecskék folytonos leválásában jelentkezik. Csak elszórtan látni valamivel nagyobb, lencsényi egész körömnyi, alapjukkal csak középen összefüggő pikkelyeket. A pikkelyek könnyen eltávolíthatók, ilyenkor a bőr fénylő vörössége még jobban szembeötlik és nyomásra sárgás színárnyalat visszahagyásával eltünik. A hámlás igen bőséges, úgy hogy már rövid idő alatt nagy mennyiségü korpaszerü pikkelytömeggel van tele a beteg ágya. Legkifejezettebb a pikkelyképződés a tenyereken és talpakon. Az előbbieken a hám erősen megvastagodott, nagy fokban elszarúsodott, repedezett, érdes, reszelőtapintatú. A talpakon, továbbá a lábháton és a bokák körül a felszaporodott, elszarúsodott hám vastag réteget alkot, igen tömött tapintatú és egészben véve a tenyér bőréhez hasonló. A jobb kéz I—III. ujjának és a balkéz III. ujjának körme erősen megvastagodott, igen egyenetlen, alaktalan, csupán a körömágy táján sima, egyebütt göröngyös, átlátszatlan, zöldessárga. A többi körmön erős hosszcsíkoltság, megvastagodás, zöldes-sárga foltok láthatók. Nagyobbfokú beszürődés a bőrben sehol sem tapintható, csak a felső végtagok feszítő oldalának és az alszáraknak bőre valamivel tömöttebb, vastagabb. E helyeken a bőrbarázdáltság igen erősen kifejezett, sőt a kézhát bőre egyes durva bemélyedések által apró szigetekre osztott. A testfelület többi részén a bőrben beszürődésnek nyoma sincs, hanem a bőr feszes, fénylő, inkább megvékonyodott, a mi különösen az izületek felett jut kifejezésre. A törzsön csak kisfokú a bőr feszessége, az arczon erősebb, az utóbbi a bőr retractioja folytán kissé merev

kifejezést nyert, rajta a normális bőrredők elsimultak, azonkivül az alsó szemhéjak mérsékelt fokú ectropiuma van jelen, a kötőhártya igen élénk belövetségével.

A hajzat ősz, igen gyér, az egyes szálak feltünően vékonyak, sorvadtak. A szemöldök és pillaszőrök ritkák, csenevészek, egyebütt is gyér a szőrzet. Az arcz, törzs és scrotum bőrében feltünően sok faggyútömlő látható, melyek kölesnyi egész borsónyi sárgás göbcséket képeznek. A lágyékhajlatokban nagy diónyi, tömött mirigyek tapinthatók, az állalatti, nyaki és tarkómirigyek mogyorónyiak, a cubitalis mirigyek is elég jól kiérezhetők, galambtojásnyiak. A mirigyek mind fájdalmatlanok, környezetükkel sehol összenöve nincsenek. Beteg mérsékeltfokú viszketésről és erős, különösen mozgáskor jelentkező feszülési érzésről, azonkivül időnként heves borzongásról panaszkodik.

A betegség lefolyásából a következőket emelem ki:

Szeptember 26. Beteg arsenkúrát kezd ázsiai pilulák alakjában. 0·005 gm.-os pilulákból eleinte egyet kap naponta, később harmadnaponként egygyel többet. Külsőleg 10% bórvaselines kötés és protrahált meleg fürdők. Vizelet sem quantitativ, sem qualitativ eltérést nem mutat.

Október 7. A köztakaró korpaszerü hámlása csökkent, pir kissé halványodott.

Október 8. Beteg nehézlégzésről panaszkodik, keveset köhög és a léptájon fájdalmat érez. A tüdők felett diffus bronchitis jelei. Therapia: Inf. rad. ipecac.

Október 16. Köhögés megszünt, beteg jobban érzi magát. A kezek háti felületéről a felszaporodott szarútömegek nagy pikkelyekben válnak le. Alattuk a bőr élénkvörös szinü, sima. Viszketés fokozódott. Vizelet napi mennyisége 1400 cm³, 2‰ fehérjét tartalmaz.

Október 19. Viszketés oly nagyfokú, hogy beteg aludni képtelen. Nyugtalanul hánykolódik ágyában, letépi a kötést és durva, kétségbeesett vakarással iparkodik a kínzó viszketést enyhíteni. Therapia: protrahált 28° R os fürdők és az egész test bekötése 1/5%-os menthol-lanolin-kenőcscsel.

Október 23. Viszketés csökkent, naponként többször 1/2%-os thymol-alkoholos ledörzsölések és utána amylum-hintőpor alkalmaztatnak. A has bőrén a pir halványodott és a diffus vörösségen belül apró fehér szigetek mutatkoznak.

Október 29. A bőrelváltozások határozott javulást mutatnak, a mennyiben a pir csökkent, a hámlás kisebbfokú, csak az alsó végtagokról válik le az epidermis nagyobb lemezekben. Beteg erőbeli állapota javult, testileg-szellemileg frisebb, étvágya kielégítő. Külsőleg ismét bekenés 10% bórvaselin-kenőccsel.

November 2. A jobboldali lágyékmirigyek úgy önként, mint nyomásra fájdalmasak, felettük a bőr érzékeny, melegebb tapintatú, kissé megvékonyodott.

November 7. A bőr részéről fennálló tünetek fokozatos javulása és kielégítő közérzet mellett a jobboldali lágyékmirigyek egyike majdnem tyúktojásnyira duzzadt, közepén fluctuatio érezhető.

November 9. Incisio az elgenyedt mirigybe, melyből körülbelül 20 gm. sürü zöldes-sárga geny ürül. Sebészi kötés. Viszketés már alig van. A bal váli, czomb és has bőrén nagyobb halvány szigetek láthatók.

November 11. A halvány szigetek a köztakarón folyton nagyobbodnak. Alsó végtagok térfogata csökkent, feszülési érzés a testfelületen megszünt, a bőr mindenütt sokat halványodott, epidermis gyérszámú, kisebb pikkelyekben válik le. Therapia: naponta kétszer 1:1000 kalium hypermanganos lemosások.

November 17. A beteg állapota hirtelen súlyosbodik. Igen heves, kínzó viszketés kiséretében az egész köztakaró újból élénk piros színüvé válik, kissé duzzadt, a hámlás újra elég bőségesen megindul, a mellett a beteg erőbeli állapota feltünően hanyatlik, fájdalmas tenesmussal járó hasmenés támad. Arsenkúra elmarad. Hashajtók, majd bismuth-opium-porok adagoltatnak. Külsőleg csak bórvaselin.

November 18—22-ig állandó hasmenés, híg, véres-nyákos székletétek ürítésével, erős tenesmussal. Therapia: naponta négyszer 1 gm. bismuthpor.

November 23. Hasmenés, tenesmus megszünt, de beteg igen gyenge, még jobban lesoványodott. Viszketés mérsékelt, a bőr pirja csökkent.

November 28. A bőr hyperaemiája sokat halványodott, a hámlás kisebbfokú, a viszketés csak éjjel jelentkezik, akkor is enyhén.

Deczember 6. Erőbeli állapot rohamosan rosszabbodik, beteg köhög, teljesen étvágytalan. A jobb tüdő alsó lebenye felett kifejezett tompulat, hörgi légzéssel. Egyébként a tüdők felett diffus vegyes hólyagú szörtyzörejek.

Deczember 10. Újra erős tenesmussal járó hasmenés támad, beteg többször nyálkás tömegeket hány. A bőr halvány, hámlás majdnem teljesen megszünt.

Deczember 12. Beteg collabál, pulsusa szapora, kis hullámú, könnyen elnyomható.

Deczember 14. A gyengeség folyton fokozódik, beteg felülni sem tud, székét maga alá bocsátja, pulsus puha, dikrot, száma perczenkénti 82, beszéd érthetetlen, sensorium zavart. Camphor-injectiók.

Deczember 16. Egyre fokozódó gyengeség tünetei között beáll a halál.

A deczember 17.-én *Buday* tanár által végzett bonczolás a következő elváltozásokat állapította meg: „Pityriasis rubra Hebra. Endarteritis chronica aortae, arteriar. cerebr. et cordis. Cystae ex emollitione nuclei lenticul. dextri. Myocarditis fibrosa chronica. Emphysema senile, hyperaemia hypostatica et haemorrhagica pulmonum. Tubercula nonnulla eorundem. Cicatrices renum cum petrificatione glomerulorum. Hyperplasia prostatae. Dysenteria. Arthritis deformans coxae. Osteomalacia senilis. Pigmentatio glandularum inguinalium."

A vázolt kórkép, továbbá a kórelőzményi adatok és a betegség lefolyása alapján esetünkben a Hebra-féle pityriasis rubrát kórismézték. Hogy valamely jól körülirható bőrbetegség (psoriasis, lichen ruber, pityriasis rubra pilaris stb.) keretében accidentálisan fellépő ú. n. másodlagos exfoliativ erythrodermiával volt volna dolgunk, azt a betegség lefolyása teljesen kizárta. 4 év alatt hatszor fordult meg a beteg klinikánkon és ezen idő alatt sohasem jelentkeztek más betegségre jellemző bőrelváltozások, hanem a diffus pir és hámlás alkották az állandó és egyedüli tüneteket. Szóba jöhettek volna a chronikus exfoliativ erythrodermiáknak egyéb alakjai, nevezetesen a dermatitis exfoliativa chronica és a pityriasis rubra chronica benigna. Az utóbbit azonban a bántalomnak kedvezőtlen kimenetele, az előbbit a bőr izgalmi tüneteinek kis foka, a beszürődés hiánya, a korpaszerü hámlás és a bőrnek később kifejlődött atrophiája kizárta, úgy hogy a kór isme per exclusionem is pityriasis rubra Hebra-ra volt tehető.

Esetünkben észlelt két tünetre óhajtanék még röviden külön is kitérni, főleg azért, mert mindkettő hiányzik a Hebra által pityriasis rubrára jellemzőnek mondott tünetcsoportból. Az egyik a nagyobb hajlatokban jelen volt nedvezés, melyet Hebra egyenesen kizárt a pityriasis rubra kórképéből, a másik a felületes nyirokmirigyek duzzanata, melyről az eredeti leirásban szintén nem történik említés. A nedvezés hiányát nemcsak a pityriasis rubrára, hanem az összes exfoliativ erythrodermiákra jellemzőnek tartják és mint az esetek leirásából kitünik, a nedvezés legtöbbször csakugyan nem jelentkezik. A nedvezés tehát semmi esetre sem tartozik a pityriasis rubra jellemző, elengedhetlen tünetei közé, és ha a betegség folyamán jeletkezik is, nem lehet a bőrben lejátszódó kóros folyamat egyenes következménye, illetőleg a kórokozó behatásával oki ös-zefüggésben álló tünet gyanánt felfogni, hanem — mint azt saját esetünkben is teszszük — secundaer befolyásokra kell visszavezetnünk. Külsőleg alkalmazott gyógyszerek, a hajlatok bőrének surlódása, a mit különösen az fokoz, hogy a betegek nagy része a feszülési érzés és borzongás csökkentésére behajlított végtagokkal, mintegy összezsugorodva fekszik, a viszketés okozta vakarás szolgálhatnak magyarázatul keletkezésére. A nedvezés tehát, különösen ha oly kisfokú, mint a mi esetünkben, nem befolyásolhatja a kórkép felfogását.

A nyirokmirigyek megnagyobbodását illetőleg eltérők a leletek. A Hebra féle kórképből hiányzik ez a tünet; Petrini de Galatz, Doutrelepont és Sellei szintén nem találták megnagyobbodva a mirigyeket, míg Cahn-Rienecker, Leviseur, Elsenberg, Peter, Jadassohn, Kopytowszki és Wielowieyski kisebb-nagyobb fokban megnagyobbodott mirigyekről tesznek említést. Úgy látszik tehát, hogy a mirigyduzzanatok, ha nem is obligat törvényszerü-

séggel, de mindenesetre elég gyakran fordulnak elő pityriasis rubránál. A mirigyduzzanatok jelentősége a szerint itélendő meg, hogy a megnagyobbodás valamely specifikus folyamat által okoztatik-e vagy sem. *Jadassohn* 2 esetben a mirigyek gümős megbetegedését állapította meg és más adatok mellett épen ebben a körülményben látta egyik bizonyitékát a pityriasis rubra és tuberculosis közti szorosabb összefüggésnek. *Brunsgaard* esetében már makroskopice is meg lehetett állapitani a mirigyek gümőkóros elváltozását. Szövettani adatokat Jadassohnon kivül még csak *Elsenberg*-nél, *Peter*-nél és *Nicolau*-nál találunk. Az ő eseteikben a mirigyek egészen olyan elváltozásokat mutattak, mint a milyenek leukaemiánál és pseudoleukaemiánál fordulnak elő és különben a többi tünet is leukaemia illetőleg pseudoleukaemia fennállása mellett szólt. Mindezen esetekben a mirigyek duzzanata szorosan a kórképhez tartozik és a kórfolyamatnak épen olyan lényeges és jellemző tünetét képezi, mint magának a köztakarónak megbetegedése. Valószinü azonban, hogy pityriasis rubránál ezen specifikus mirigyduzzanatokon kivül egyszerü lymphadenitisek is előfordulnak, melyek pathogenetice a bőrnek idült, lobos, különösen nagy viszketéssel járó kórfolyamatainál elég gyakran keletkező indolens búbok mellé helyezendők. Igaz ugyan, hogy pityriasis rubránál a folytonosságában meg nem szakitott hámréteg ha nem is normális, de azért elég biztos védelmet nyujt külső fertőzésekkel szemben, de ennek ellenére létrejöhet a felületes nyirokmirigyek idült hyperplastikus lobja, egészen analogiájára azon táji mirigyduzzanatoknak, melyeket a bőr idült lobos megbetegedéseinél minden kimutatható fertőzés nélkül látunk keletkezni. A mi esetünkben a mirigyduzzanatok természetéről csak a most végzett szövettani vizsgálatok nyujtottak felvilágositást, melyekről alább fogunk beszámolni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. rk. tanár.)

Észleletek Röntgen-fénynyel kezelt leukaemiáknál.[1]

Irta: *Flesch Ármin* dr., kórházi segédorvos.

(Vége.)

2. eset. *H. Béla*, 4 éves. 1905. szeptember 11.-én anyja azon panaszszal hozta a *Stefánia-gyermekkórház* járóbeteg-rendelésére, hogy egy hét óta veszi észre, hogy gyermeke bágyadt, időnként forrósága van, s nyakán, lágyékában daganatok nőnek.

Elég jól fejlett. Halványsárga bőrszin és nyálkahártyák. Nyakon, áll alatt, a m. sternocleidomast. előtt és mögött nagy mogyorónyi, diónyi, ép bőrrel fedett, tömött, nem fájdalmas, mirigyekből álló paquettek, melyek a nyak körül vaskos gallért képeznek. Ugyancsak nagy, tömött mirigyduzzanatok mindkét hónaljban, valamint a lágyékhajlatokban. Kissé nyögő légvét, negativ mellkasi lelet. Máj két ujjnyi, lép négy ujjnyi, tömött, síma felszinü, éles szélü, mellső szélén bevágás érezhető. Láztalan. A szeptember 13.-án eszközölt vérvizsgálatnál a következőket találtuk:

Vörösvérsejtek száma	3.000,000
Fehérvérsejtek „	380,000
Haemoglobintartalom	50%
Lymphoid sejt (nagy lymphocyta) .	81%
Kis lymphocyta	16·5%
Neutrophil polynuclearis	1·5%
Neutrophil myelocyta	0·3%
Eosinophil polynuclearis	0·6%
Basophilsejt	—

Néhány poikilocyta, elvétve 1—1 normoblast.

Röntgen-kezelést kezdettünk meg nála (*Péteri Ignácz* dr.), besugároztattuk összesen öt izben 61 perczig (9—10 Ampère és 120 Volt mellett) felváltva a lépet és a mirigyeket. E kezelést ambulanter folytattuk, minthogy anyja nem akarta rábeszélésünk ellenére sem gyermekét a kórházban hagyni.

Szeptember 18.-án a gyermeket anyja rendkivül bágyadtan hozza be, mig azelőtt saját lábán járt s víg kedélyü volt. Kiterjedt lencsényi, fillérnyi, tallérnyi, kékesen elszinesedett területek mindkét alkaron, czombok hajlító oldalán, arczon. Orrvérzés nyomai. Kis foghúsvérzés. Mirigyek inkább nagyobbak. Lép határozottan kisebb, három ujjnyi, máj alig tapintható. Pulsus könnyen elnyomható, perczenként 146. Öntudatlan, apathiás, környezettel nem törődik. Láztalan. Hasztalan alkalmazzuk a különböző excitans eljárásokat, szeptember 19.-én exitus.

A szeptember 18.-án megejtett vérvizsgálat eredménye következő:

Vörösvérsejtek száma . . .	2.520,000
Fehérvérsejtek „ . . .	780,000
Haemoglobintartalom . . .	45%
Lymphoid sejt	92%
Kis lymphocyta	6%
Neutrophil polyn.	1%
Neutrophil myelocyta . . .	0·4%
Eosinophil polyn.	0·3%
Basophil-sejt	0·3%

Vörösvérsejtek képe mint az előző vizsgálatnál.

Bonczjegyzőkönyv: Leukaemia ac. lymph. A fejen, végtagokon, hason és mellkason elszórtan borsónyi-tallérnyi kék aláfutásos területek, egy ilyen a bal spina ant. sup. ilei felett féldiónyi terjedelemben emelkedik ki, a bemetszés a böralatti kötőszövetnek lazán alvadt vérrel való beivódását mutatja. Nyak mindkét oldalán az áll alatt egyenetlen dudorok, melyeket megnagyobbodott, szürkés-rózsaszinü metszlappal biró velős mirigyek okoznak. Ilyen állományú kisebb mirigyek a mediastinumban, a bifurcatio szögletében; utóbbi mirigyekben kis gombostűfejnyi, sárgás-szürke, a metszlapról kiemelkedő, tömött, meszesnek tünő gócz (tuberculum); mesenteriális nyirkmirigyek szürkésfehérek, lencsényi-mogyorónyiak, velősek. Garat, gége- és bélnyálkahártya tüszői kis gombostűfejnyi-kölesnyiek. Pericardiumon számos petecs. Hasürben a máj kapujában körülbelül 50 cm³ laza, halvány, barna-veres véralvadék. Omentumban számos kölesnyi, néha borsónyi, sötét-vörös vérzéses terület. Kis medenczében körülbelül 200 cm³ hig, málnalészerü vér. Máj sárgás-barnás-szürke, metszlapja homályos, állománya petyhüdt. Lép a rendesnél körülbelül háromszor nagyobb, burka kissé ránczos, halvány barna-vörös, metszlapja számos gombostűfenyi, szürke, lágy góczot tüntet fel, állománya könnyen kikaparható.

Csontvelő málnagelée-szerü, a belőle felkent készitményen majdnem kizárólag középnagy és kevés nagy lymphoid sejtet találunk, úgy hogy granulált sejt alig akad; gyéren egy-egy neutrophil myelocyta és kevés neutrophil polyn., nagyon elvétve egy egy eosinophil myelocyta. Vörösvérsejt igen kevés, nagyrészt magnélküliek, de elég sok magvas akad s azok jó része megaloblast.

3. eset. *H. Lajos*, 6 éves. Felvétetett 1905. november 24. 2 hét óta ismeretlen okból egyre növekedő daganatok a nyakán.

Elég jól fejlett és táplált. Ép csontrendszer. Bőr halványfakó, has bőrén, a czombok elülső felszinén nehány gombostűfejnyi böralatti vérzéses terület, nehány apró pontszerü vérzés a foghúson is.

Nyak mindkét oldalán kisebb, mogyoró egész kis almanagyságú, tömött, szabadon mozgatható, fájdalmatlan göbös duzzanatok, melyek a mindkét oldali parotis tájából indulva ki, a retromaxilláris árkot kitöltik és a m. sternocleidom. mindkét, különösen háti oldalán lefelé sorakoznak. A hónaljárok s a lágyékhajlás mirigyei mindkét oldalt mogyorónyiak. Jobb mellkasfél felett normális kopogtatási viszonyok. Bal oldalon a szegycsont közepétől a II. borda magasságában kezdődő, egy bordaköz szélességü és bal felé a szegycsont szélét két harántujjal meghaladó, rövidebb kopogtatási hangot adó terület. Szivlelet normális.

Máj a bordaivet jó két harántujjnyival haladja meg, mérsékelten tömött; négyujjnyi tömött léptumor.

Vérvizsgálatnál 3.500,000 vörös, 150,000 fehérvérsejtszám, 62% haemoglobintartalom. A vér szövettanilag a *heveny lymphoid leukaemiának* megfelelő, később leirandó képet mutatja.

November 24—30.-áig ötször tiz perczig exponáljuk Röntgen-fénynek a mirigyeket s a lépet.

Nov. 30.-án vérvizsgálat; vörösvérsejtek száma 2.900,000, fehérvérsejtszám 44,000, haemoglobintartalom 55%.

November 30.-ától deczember 7.-éig háromszor tiz perczig expositio. Klinikai kép teljesen változatlan. Vérzések inkább fokozódtak. Időnként subfebrilis temperatura (37·6—37·8° végbélhő). Jó közérzet.

A deczember 7.-én megejtett vérvizsgálatnál 2.060,000

vörös-, 10,500 fehérvérsejtszámot találunk és 50% haemoglobintartalmat. Röntgen-kezelést beszüntetjük.

Deczember 9.-én anyja rábeszélésünk ellenére kiviszi a kórházból, és mint levél útján értesültünk, deczember 19.-én beállott az exitus.

A részletes haematologiai leletet a következő táblázat mutatja:

Vizsgálat napja	Vörösvérsejtek száma 1 mm³-ben	Fehérvérsejtek száma 1 mm³-ben	Vörös- és fehérvértestek közti arány	Haemoglobintartalom	Neutrophil polynucl.	Neutrophil myelocyta	Eosinophil sejt	Basophil sejt	Nagy lymphocyta	Kis és középnagy lymphocyta	Nagy mononucl.	Vörösvérsejtek képe
					százalékokban							
November 24.	3.500,000	150,000	23·3 : 1	62%	4	0·5	1	—	23	71	0·3	Csaknem norm. Igen elvétve egy normoblast
November 30.	2.900,000	44,000	65·9 : 1	55%	4	1	1	—	27	66	0·8	Ugyanolyan
Deczember 7.	2.060,000	10,500	196·1 : 1	50%	4	1	1	—	61	32	2	Normális

Áttekintve eseteinket, hosszabb időt kell töltenünk az első esetnél, mely minden kétséget kizárólag mutatja a myeloid leukaemiának a lymphoidba való átmenetelét. Ilyen eset előfordulása, egyáltalában létezése első sorban fontos elméleti jelentőségü. Észlelték ugyan már néhány esetben, hogy heveny lymphoid leukaemia csatlakozott súlyos anaemiás állapothoz (*Litten, Waldstein, Gottlieb, Körmöczi*), pseudoleukaemiához (*Mosler, Senator, Martin* és *Mathewson*) néhány nappal a halál előtt: myeloid leukaemiának átmenetelét lymphoidba azonban csak *v. d. Wey*-nél[1] és *Türk*-nél[2] látjuk feljegyezve.

v. d. Wey irt le 1896-ban egy chron. myeloid leukaemiát, melynél julius elején 66·5% myelocyta s 33·5% polynuclearis sejt volt a vérvizsgálatnál található. Augusztus elején láz, ismétlődő orrvérzés, testsúlyfogyás, a haemoglobintartalom és vörösvérsejtszám megkevesbedése jelentkezik a fehérvérsejtek megszaporodása mellett, s a vérben 89·8% egymagvú, granulatio nélküli sejtet (lymphocytát), s 10·2% polynuclearis sejtet talált, míg augusztus végén és szeptemberben már 96·3% volt az egymagvú, nem granulált sejtek száma. A beteg szeptember 18.-án meghalt. Leirása szerint az augusztusban mutatkozott egymagvú, granulatio nélküli fehér vérsejtek csak annyiban különböznek a normalis kis lymphocytáktól, hogy kissé nagyobbak és magvuk nem festődik oly intensiven. Különben teljesen megfelelnek szerinte a lymphocytáknak, és esetét lymphaemiába való átmenetelnek tekinti. Minthogy e vérlelet egybeesett a nyirokmirigyek megnagyobbodásával, s mivel másrészt a nyirokmirigyek, lép, máj, bél, csontvelő, vesék vizsgálatánál kiderült, hogy e szervekben a fehérvérsejtek a nagy lymphocytáknak feleltek meg, valószinü, hogy a lymphocyták nemcsak a nyirokmirigyekben, de sok más szervben is fejlődtek.

Türk az 1905.-i wiesbadeni kongressuson számol be egy arsennel kezelt myeloid leukaemia-esetről, melynél körülbelül fél év leforgása alatt a nagy léptumor visszafejlődött, a csontfájdalmak megszüntek s a 370,000 fehérvérsejtszám 6000-re, sőt 3000-re sülyedt le, e mellett a vérlelet is annyira megváltozott, hogy annak alapján myeloid leukaemia kórismézét felállitani többé nem lehetett volna. Egyszerre azonban a jobb hónaljárokban, majd a nyakon megduzzadtak a mirigyek, heves fájdalmak támadtak a hasban, megfelelően a retroperitoneális és mesenteriális mirigyek lymphoid burjánzásának. Ezzel egyidejüleg a fehérvérsejtszám is felemelkedett 52,000-re s köztük igen nagy számban voltak az éretlen, granulatio nélküli elemek, a minőket heveny lymphaemiáknál láthatunk. Csakhamar (spontan, vagy a közben kifejlődött pneumonia lobularis hatása alatt) rapide leesett a fehérvérsejtszám: 700—900 mm³-ként, köztük körülbelül 90% volt a lymphoid sejt s alig több 5%-nál a granulált. Egyidejüleg megkevesbedett a vörösvérsejtek száma is, rendkivül gyorsan fokozódó anaemia keletkezett, szerző szerint a csontvelő lymphoid átalakulása következtében. A bonczolás lymphoid leukaemia typusos képét mutatta. Sikerült tehát arsennel a myeloid szövet burjánzását elnyomni, de helyette kifejlődött a lymphoid-szövet heveny burjánzása, mely gyorsan halálhoz vezetett.

Leirt esetem a *Türk*-éhez sok tekintetben hasonlóságot mutat, csakhogy itt az arsent a Röntgen-fény helyettesitette. Esetemben is a klinikai és a haematologiai kép néhány hó alatt igen nagy fokban megjavult, midőn hirtelen az egész vérkép a heveny lymphoid leukaemiának megfelelővé alakult át s a vér elárasztása volt látható éretlen, granulatio nélküli lymphoid sejtekkel. Sajnos, hogy külső okok megakadályoztak abban, hogy a legérdekesebb részhez, a myeloid leukaemiának a lymphoidba való *fokozatos* átalakulásához, adatokat szolgáltathassak. A bonczolásnál ez esetben is a nyirokmirigyeknek — bár a *Türk* énél kisebbfokú — heveny duzzadását észlelhettük s a szövettani vizsgálat is a májnak és lépnek lymphoid sejtekkel való diffus infiltratioját mutatta.

Myeloid leukaemiának lymphoidba való átmenetelének lehetősége a haematologia vitás kérdései közé tartozik. Tudjuk, hogy *Ehrlich, Lazarus* és tanitványaik, a myeloid és lymphoid rendszer merev különválasztói, inkább tagadó álláspontot vannak. Igy csak *Lazarus*[1] szavait idézem: „*Die beiden Arten der Leukämie: die lymphatische und die myeloide Leukämie sind so wesentlich von einander unterschieden, dass eine engere Verwandtschaft zwischen ihnen beiden fast als unwahrscheinlich bezeichnet werden kann; beide Krankheitsgruppen haben wohl so viel und so wenig mit einander gemein, wie etwa der Typhus abdominalis und der Typhus exanthematicus*“. Majd úgy nyilatkozik, hogy azon kérdésre, hogy a myeloid leukaemia átmehet-e lymphoidba, ez idő szerint végleges véleményt nem mondhatunk; ezen átmenetelt már több izben állitották, de pontos morphologiai analysissel még be nem bizonyitották. Igy *v. d. Wey*-nak emlitett eseténél szerinte mi sem áll útjában annak, hogy a granulatio nélküli 96·3% egymagvú sejt egészben, vagy részben közönséges nagy mononucleáris leukocyta volt (*Naegeli-féle „myeloblast“*). Lehet — mondja — hogy ez esetben olyan folyamat játszódott le, minőt súlyos anaemiáknál már megfigyeltek, hogy t. i. a granulatiók teljesen eltüntek a marasmus hatása alatt.

Szemben áll velük a haematologusok nagy része. Igy *A. Fränkel*[2] már 1895-ben mondja, hogy ez nemcsak lehető, de valószinü is. *Fränkel* ezen nézetét *Ehrlich* és *Lazarus* sok érvvel iparkodtak megdönteni. Majd *Wolff* is elfogadja ezen lehetőséget, és *Türk* nézete iránt sem lehet esete után kétségünk. *Pappenheim*, a ki a vérsejtek genesisére vonatkozólag oly kiterjedt vizsgálatokat folytat, de a ki stylusánál fogva egyike a legnehezebben megérthető szerzőknek, míg egyik helyen[3] tagadja, addig más helyen[4] igy nyilatkozik: „*Schläft der lymphometaplastische Reiz ganz ein, restiert nur der lymphohyperplastische, so geht eine eventuell beste-*

[1] *v. d. Wey:* Deutsches Arch. f. klin. Med. 1896. 57. k. 287. l.
[2] *Türk:* Verhandl. d. Kongresses f. inn. Med. Wiesbaden, 1905. 168. lap.

[1] *Lazarus*: Die myeloide Leukämie. 111. l. (*Nothnagel*'s Spec. Path. u. Ther.)
[2] *Fränkel*: Über acute Lukämie. Deutsch. med. Woch. 1895. 667. l.
[3] Fol. Haemat. 1904. 194. l.
[4] Ibidem. 1905. 294. l.

hende gemischtzellige leukämische Wucherung in lymphadenoide Wucherung über. Es resultiert lediglich Lympholeukämie".

Ámde bármiként álljanak is a nézetek, *Wey, Türk* esetei, s a most leirt eset kapcsán többé kétely ezen kérdés iránt nem merülhet fel. *Kétségtelen ténynek kell tehát tekintenünk, hogy myeloid leukaemia átmehet lymphoidba.* Vita tárgyát képezheti azonban a folyamat magyarázata, mely természetesen más és másként alakul, a szerint, hogy a fehérvérsejteknek physiologiai viszonyok közti származására és egymásközti összefüggésére vonatkozólag mely nézet alapján állunk. Tudjuk, hogy e tekintetben minő ellentétes nézetek uralkodnak. Ezek felsorolása természetesen nem képezheti czélomat, csupán azt emelem ki, a mely — véleményem szerint — a magyarázat alapjául minden kényszer nélkül szolgálhat S ez a *Grawitz, Pappenheim, Türk*, stb. által különböző variatiókkal elfogadott azon hypothesis, hogy a vér összes sejtes elemeinek alapját egy egymagvú, granulatio nélküli lymphoid törzssejt képezi. *Türk*[1] szerint a korai embryonális életben csakis ezt találjuk. Később a mesenchymből két rendszer képződik, melyeknek különálló fejlődési menetük van: a lymphoid és myeloid rendszer. Előbbi termeli a lymphocytákat, utóbbiból differentiálódnak az összes granulált elemek. Ha elfogadjuk továbbá, hogy a fehérvérüség minden alakjánál a megbetegedés székhelye a csontvelő, úgy elképzelhető, hogy valamely ok következtében (*Türk*-nél az arsen, esetemben esetleg a Röntgenfény behatása alatt, *Wey* esetében azonban látszólag minden különösebb külső ok nélkül) a myeloid szövet sejttermelő, differentiáló képessége kimerül, de az ismeretlen kóros inger további befolyása alatt a mindenesetre egyszerübb müködésü lymphoid szövet túlburjánzása és túlproductioja fog bekövetkezni. Lehet, hogy már ez az egyén halálát vonja maga után, igy volt ez esetemben, lehet azonban, hogy ezt túléli, s a kimerülés a lymphoid rendszer müködésében is nyilvánvaló lesz, a miként azt *Türk*-nél látjuk, s a fehérvérsejtek enormis száma igen alacsony értékre száll alá. Sőt láthatjuk e müködési elégtelenséget a vörösvérsejtképzés terén is, a mint ezt *Türk* esete is mutatja, melyben tehát bekövetkezett a vérképző szervek teljes insufficientiája. A fontos kérdés természetesen ezek után az, hogy a vérképző szervek ezen kimerülésének okát miben keressük. Nem akarom ugyan teljes határozottsággal állitani, hogy a Röntgen-fényben, illetőleg *Türk* esetében az arsenben, csupán *Türk* szavait akarom idézni: „*Ich werde mich hüten davor, irgendwann noch einmal eine Dauerbehandlung auch in sehr günstig erscheinenden Fällen zu versuchen.*"

A másik két eset heveny lymphoid leukaemiára vonatkozik. A 2. sz.-ban a Röntgen-kezelésnek semminemü jótékony befolyása nem észlelhető; a 3. sz.-nál leszállott ugyan rövid idő alatt közel normális értékre a fehérvérsejtek száma, de ezt egyrészről kisérte a vörösvérsejtek megkevesbedése is, melynek következtében a Röntgen-kezelést beszüntettük, másrészről meg — a mint ez általános tapasztalat a lymphoid leukaemiáknál — a lymphoid sejtek viszonylagos arányszáma nem igen változott meg. Csupán regisztráljuk tehát, hogy — miként mások — lymphoid leukaemiánál a Röntgen-fénynyel eredményhez nem jutottunk.

Távol áll ugyan tőlem, hogy mindezek után a leukaemia Röntgen-kezelésének értékét teljesen tagadásba vonjam, a mennyiben kétségtelen tény, hogy az idült myeloid leukaemiák jó részénél — ha átmenetileg is — a kórképet igen jótékonyan tudjuk befolyásolni, s a beteg számára baját elviselhetőbbé tudjuk tenni. Túlzott reményekkel azonban nem szabad kecsegtetni magunkat: átmeneti javulásnál többet nem érünk el, a lymphoid leukaemiáknál még ennyit sem. Hogy ez utóbbinál tapasztalható eredménytelenség oka miben rejlik, nem tudjuk, *Elfer*[2] szerint talán esetleges kóroktani különbségben. Már maga e körülmény utal arra, hogy a Röntgen fény hatásmódjának kérdését tisztázottnak nem tekinthetjük. Sok tapasztalat egybevetése lesz szükséges ahhoz, hogy e kérdésben a döntő szó elhangozzék, mert hogy a tartós besugárzásnak bizonyos esetben a vérképző szervek müködési elégtelensége lehet a következménye, fejtegetéseink után több mint valószinünek kell tartanunk.

[1] *Türk:* Vorlesungen über klin. Hämatologie. 1904. 398. lap.
[2] Orvosi Hetilap, 1906. 1. sz.

A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről.

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

(Vége.)

A neurastheniában is van hallucinálás. Mi más volna pl. a neurastheniások fájdalma, vagy egyéb sajátszerü érzési paraesthesiája? a mikor ezeknek az érzéseknek voltaképen semmi alapja sincs. Ezeknek a paraesthesiáknak az érzési idegek területén megfelel a zörej a fülben, az előbbit a beteg végtagjaiba, törzsökébe localizálja, az utóbbit természetesen a külvilágba. Mindkét alakot a beteg megmagyarázza — kóros téves eszméit associálja —, az előbbi esetben azt mondja, hogy tabese, szivbaja van stb., az utóbbiban, hogy valaki üldözi, kopog körülötte, suttog stb. A paraesthesiák gyakran határozott formákat öltenek: férgek a testben, mozgás, viz a fejben, szavak a fülben.

Mindezek a téves gondolatok és hallucinálások: suggestiók, arra hajlandó idegrendszerben. Lényegükben ezek is azonosak a hypnosisban támasztott suggestiókkal, csak az idegrendszer állapota különböző a két esetben. Hypnosisos suggerálás sikerül a hysteriás egyéneken, ezek azonban könnyen letörölhetők, nem is befolyásolják annyira az illető gondolkozási képességét, jóllehet ezeknek kényszerét sem tudja a beteg maga legyőzni. Az erre vonatkozó kisérletek tanúsítják, hogy az ilyen egyének a suggestio tartása alatt többé-kevésbé hypnosisban vannak, a melyben associáló képességük erősen redukálva van. Ez eléggé megmagyarázza, hogy a hypnosisos suggestiók nem vezetnek erőszakoskodásokra, bünselekményekre, a mitől nehány év előtt még sokan féltek. Az ilyen módon suggerált gyilkossági kisérletből teljesen hiányzik a valódi büntettnek associált impulsusa, még a nagyon megnevelt, szinészi képességgel biró hysteriás egyének is nagyon ügyefogyottan végezik az ilyen suggerált kisérleteket. A hypnosis-suggerálásnak sokat vitatott törvényszéki fontossága az irodalomban is már lekerül a napirendről.

A neurastheniásnak és paranoiásnak ellenkezőleg ingerlékeny és ingerelt állapotban levő idegrendszerében a verbálos suggerálás nem, vagy csak igen kis fokban sikerül, mert ezeket nem is lehet hypnosisba hozni. Ezek a betegek rendesen associálnak, gyakran nagyon élénken, míg egy talán alig észrevett szó mondás, taglejtés hirtelen nagyon erősen megrögződik gondolkozásukban.

Hasonlattal jobban sikerül a dolgot érthetővé tenni: vegyük fel, hogy olyan orgonán játszunk, a melynek gépezete nem egészen hibátlanul müködik, s az egyik billentyü egyszerre csak megakad. Ezentúl ez az egy hang állandóan beleszól a hangszer zengésébe s a harmonia megszünt kezelhető lenni, ezentúl csak olyan akkordok foghatók meg, a melyek az állandóan szóló hanggal harmoniában vannak. Ugyanilyen módon akad meg a paranoiás embernek associálásában egy beállítás hirtelenében; az orgonán a felvett példában egy szellentyü vált elégtelenné, itt az agyvelő egy associálásának anatomiai substratuma, a mely állandóan átbocsátja az ingerületet, a miként az elégtelen billentyü a vért helytelen irányban a szivben. Ha ez az elváltozás érzési területen történt, akkor a beteg hallucinál, ha a szavak mozgató emlékképeinek körében, akkor téves képzetei maradnak.

Ilyen módon tehát nem localizált kóros izgalom az oka a téves képzetnek és a hallucinálásnak, hanem egy gondolat rögzödött meg a kórosan előkészült talajon. Az ilyen gondolatnak eredetét gyakran könnyen fel lehet ismerni: a mint a neurastheniában egy ismerősnek rákos megbetegedése a neurastheniásban nosophobiát, vagy a rákos megbetegedés kényszergondolatát támaszthatja, azzal a hallucinálással, hogy az illetőnek emlője fájdalmas, megdagad stb.: ép úgy egy tévesen értelmezett kézmozdulat, arczkifejezés, rosszul értelmezett szó a kiinduló pontja a téves gondolatnak vagy a hallucinálásnak, mert hirtelen, a beteg szándékán kivül gondolkozásában rögzítve marad. A külső inger nem volt nagyobb, mint más ugyanakkor beható inger, de oly időben, olyan alakban jött, hogy az erre fogékony agyvelőben megakadhatott.

A mi magyarázásunk helyességének bizonyítására a paranoiás téves képzet és a hallucinálás minden klinikai jellege felhozható. Igy könnyen érthető, hogy a téves képzetek, a hallucinálások miért birnak mindig associált jelleggel és nem állanak

mozaikszerüen összetákolt heterogen emlékképekből. Az is érthető továbbá, hogy meglehetősen szük keretben maradnak; a neurasthenia tünetköréhez hasonlóan, többnyire kellemetlen érzelmekkel járnak s rendszerint abban az alakban születnek meg, a mely az emberiség gondolkozásának abban az időben leginkább megfelel, régente inkább vallási, ma inkább politikai szinezettel birnak, a mi mellett a legújabb felfedezések vagy egyéni élmények, mint az érdeklődést erősebben befolyásoló tényezők, nagy szerepet játszanak. Érthetővé válik, hogy az álomképekkel és a deliriumokkal ellentétben, a paranoiában a látási hallucinálások nagyon ritkák, mert egyrészről rövid és erősebben befolyásoló optikai képek a közönséges életben kevésbé fordulnak elő, s nem okoznak oly erős benyomást, mint pl. a szavak; másrészről pedig a suggestio ellenében a helyreigazítás nagyon is nyilvánvaló, hiszen a látótér állandóan tele van optikai benyomásokkal, és azért az ilyen természetü suggerálás nem fogamozhat meg. Érthető aztán, hogy a mikor hallucinálás ugyanabban az egyénben különböző érzéki területeken jelenik meg, hogy azok ugyanazzal a tartalommal birnak (a combinált hallucinálások úgynevezett egyértelműsége). A mi felvételünk könnyen magyarázza a folie à deux, à trois eseteit, az egyik egyén hallucinálásának, téves képzetének tartalma a másik hasonlóan disponált egyénre átsuggerálódik. Végre jól meg lehet érteni ilyen módon azt is, hogy miért befolyásolják oly igen nagyon ezek a tünetek a beteget: az elsődleges eredetet a beteg vagy nem is veszi észre, vagy elfelejti, azután már ezek a képzetek a betegnek saját gondolatai (az orgonán sem kell azon túl lenyomva tartani a billentyüt, hogy megakadt), akár hallja a hallucinálást vagy pedig, mint a téves képzetekben és kényszerállapotokban, kivülről magát befolyásolva nem érzi: fejében benn ül kimozdíthatatlanul a gondolat, ez a legerősebb valamennyi között, nem is associálás révén támadt, tehát kritika tárgya nem lehet, absolut, a mint mi sem biráljuk magunkban a külső benyomások valóságát. És még egy jelleget kell nyomatékosan kiemelnem: a külső benyomások mindaddig, a míg érzékszerveink körében vannak, állandó benyomást keltenek bennünk, ezzel ellentétben teljességgel lehetetlen az, hogy mi egy adott gondolaton hosszasabban kitartsunk, az igen rövid idő alatt kisiklik megfigyelésünkből s associálásunk más területekre csap át. Ugyanígy a kényszerképzet, a hallucinálás is és mindkettővel csak megbirkóznék a beteg, ha rövid ideig tartana, elfelejtené, elmosódnék elevensége, míg a felhozott kóros jelenségek állandóak. Mindezek a körülmények eléggé érthetővé teszik, hogy miért kerül a beteg téves képzetének vagy hallucinálásának teljesen uralmába; a sejunctio hypothesisre ezekben a folyamatokban nincsen szükségünk.

Az érzéki csalódásoknak mindezeket a tulajdonságait az eddigi theoriák nem, vagy csak erőltetett módon értelmezik. Nem kell tovább kiemelnünk, hogy az érzéki csalódások egyéb sajátságai is teljesen összeegyeztethetők felvételünkkel: a suggerálás útján igen jól támadhat az a gondolat, hogy valamely hang pl. a kályhalyukból, jobb oldalról, a beteg fül oldaláról ered, hogy egy vagy több egyénnek a hangja, hogy a beteg saját gondolatát mondja utána, hogy a beteg az ételekben valamely meghatározott méregnek (a melynek ízét soha azelőtt nem kóstolta meg) az ízét kiérzi és így tovább.

A hallucinálásnak és téves képzetnek a paranoiában ilyen módon való keletkezése ezen betegség pathologiájával is legjobban összeegyeztethető. A neurasthenia, hypochondria, paranoia és más külön megnevezett, de ide tartozó kóralakot nem külső (psychikai vagy physikai) inger hozza létre, nem is támadnak ezek egy előbb egészséges idegrendszerben, ezek az idegrendszernek öröklött alapon való hiányos kifejlődésében találják okukat. Ez a hiányos kifejlődés — a melyet majd egyszer valószinüleg mint az idegelemeknek kicsiségét, nem hibátlan formáját, esetleg nem tökéletes chemiai alkotását fogjuk kimutathatni — a jelzett kórformáknak alapja, a tünetek alakulása a fejletlenség fokától és helyétől függ, véletlen külső behatások csak alakilag módosítják az előálló kórképet.

A hereditásos fejlődési rendellenességek ezen csoportjában gyakran észlelhetők olyan esetek, a melyekben az idegrendszernek (esetleg a test többi részletében egyes helyeknek) bizonyos hiányosan fejlödött területei mellett, más helyeken jobban, sőt az átlagos mérték felett fejlődött területei vannak; sok neurastheniásnak, sőt paranoiásnak is van különleges tehetsége bizonyos irányban. A genialitás és a tébolyodottság voltaképen csak egyenetlenségek, aránytalanságok az idegelemek kifejlödésében; különféle irányokban együtt is előfordulhatnak egy egyénben. Mind a két fejlődési alak ugyanazon törvények alatt áll, mint a melyeket más hereditásos kórállapotokra találtunk,[1] így az elégtelen életképességü sejtek már az élet első idejében okozhatnak feltünő jelenségeket, gyakrabban mutatkoznak ezek a pubertás idején, ritkán kezdődnek a későbbi életkorban. A jól fejlődött sejtcsoportok szintén így válnak nyilvánossá, egyes képességek már az élet kezdetén, mások később tünnek fel.

TÁRCZA.

Az orvosok továbbképzésére szolgáló Frigyes császárné-ház felavatása Berlinben.

Folyó évi márczius hó 1.-én nagyon sok tekintetben tanulságos, fényes ünnepély kiséretében avatták fel a berlini Frigyes császárné-házat, melynek feladata, hogy az orvosok továbbképzésének középpontja legyen. Már maga az intézmény keletkezése érdekes. A tragikus sorsú Frigyes német császár angol születésü özvegye életének utolsó éveiben a német birodalom számos jótékony s culturális intézményét egy újjal szaporította: az orvosok tovább képzésére díjtalan s könnyen hozzáférhető tanfolyamokat szervezett.

Halála után az eszmét Studt közoktatásügyi minister, Bergmann egyetemi tanár és Leuthold vezértörzsorvos felkarolták s a német császár pártolásával előbb egész Poroszországot, majd az egész német birodalmat behálózó szervezetet létesítettek, mely az orvosok számára nemcsak a nagy culturális központokban, hanem a kisebb városok kórházaiban is rendez tanfolyamokat. Ezen szervezet most társadalmi úton gyüjtött több mint 1½ millió márka összegért egy hatalmas épületet emelt, melyben az orvosok továbbképzésének eszközeit bámulatos, mondhatni páratlan módon halmozták össze. Az óriás összeget alig 2 év alatt gyüjtötték s az épület 1 év alatt készült el. Felavatására a német császár ezüstlakodalmának időpontját választották, joggal, mert tudvalevőleg a császári pár egyenes óhajára ajándékok helyett a német városok, gyárosok s egyesek a legkülönbözőbb jótékony, de első sorban közegészségi czélokra e napon körülbelül 3 millió márkát áldoztak. Ezen alapítványok még csak a jövőben fogják jótékony működéseiket megkezdhetni, de Frigyes császárné háza ma már teljesen kész s márczius 1.-ével meg is nyilt. S minő auspiciumok mellett! A megnyitási ünnepélyről minden orvosnak tudomást kellene szereznie!

Déli 12 órára volt kitüzve a felavatás. Ez időre az épület nagy tanterme megtelt a meghivott vendégekkel: az egyetemek s más culturális intézmények képviselőin kivül a német társadalom szine-java ott volt. A kormány élén maga Bülow herczeg, kinek kiséretében gróf Posadowsky, b. Rheinbaben, a bajor követ gróf Lerchenfeld-Köfering, Studt kultusminister jöttek el. Berlin városát a főpolgármester, a katonaorvosi kart Schjerning vezértörzsorvos képviselték. A kitüzött időben pedig maga a *német császár*, a *császárné*, a *badeni nagyherczegné*, a *császári herczegek* s a legmagasabb udvari méltóságok jelentek meg. Külföldről az angol király képviseletében Sir Semon, a párisi egyetem megbizásából Blondel dr. s a magyar közoktatásügyi minister, a budapesti egyetem rectora és az orvosi fakultás dekánjának üdvözletével mint a szünidei orvosi cursusok elnöke, e sorok irója, összesen tehát három nemzet: az *angol*, a *franczia* s a *magyar*.

Az ünnep énekkarral kezdődött s végződött; a megnyitóbeszédet Bergmann tanár tartotta, ezek után az üdvözlő beszédek következtek. Ezek befejeztével minden előzetes bejelentés nélkül felállott helyéről a császár, s egy tartalmánál s formájánál fogva olyan beszédet mondott, mely minden jelenlevőre mély, igazán eltörülhetetlen benyomást tett. De különösen emlékezetes lesz e beszéd reánk, az orvosi tudomány müvelőire: „*A mai napon* —

[1] L. dolgozataimat az öröklődő idegbajokról az Orvosi Hetilap 1896., 1898., 1902. évfolyamaiban és a Belorvostan kézikönyve VI. kötetében.

így kezdte — *a nép újból meggyőződhetett róla, hogy az uralkodó ház milyen szilárd, benső kötelékkel van az ország orvosaival összekapcsolva.* A szeretet parancsolata, mely felülről származik, a mai napon különösen felemelő nyilvánulást nyert. Mint a nagy császárné unokája, kinek érdemei a katonai egészségügy terén ma is említést nyertek, mint Frigyes császárné fia, kinek emlékére a mai nap s e ház szentelvék, úgy a császárné, mint a badeni nagyherczegné, de egész házam nevében is örömömet fejezem ki és arra utalok, hogy ma ismét követhetjük a gondviselés csodálatos útját. Senki közülünk: édesanyám gyermekei és barátai közül nem tudott volna válaszolni a kérdésre, hogy mi volt a gondviselés szándéka, a midőn e fenséges alakot, e nagy szellemet oly végtelenül megrendítő módon s oly korán ragadta el tőlünk. A választ ma részben megkaptuk. A súlyos megpróbáltatás közben az a gondolata támadt, hogy embertársai nyomorának enyhítésére segítséget nyujtson s a szó, melyet haldokolva kimondott, a mag, melyet elvetett, megfogamzott, gyökeret vert. Szava az emberszeretet érzelmeit keltette, a melyek tettekre vezettek. S ebben ismerjük fel a mindent átölelő gondviselés messzetekintő terveit, melyek nélkül a tudományos ismeretek s az orvosok művészete tehetetlenek. Ebben az értelemben azon reménységemnek adok kifejezést, hogy anyám halálából, szavai erejéből az áldás gazdag forrásai fognak népem számára fakadni s a nemes női alak emléke még évszázadokig eleven marad "

Ezzel az ünnep hivatalos része véget ért, a külföldi képviselőket a minister bemutatta a császárnak, ki mindegyikünkkel kezet fogott.

Maga a ház a tudományos kutatás és oktatás páratlan tökéletességü műhelye.

A földszinten az orvos-technikai ipar állandó kiállítása van, mely módot nyujt arra, hogy az eszközökben s gyógyszerekben történő haladást állandóan tanulmányozhatják. 101 czég kiállítása van itt egybegyüjtve, természetetesen a legnagyobb érdeklődésre Zeiss optikai, Siemens villamossági s Merck vegyi szereinek gyüjteménye számíthat. De e mellett az intézménynek jövedelmet is ad, mert a bérösszegből 21,000 márka folyik be évente. Az emeleten az orvosi oktatás állami gyüjteménye foglal helyet, melyben páratlan tökéletességü ábrák, praeparatumok, moulageok, diapositivek, vetítőkészülékek vannak s mely arra szolgál, hogy olyan továbbképző tanfolyamok számára, a melyek kevéssé felszerelt kórházakban folynak, az oktatás eszközeit kikölcsönözhessék. A második emelet vegyi, bakteriologiai s mikroskopiai, valamint Röntgen- és photographáló laboratoriumok egész sorát tartalmazza. Ezekben folytonos cursusok tartatnak, s az orvosok mindazt megtalálják, a mit a modern technika ismereteink gyarapítására rendelkezésünkre bocsát. Hogy ez mit jelent, arról csak annak lehet fogalma, a ki e helyiségeket a mikroskopok, a tenyésztő-kályhák, a készülékek seregével megtekintette.

Maga a 240 személyre szolgáló tanterem ülései, világítása, projectiós készüléke a legtökéletesebb, a mit e nemben láttam.

A kultusministerium évi 15,600 márkával segíti a házat, s ehhez számítva a központi bizottságnak adott 9000 márka subventiót, majdnem 25,000 márkával biztosítja az intézmény fennállását. Magát az alapítványt sem emésztette fel az építkezés, úgy hogy körülbelül 50,000 márka az évi budget. De valóban nem okozhat sok gondot a fenntartás, a mikor a kuratoriumban olyanok ülnek, mint Mendelssohn-Bartholdy, ki egymaga negyed millió márkát adott az alapítvány czéljaira.

Az épület a hivatalos helyiségeken kivül még könyvtárt s olvasószobát is tartalmaz, melyet a nagy német kiadók díjtalanul látnak el könyvekkel s folyóiratokkal. Sőt néhány terem arra szolgál, hogy itt koronként változó, az orvosokat érdeklő kiállítások nyerjenek elhelyezést. Ez idő szerint három ilyen időleges kiállítás látható: az orvosi tudomány multja a művészetben s műiparban, a betegápolás eszközei, az emésztési betegségek köréből készült képek; az elsőt Holländer, az utolsót Ewald rendezte.

Az ünnepélyes megnyitás szokásos kiegészítője az esti lakoma volt, melyen Studt minister elnökölt. A Kaiserhof óriási, gazdagon feldíszített termében körülbelül 250-en ültünk; természetesen a felköszöntőkben sem volt hiány, melyek során az intézők újból tanújelét adták azon rokonszenvnek, barátságnak, a mely a magyar s birodalmi német tudományos világot összekapcsolja. Sok okunk van, hogy e kapcsolatot ápoljuk. Azért legkevésbé sem kell féltenünk önállóságunkat. A német tudósnak ebben is császárja ad példát. Ki ne emlékeznék a német császár pohárköszöntőjére, melyet a budai várban tartott? Ne feledjük azt sem, hogy Helmholtz ünnepi beszéde Montpellierben egyengette a két nagy culturnemzet: a német s franczia közeledését.

De nem elég mindezt tudnunk, e szerint kell cselekednünk is! *Grósz Emil.*

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

Látni való, hogy az általános forma igen jól illik a tengeren járó hajók egészségügyi viszonyaira is. Most még csak azokat a különös intézkedéseket kell e formába besorozni, a melyeknek itt fontos szerepük van és akkor előttünk áll a könnyen áttekinthető táblázat, mely tárgyalásunk alapjául fog szolgálni.

1. Élelmiszerek beszerzése és eltartása.
2. Hús- és conservszolgálat.
3. Konyhaellenőrzés.
4. Elszállásolás.
5. Világítás.
6. Hajószemélyzet egészségügyi vizsgálata.
7. Utasok egészségügyi vizsgálata.
8. Utasok kizárása az utazásból.
9. Utasok egészségügyi védelme.
10. Utasok visszautasítása Amerikából.
11. Orvosrendőri intézkedések.
12. Podgyászfertőtlenítés.
13. Nőcsempészek; erkölcsi intézkedések.
14. Foglalkozási és földrajzi helyhez kötött betegségek.
15. Hajó biztonsága.
16. Baleset elleni biztosítás.
17. Szerencsétlenségek meggátlása.
18. Tengeri betegség.
19. Hajófertőtlenítés.
20. Vesztegzár.

Ezek volnának azok a tényezők és követelmények, a melyeknek szigorú betartása és keresztülvitele biztosítani látszik az utasok egészségét. Tekintetbe véve ez intézkedések nemzetközi jellegét és azt az ellenőrzést, melynek a hajók majdnem minden alkalommal alá vannak vetve a különböző kikötőkben, nyugodt lélekkel mondhatom, hogy e szabályok fontos részeit szigorúan betartják.

Áttérve az egyes pontok tárgyalására, jelzem, hogy mindazt, a mi az élelmezésre vonatkozik és azzal összefügg, e tanulmány végén fogom tárgyalni. A hús- és conserváruk vizsgálatát, valamint a konyhaellenőrzést a teljesség kedvéért az orvosi rendészet keretében ismertetem, mert ezek inkább a szárazföldi egészségügyi szolgálat körébe esnek.

II.

Az Amerikába kivándorló utasok az amerikai törvény intézkedései alapján, valamint a magyar kivándorlási törvény szerint is, behajózásuk előtt egészségügyi vizsgálatnak köteleek magukat aávetni. A hajó-orvos és Fiumében még két bizalmi orvos vizsgálata különösen a trachomára terjed ki, a mennyiben az e betegségben szenvedők semmi körülmények között nem léphetnek partra; ha pedig véletlenségből egy mégis bejut, az Ellis island-i bizottság kérlelhetetlenül súlyos pénzbüntetéssel sujtja az illető hajóstársaságot, a kivándorlót pedig a legközelebbi hajóval feltétlenül visszaküldi. Ugyancsak a trachomával egy elbirálás alá esik a nagyobb felületre kiterjedő conjunctivitis follicularis. Az ebben a két betegségben szenvedők feltétlenül visszautasíttatnak. Ezen a téren van, azt mondhatom, a legnagyobb panasz a Cunard-társaság ellen, hogy tudniillik ebben a tekintetben nagyon szigorú és visszautasít olyanokat, a kik odahaza minden nehézség nélkül megkapták a kivándorláshoz szükséges iratokat. A hiba nem a Cunard társaság orvosaiban van. Azokat az utasok visszautasításában nem animozitás, hanem a paragrafusok irányítják, a melyeket megváltoztatni nincs módjukban. A hibát a kormány által kiadott

utasítás hiányaiban kell keresni. Ezen a téren is, mint nálunk minden téren, a zöld asztal theoriája járja. A rendeletekben tömérdek a betü, de azok között vajmi ritkán akad meg egy-egy egészséges, praktikus gondolat. Pedig a dolog olyan egyszerü. Mielőtt az illető hatóság az útlevelet kiszolgáltatná, hallgassa meg a hatósági orvos (járás-, rendőr-, város, községi és körorvos) véleményét és ha az orvos constatálja a törvényben említett gátló okok valamelyikét, különösen a trachomát, conjunctivitis follicularist és leányok terhességét, tagadják meg az útlevél kiadását, mert e betegségek fennállása már eleve kizárja a kivándorlást. Hogy ez az igen egyszerü methodus nincs alkalmazásban, azt nem egy esetben tapasztaltam, a mennyiben a behajózásnál igen gyakran jelent meg florid trachomás, a kit természetesen vissza kellett utasítani, nem is beszélve a heges trachomák és a conjunctivitis follicuralisok nagy számáról.

De van itt még más szomorú dolog is. A kivándorlásról szóló 40,000/904. sz. B. M. rendelet 2. §-ának *d)* pontja így szól: „Azok a szülők, a kik 15 éven aluli gyermeküket itthon hagyni szándékoznak, mindaddig nem vándorolhatnak ki, a míg ki nem mutatják, hogy azok kellő gondozását biztosították, a miről az útlevél kiállítása, illetőleg kiszolgáltatása alkalmával kellő tájékozást kell szerezni.“ Ez olyan szépen és meghatóan van mondva, hogy az altruistikus emberbaráti érzelmek csak úgy tolongnak az ember szíve körül. Hanem csak a szép szónál marad minden. Nem egy esetben voltam tanuja, a mikor négy-öt gyermekes családban az egyik gyermeket, többnyire trachoma miatt, visszautasították. Az az egy itthon maradt, a többi ment; tessék csak elképzelni azt a bőgést és jajgatást, a mi ilyen esetekben előfordul. Mi lesz azzal a gyermekkel, azt csak a gondviselés tudja.

Hatvan éven felüli emberek, torzarczúak, csenevészek igen szép számmal utasíttattak vissza. Ugyan kérem mire valók az ilyen esetek? miért adják ki az ilyen egyéneknek az útlevelet? Talán azért, hogy kéjutazást tegyenek Fiuméig és vissza? Tessék csak szemmel tartani minden behajózás után a visszautasítottak névjegyzékét és kitünik, hogy nem hiába említem fel ezt a dolgot. A visszautasítás oka olyan nyilvánvaló 95%-ban, hogy igazán felesleges fáradság Fiuméba utazni. Ha munkakönyvet, cselédkönyvet nem lehet a trachomamentesség igazolása nélkül kiállítani, mennyivel fontosabb lenne ez az útlevél kiadásánál.

Igazán emberbaráti szeretetből tettük meg néha, hogy hatvan éven felüli öreg embereket nagy könyörgésre felvettünk, bár éltünk a gyanuperrel, hogy nincs odakünn senkije (még ha van is, visszaküldik néha). Ugy is történt, hoztuk őket szépen vissza. Még ha kéjutazást csinált volna New-Yorkba, értem, de a szegény a kasza gárdán (castle-guard) kivül semmit sem látott és elköltött nem tudom mennyi forintot, talán az utolsó garasait. Azt hiszem, okosabb volna ezt még itthon elintézni. A falusi ember már tudja és hozzászokott, hogy addig nem kap cselédkönyvet, munkakönyvet, míg a szemét meg nem vizsgálták, ez tehát nem lenne szokatlan dolog és mennyi keserü csalódástól kiméln meg azt a szegény kivándorlót. Hogy milyen nembánomsággal járnak el a vidéken, arra jellemző a következő eset. A egyik nyári útban már Gibraltáron túl az egyik sectioban kanyaró tört ki. Képzelhető, hogy nem nagyon örültünk neki, annál kevésbé, mert a gyermekek száma meghaladta a háromszázat. De csodálatosan a kanyaró nem terjedt tovább egy családnál, igaz, hogy annak, mind a hat gyermeke megkapta. Kiváncsiságból kérdeztem, hogy volt e a faluban kanyaró. „Nem — volt a felelet —, hanem a vasúti kocsiban utazott egy ugyancsak kivándorolni készülő család, a kinek a két gyermekén „vörös“ volt“. És csakugyan később eszembe jutott, hogy a fiumei kivándorlási házból nehány kanyarós gyermeket a kórházba internáltunk. Ugy-e jellemző? Hanem a belügyminiszter 50,000/904. sz. rendelet 38. §-ának *c)* pontja még azt is a hajóorvostól követeli, hogy tudja, kik „voltak heveny fertőző betegekkel közvetlen érintkezésben“, mikor ezt olyan könnyen lehetne az útlevél kiadásakor constatálni, és nem trachomával, kanyaróval stb. útnak ereszteni az illetőket abban a tudatban, hogy majd visszaküldik Fiuméból. Mindenesetre kényelmes dolog, de difficile est satyram non scribere.

És tessék elhinni, hogy ez szomorúan komoly dolog. A behajózást gátló ok egyszersmind kivándorlást gátló ok is, mert végre is gyalog nem lehet Amerikába menni; de komoly a dolog azért is, mert ezeket a szabályokat az amerikai intézkedések állítják fel, mint tilalomfát, a melyet legfeljebb az amerikai partokig lehet kikerülni, de ott biztosan belebotlik az illető. És nem lehet ellenvetésül felhozni azt sem, hogy betegségek az úton is fejlődhetnek ki. Mert bár ez igaz, de senki sem fogja tagadni, hogy hülyeség, elmebetegség és nehézkór egy vasúti út alatt nem fejlődik ki. Sőt ez a három baj olyan természetü, a mely a hajóorvos figyelmét igen könnyen elkerülheti a behajózásnál és csak az út alatt jön erre a tapasztalatra, míg odahaza az illető falujában ez a legtöbb esetben ismert dolog. Ugyancsak nem fejlődik egy vasúti út alatt idült trachoma, conjunctivis follicularis, undorító betegség, torzarcz bénaság, feltünő testhiány, gyenge és satnya szervezet, börküteg, kiterjedt favus, küteges arcz, hülyeség, elmebetegség, nehézkór és terhesség leányoknál, valamint hatvan éven felüli kor, melyek mind feltétlenül megakadályozzák Amerikában a partraszállást. Ezek többnyire olyan dolgok, a melyeket már odahaza is látni lehet és könnyen megtagadható az útlevél kiadása. De hogy milyen felületességgel járnak el, jellemzi főleg az, hogy még az orszag trachomás vidékeiről is kedélyesen utaznak Fiuméba, a hol természetesen megakadnak. És az emberi érzés nem követeli-e, hogy ezeket az embereket meggátoljuk utolsó motyójuk eladásában és hogy ne utaztassuk hiába Fiuméba? Én azt hiszem, hogy még a bőles bürokratismus is elismeri azt az egyszerü logikai tényt, hogy a fent említett behajózást gátló okok egyszersmind kivándorlást gátló okok is. Tíz évi tapasztalatszerzés különben hihetőleg javítani fog ezen az anomalián is.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

C. Günther: Einführung in das Studium der Bakteriologie. Sechste, vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1906.

Azt hiszszük, hogy a hozzáértők egyhangú helyeslésével találkozik azon nézetünk, mely szerint a német orvosi irodalom nagyszámú bakteriologiai tan- és kézikönyve között épen a Günther-é az, a mely úgy a tanuló, mint a gyakorló orvos igényeit leginkább kielégíti. Közkedveltségét pedig annak köszöni, hogy míg egyrészt a bakteriologiai technikát nagyon kimerítően és könnyen érthetően tárgyalja, addig másrészt az egyes bakteriumok ismertetésével foglalkozó részben helyes gyakorlati érzékkel csupán azokra a bakteriumokra terjeszkedik ki, a melyek ismeretére a tanulónak és a gyakorló orvosnak szüksége van, mellőzve minden felesleges részletet. De még egy nagy előnye van e munkának, az, hogy 15 fénynyomatú táblán 90 ábrán mintaszerü megválogatásban és kivitelben mutatja be a legjellegzőbb bakteriumok mikroskopi és tenyészeti képét. A munka az előző kiadásokhoz képest tetemes változást mutat: megbővült a szöveg, különösen a bakteriumok kórokozásáról szóló rész egészen új átdolgozásban részesült, teljesen új fejezetek kerültek bele, s a régi fejezetek úgyszólván mindegyikén meglátszik a gondos javítás és pótlás. Végül pedig még csak azt jegyezzük meg, hogy a 900 lapra terjedő munka — noha kiállítása a legkényesebb igényeket is a legnagyobb mértékben kielégítheti s a fénynyomatú táblák elkészítése bizonyára nagy költséggel járt — feltünően olcsó, a mennyiben ára csak 12 márka.

H. Triepel: Die anatomischen Namen, ihre Ableitung und Aussprache. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1906. 81 oldal.

Ügyesen megszerkesztett kis füzet, melynek jó hasznát veheti az, a ki súlyt helyez arra, hogy helyesen ejtse ki az anatomia műszavait és ismerje az eredésüket. Bár mi magyar orvosok általában jobban ejtjük ki tudományunk latin és görög mesterszavait, mint a legtöbb más nemzetbeli (pl. angol és franczia) orvos, nálunk se felesleges az ellenőrzés és kritika ebben az irányban, mert hibák nálunk is előfordulnak. Igy, hogy csak az anatomia terén maradjunk, trachëát mondunk trachéa helyett, glütëust glütaeus helyett,

vesïcát vesïca helyett, antïcust antïcus helyett, cholëdochust cholëdochus helyett, umbilicust umbilïcus helyett stb. Egyik-másik dologban eltérő a véleményünk szerzőétől. Gegenbaurral és másokkal megtartandónak véli a görög ides (*-ειδής*) végződést (ideus helyett) azoknak a szerveknek a megjelölésére, a melyekre a hasonlat közvetetlenül vonatkozik (pl. cart. thyreoides, processus pterygoides), s csak a körülöttük fekvő részekre véli alkalmazandónak az ideus végződést (pl. glandula thyreoidea, musc. pterygoideus). Ez nézetünk szerint felesleges pedanteria. Eredetileg (helyesen) ides-nek irták valamennyi *-ειδής*-ből származó melléknevet; ez az alak lassanként átformálódott (már a 18. században) a grammatikailag helytelen latin ideus alakká, még pedig nyilván azért, mert kényelmesebb ennek az alaknak a declinatioja, mint az ides-é. Ez az ok most is fennáll s e mellett a mai nemzedék bizonyára kevésbé is érzi az ideus alak kifogásolhatóságát, mint a 17. század orvosi nemzedéke. Maradjunk tehát a kényelmesebb ideus mellett! Az ideus végződést Triepel a híres bonni nyelvtudóssal, Ritschl-lel (a kit annak idején erre nézve meginterpelláltak az anatomusok) ideusnak s nem ïdëus-nak véli kiejtendőnek (egy képzelt *-ειδεῖος* alakot véve alapul) —*ék.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az epekövek aetiologiájáról. Naunyn volt az első, a ki az epekövek képződését bakteriumok behatásából magyarázta Nézete sokáig nem érvényesülhetett azzal a felfogással szemben, hogy az epehólyag bakterium-fertőzése csak következménye az epeköveknek, a mennyiben a kő által bántalmazott nyálkahártya a fertőzésre fogékonyabbá lesz. Pedig már Naunyn kimutatta, hogy igen gyakran találhatók bakteriumok a kő belsejében is, bakteriummentes rétegektől körülvéve. 1897-ben azonban Naunyn elmélete nevezetes támogatást nyert Gilbert és Fournier kisérleteiben, a kiknek sikerült kutyán az epehólyag fertőzése által epekövet létrehozni. Kisérleteiket azóta többben megismételték hasonló eredménynyel, különösen franczia szerzők. A legújabb kisérletes tanulmány e téren *Lartigan* dolgozata. E szerző kisérletileg kimutatta, hogy bakteriumok nélkül köképződés nincs. Idegen test egymagában, ha steril, cholelithiasist nem hoz létre az epehólyagban. Másfelől minden idegen test bevitele nélkül is sikerül gyakran követ létrehozni egyszerűen csak bakteriumokkal való fertőzés által. Igaz, hogy sokkal biztosabb az eredmény, ha e mellett még valamely idegen testet helyezünk az epehólyagba s az epevezeték lekötése által epepangást hozunk létre. Kilencz eset közül nyolczszor sikerült ilyen módon házinyúlon epekövet létrehozni. Hogy mikép segítik elő a bakteriumok a kő képződését, az még nincs teljesen felderítve. Kétségtelen, hogy az epehólyagban gyuladást okoznak, melynek során leválik a nyálkahártya hámja, ez pedig az epében cholesterin és bilirubin-calcium kicsapódását idézi elő. A bakteriumok csomóvá tapadva gyakran alkotják a magot, mely körül a kő képződik. A bakteriumok behatolási útjának eddigelé kivétel nélkül az epevezetéket tekintették. Kétségtelen, hogy ez a fertőzés leggyakoribb módja De az a körülmény, hogy a duodenumban gyakran nem találni olyan bakteriumokat, mint a milyenek az epehólyagban vannak, a mellett szól, hogy van a fertőzésnek más, haematogen útja is, nevezetesen a kapugyüjtőér (vena portae) révén. Adami elmélete szerint előfordulhat, hogy bizonyos bakteriumok a bélben nem telepednek meg s a bél nyálkahártyáját nem támadják meg, de e mellett a bél falzatán át bejuthatnak a portális vérkeringésbe s ezen az úton a májba és az epehólyagba. (Calif. State Journal of Medecine, 1906. jan.)

Izolált túlélő emberi szíven tett észleléseikről számolnak be *Deneke* és *Adam*. A szivet 12 perczczel a kivégzés (lefejezés) után vették ki és Langendorff féle készülékbe helyezték. A szivet a koszorú-verőerek átáramoltatásával hozták ismét működésbe, a gyomrocsok és pitvarok üresek maradtak. Táplálékul eleinte a Ringer-Locke-féle folyadék szolgált, később a kivégzettnek defibrinált és higított vére. Ily körülmények között több órán át folytatott észleléseiket a következőkben foglalják össze: 1. Alkalmas Langendorff-féle készülék segítségével sikerül lefejezett egyének szivét újból életre hozni és több órán keresztül szabályos működésben tartani. 2. Tápláló folyadékul a Ringer-Loeke-féle folyadék használható, sokkal jobb azonban, főleg hosszabb kisérleteknél, a defibrinált és higított embervér. 3. A tápláló folyadék beáramlási nyomásának emelkedése, mely az átáramoltatás sebességének emelkedésével együtt jár, a szívlökések szám- és erőbeli szaporodását idézi elő, végeredményben tehát a szívmunka lényeges fokozását vonja maga után 4. A tápláló folyadék hőmérsékének fokozása nyomásemelkedés nélkül is az átáramlás sebességének emelkedésével és a szívlökések számbeli szaporodásával jár; az egyes összehúzódások azonban nem lesznek erősebbek. 5. Az emberi szíven is észlelhető a fibrilláris rezgés („Flimmern"). Ezen kisérlet során e tünemény 2 óra mulva állott be minden kideríthető ok nélkül és csak az átáramoltatásnak hosszabb időre beszüntetése által volt leküzdhető 6. A digitoxin az izolált emberi szívre qualitative ép úgy hat, mint az emlősök szívére általában. A fáradt és a rezgés által elgyengült szívizmot ezen szer ismét szabályos, erőteljes összehúzódásokra birja. 7. A bal pitvarra alkalmazott hőingerek (meleg vagy hideg) a szívműködés szaporaságát nem befolyásolják. Végeredményben tehát kiviláglik, hogy az emberi szív ép úgy viselkedik, mint a többi emlős szive. (Zeitschrift für experiment. Pathol. und Therapie, 1906. II. kötet, 2. füzet.) *Picker Rezső* dr.

Belorvostan.

A kedélyállapot befolyásáról a gyomornedv elválasztására ir *Bickel*, Sasaki vizsgálatai alapján. Már Pawlow kisérleteiből tudjuk, hogy az agykéreg működésének úgy a gyomornedvelválasztás megindítására, mint a további secretio szabályozására befolyása van Csak ez alapon érthető, hogy étel látására vagy ételszagra reflexes gyomornedvelválasztás jelentkezik. A mindennapi tapasztalat azonban a mellett is szól, hogy kedélyizgalmak, nevezetesen harag és boszankodás az emésztést hátráltatja, s csökkenti az étvágyat. Vannak emberek, kiknél ellenkezőleg a boszankodás farkasétvágy érzetével jár. Eme régi tapasztalatnak adják kisérleti magyarázatát Sasaki és Bickel vizsgálatai. A szerzők Pawlow módszere szerint készített bárzsing és gyomorsipolylyal biró állatnál etetési kisérleteket végeztek. Az ilyen bárzsingsipolyos kutyánál a szájon át — minthogy az előzetesen átmetszett bárzsing felső vége a bőrhöz van kivarrva — a gyomorba táplálék nem juthat, mindamellett etetési kisérletnél bő gyomornedvelválasztás indul meg, melyet összegyüjtöttek s pontosan meg is vizsgáltak a szerzők. Más alkalommal kalitkába zárt macskával boszantották az állatot s ezután végeztek etetési kisérletet: az előzetesen feldühösített állat gyomra alig választott el néhány cm^3, összetételét illetőleg különben rendesnek mutatkozó gyomornedvet. A kisérlet kézzelfoghatólag igazolja, hogy kedélyizgalom reflexes úton a gyomornedv elválasztását ételfelvétel ellenére is meggátolhatja. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. 46. sz.)

Halász Aladár.

A ductus choledochusban ülő epekövek kórismézéséről ir *Ehret*. A choledochusban megakadt epekő sajátos, a szerző szerint jellegzetes tünetcsoporttal jár. A betegnek időközönként akár 41° C.-t is elérő hőemelkedései vannak, melyek 1—2 napi fennállás után kritikus hőeséssel végződnek. A hőemelkedésekkel egyidejüleg ki-ki újul a betegnek már múlófélben levő icterusa, a máj tája nyomásra ugyan érzékeny, de spontan fájdalmasság nem jelentkezik. E tünetcsoport segélyével szerzőnek 17 esetben minden kétséget kizárólag sikerült a choledochusban ülő követ kórisméznie. (Münchener med. Wochenschrift 1906. 3. sz.)

Halász Aladár.

A verőeres nyomásról arteriosclerosisban ir *Erlenmeyer* a „Deutsche medizinische Wochenschrift" ez évi 7. számában. Végső következtetéseit a következő pontokban foglalja össze: 1. A verőeres nyomás fokozódása arteriosclerosisban a szervezet regulatorius önsegélyezése jelentőségével birhat, a mennyiben a betegséget létesítő ártalom leküzdését czélozza. 2. Arteriosclerosis azon eseteiben, a melyekben a verőeres nyomás nem fokozott, czélszerű a nyomást óvatosan fokozni és erre a czélra leginkább a hüvös (legfeljebb 30° C. hőmérsékü) szénsavassósfürdők ajánlhatók. 3. Közepesen fokozódott verőeres nyomás eseteiben

jodsók lassan fokozódó adagolásával iparkodjunk a vér viscositását csökkenteni és hosszú időn át ilyen állapotban megtartani. 4. A verőeres nyomás erős fokozódása esetén kellő időközökben megismételt kis vérbocsátásokkal iparkodjunk az érrepedés veszélyét távoltartani és egyúttal jodsókkal a viscositást is csökkenteni.

Gyógyítás a vérkeringés megszakításával. *W. Ewart*, a londoni György-kórház belgyógyászati osztályának egyik főorvosa subacut és idült izületcsúz, a synovia idült megvastagodása és torzító izületlob eseteiben nagyon jó eredményeket ért el egy újabb eljárással, a vérkeringés megszakításával. Lényege az, hogy a kóros végtagot vértelenné teszszük s azután gummicsővel leszorítjuk ½—5 perczre; a szorítás megszüntetésekor hirtelen kell a vérnek a verőerekbe áramlania, ennek elősegítésére czélszerű tehát a végtagot lógó helyzetbe hozni. Egy ülésben 3—6-szor szakítandó meg a vérkeringés 1—2 perczes időközökben; naponként két ülés tartandó. Ideglob vagy a verőerek elmeszesedése esetén az eljárás természetesen ellenjavalt. (The lancet, 1906. 4300. szám.)

Sebészet.

A vese kettészeléséről, a nephrotomia longitudinalisról közöl kimerítő kisérleti tanulmányt *Wildbolz*, berni docens. Mióta *Morris*, *Le Dentu*, *Israel*, *Tuffier* a nephrotomiák relativ veszélytelenségét hangsúlyozták, mindinkább bővült a nephrotomiák indicatioja. Vesesérüléseknél, pyelonephritis, zsákvese eseteiben a radikális nephrektomiák helyét mindinkább a nephrotomia foglalja el. Majd vesekövek ellen, a vese congestiós állapotaiban, sőt még a diagnostika czéljaira is ajánlják egyesek a vese kettészelését. *Wildbolz* vizsgálat tárgyává tette, vajjon helyes-e *Herman* és *Langemak* észlelése, a melyre nyulakon és kutyákon végzett kisérletek alapján jutottak, hogy a vese kettészelését nagykiterjedésű infarctusok keletkezése követi. *Wildbolz* kisérleteiben csak egészen jelentéktelen infarcirozást észlelt, a mely kis foka miatt a vese functioját alig befolyásolhatta. Ezen észlelésből az embernél végzett nephrotomiák következményeire azonban szabályt nem vonhatunk, mert az emberi vese anatomiája lényegesen különbözik úgy a nyúl, mint a kutya veséjének boncztanától. Vannak tapasztalatok, melyek szerint embernél a nephrotomia a vese jelentékeny functiós zavarát okozta, jelentékeny terjedelmű infarctus képzésére vezetett, addig viszont ismeretesek esetek, a melyek a vese lineáris gyógyulásával végződtek. Hogy melyik a gyakoribb eset, azt az állatkisérletek nem döntik el, mert itt a nephrotomiákat ép, az embernél pedig kóros vesén végzik. Az állatkisérletekből azt tudjuk meg, hogy minden nagyobb verőérág bántalmazása infarctusra vezet, melyet csak akkor kerülünk el bizonyossággal, ha sikerül a vesét természetes felezési felületén kettészelni. Embernél a nephrotomiák következményeiről végleges itéletet akkor alkothatunk majd, ha nagyobb számú klinikai megfigyeléssel fogunk rendelkezni. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906, 81. k. 1 f.)

Steiner Pál dr.

Az acut peritonitis gyógykezeléséről kimerítő tanulmányt közöl *Lennander*, upsalai tanár. Részletes fejtegetés után a következő tapasztalatokra jut:

I. *Az acut peritonitis gyógykezelésénél* törekednünk kell 1. *korai és lehetőleg részletes kórismére*, 2. *korai műtétre*, lehetőleg a praeperforatiós szakban; ha kiterjedt peritonitis keletkezését nem is sikerül meggátolnunk, igyekezzünk a *bélparalysis beállása előtt* operálni.

II. Minden műtétnél törekedjünk az acut peritonitis okának a megszüntetésére.

III. *Bélhűdés* esetén a műtétek közül számba jön 1. *enterostomia* (egy vagy többszörös) a béltartalom kiürítésével, 2. a *typhlo-* és *enterostomia* ferde sipolyok alakjában, 3. legvégső esetben a hüdött bél *resectioja*, mikor is az eltávolított béldarab legfeljebb két meter hosszú legyen.

IV. *Appendicitis-műtétnél* a vakbél és az ileum legalsó részletének paresise esetében vagy készítsünk mindjárt ferde sipolyt, vagy helyezzük ki a vakbelet a hasi sebbe, hogy esetleges későbbi bélhűdés beálltakor narcosis nélkül azonnal alkalmazhassuk a sipolyt.

V. Kezdődő genyes peritonitis (a mesenterium körül) esetében 40° meleg 0·9% konyhasós oldattal való *öblítés* csekély nyomás mellett nagyban elősegíti a geny kiürítését. Az öblítés szorítkozzék a kóros területre.

VI. Csak azon esetekben mossuk az ép peritoneumot is, ha beigazolódott, hogy az az infectio veszedelmét csökkentő leukocytosist idéz elő.

VII. Fertőzött, acute lobos hashártyafelületeket *drainezni* kell.

VIII. A műtéteknél egy segéd mindig készenlétben legyen *intravenosus infusiók* adására; főleg a vékonybelek eventratioja esetén van erre szükség.

IX. Az utókezelésben arra kell törekednünk, hogy a *gyomor-bélcsatorna* mielőbb visszanyerje *normális functioját*. Strychnin mint szívtonicum, ½—1 mgm. physostigmin ¼—½ órával a bélöblítések előtt jól beváltak. A bélhüdés leküzdésére legfontosabbak a gyomor és a béltractus kiürítését czélzó mechanikus eszközök.

X. A *nedvveszteség* mielőbb pótlandó; ha a szükséges vízmennyiség per rectum vagy a coecumon készített sipolyon át alkalmazható, úgy ez jobban czélhoz vezet, mint a subcutan vagy intravenosusan adott folyadék.

XI. A végbélen át való táplálásra nagyon megfelelő a szőlőczukor; coecális sipolyokba peptonizált tápanyagok adhatók.

XII. Néhány napon át a beteget subcutan is táplálhatjuk. 24 órán belül subcutan adhatunk 100—200 gm. oleum olivar.-ot, 160 gm. szőlőczukrot és 40 gm. alkoholt.

XIII. Per os ne tápláljuk a beteget mindjárt műtét után, mert ha nehezebben emészthető táplálékot, vagy nagy mennyiségű folyadékot kap a beteg, úgy megeshetik, hogy a bél az összenövések és megtöretések helyén nem birja bennékét továbbítani és stagnálás, sőt miserere állhat be.

XIV. Minden gyógyult beteg gondoskodjék a jövőben naponta könnyű székletétről és könnyen emészthető tápanyagokról. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906. 81. kötet, 1. füzet.)

Steiner Pál dr.

Bőrkórtan.

Az újabb hajfestő szerekről nyilatkoznak *Tomasczewski* és *Erdmann* (Halle a/S). A hajzat színe lényegileg három tényezőtől függ: a sejtek saját színétől, valamint azoknak festék- és levegőtartalmától. E tényezők variálásával színkülönbségek jöhetnek létre. A hajzat színének szándékos megváltoztatása alkalmával e tényezők megváltoztatása nem áll az ember hatalmában s így az egyedül festő anyagok alkalmazása által végezhető. E czélból már régóta bizonyos fémsók és növényi anyagok vannak használatban, újabban pedig bizonyos szerves anyagok. Mindezen szerek azonban jelentékeny hátrányokkal birnak: vagy hiányos a festődés, kedvezőtlen az általuk nyert színárnyalat, vagy pedig egyenesen mérgező hatásúak. A közkézen forgó hajfestő szerek közül a legtöbb pyrogallussavat vagy p-phenylendiamint tartalmaz, hatásuk ezeken alapul Ide tartoznak többek között a „diókivonat-festékek“, a „chinai hajfestő szer“, a „Jean Stehr“, a „Juvenia“ stb. című szerek. Jelentékeny haladást mutat a p-phenylendiaminnak más szerves basisok által való pótlása, mint a minő a metol, p-aminophenol és a p-amidodiphenylamin, mert a festődés ezáltal tökéletesebbé vált. De ezzel szemben az is bizonyos, hogy e szerek bőrizgató képessége nem jelentéktelen. Az idetartozó kisérletek ezt eléggé bizonyítják. Érdekes az a tapasztalás, hogy a bőr irritatioja mind a három basis használata alkalmával még 8—10 nap után is jelentkezhetik. A bőrizgalom elkerülését czélozva, szerzők aminosulfosavakkal kisérleteztek. Dermatitiseket ezek nem okoznak. Kisérleti czélokra oly sulfosavakat használtak, melyek alkalmas oxydatiós festékeket szolgáltatnak. E czélra alkalmasnak bizonyult az o-aminophenolsulfosav és p-aminodiphenylaminsulfosav natriumsóinak keveréke. A 96 egyénen végzett kisérletek közül csak egyetlen egyben volt igen enyhe bőrirritatio észlelhető. Szerzők ezek alapján a fentnevezett sulfosavak oldatát czélszerű és közgészségileg kifogástalan hajfestő szernek nyilvánítják. (Münchener med. Wochenschft. 1906. 8. szám.) *Guszman.*

A leukoderma psoriaticum-ról ir *H. Assmy* (Berlin) egy eset kapcsán. Az úgynevezett leukoderma psoriaticum, vagyis visszafejlödött psoriasis-plaque-ok nyomán létrejött depigmentatiók az utóbbi években többször kerültek észlelés alá. Lényege ezen bőrelváltozásnak meglehetősen homályos. Hogy nem az előzetes

arsen- vagy chrysarobin-kezelés következménye, azt szerző esete is bizonyítja, a melyben a beteg előzetesen 2 éven keresztül semmiféle psoriasisellenes kezelést nem kapott. A leukoderma psoriaticum tartama ugyancsak vitás, talán olyan sokáig fennáll hat, mint a leukoderma syphiliticum (körülbelül 3 évig). A mi a létrejöttét illeti, bizonyos, hogy psoriasis-plaque-ok nyomán keletkezik, nem úgy mint a syphilises leukoderma, melynek keletkezéséhez egyáltalán nem szükséges, hogy látható specifikus bőrelváltozások előzzék meg. A psoriasisos leukoderma ismerete azért fontos, mert olykor diagnostikai nehézségeket teremthet a leukoderma syphiliticummal szemben, főleg akkor, ha a nyakon jelentkezik. Általában azonban könnyű az elkülönítés, mert a localisatio, alak és rajzolat jelentékeny különbséget okoz. (Medizinische Klinik, 1906. 6. sz.) *Guszman.*

A pittylenről mint új kátránykészítményről nyilatkozik *Joseph* (Berlin). Szerző szerint a pittylen a kátrány jó hatásait teljes mértékben kifejti, a nélkül, hogy ennek kellemetlen sajátságaival birna. A pittylen a tülevelüek condenzált kátrányának és formaldehydnek keverékéből áll; igen finom, barnássárgás port képez; szaga igen csekély és nem kátrányos. *Joseph* a pittylennel csaknem két esztendőn át kisérletezett és a börbajok nak egy jó részében kipróbálta. Subacut és különösen chronikus eczemáknál igen jól bevált, szintúgy gyermekek impetiginosus eczemájánál. E czélból 2—10%-os pittylenes zinkpastát használt. Heves izgalmakat a szer állítólag nem okoz. Igen jó eredménynyel használható keratomáknál és vastag szarúsodásokkal járó eczema eseteiben is. Szintúgy bevált körömeczema, lichen ruber verrucosus és neurodermiák (lichen chronicus simplex) eseteiben. *Joseph* a pittylent acne vulgaris ellen is alkalmazta és csaknem specifikus hatást észlelt A kezelést pittylen-szappannal végeztette, a mi úgy történik, hogy a mosdás közben keletkezett szappanhabot naponta többször a börbe masszáltatjuk. Acne vulgaris ily módon kezelt 78 esete közül 67 ben (86%) volt jó az eredmény. (Derm. Centralbl., IX. k., 3. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A hólyagbántalmaknál felmerülő diagnostikai nehézségek tárgyalásában *Thomas Myles* első helyen a prostata megbetegedéseiről szólva, megállapítja azt, hogy a kezdődő carcinomát az egyszerü hypertrophiától a legtöbb esetben alig lehet megkülönböztetni. Értekezése során a köveknek szánt fejezetben azt vitatja, hogy kőkutasz avagy hólyagtükör bevezetésére csak akkor kerüljön a sor, a mikor a rendelkezésünkre álló többi diagnostikai segédeszközt már igénybevettük, hiszen elég gyakran a bimanuális palpatio is, a röntgenezés pedig csaknem mindig eredményre vezet. Legérdekesebbek azon megfigyelései, a melyek a mellett szólnak, hogy a hólyagban nem is olyan ritkán gummák is keletkeznek, máskor pedig a syphilis nyomán hólyaghüdés áll be. Ily esetekben úgy joddal, mint higanynyal teljes gyógyulást remélhetünk. Tanulmányában az érdekes kórtörténetek egész sorozatát közli. (Med. Chronicle, 1905. november.) *Drucker Viktor* dr.

A húgycsőkankó belső kezelésénél oly nagy szerepet játszó balzsamok nyomán keletkező és általánosan ismert kellemetlen mellékhatások arra indították *H. Vieth* és *O. Ehrmann* t, hogy ezen anyagok — kopaiva-balzsamfajok, fenyő- és kawagyanta, terpentin, santal-, czedrus és borókabogyó olaj — értékét úgy gyógyszertanilag, mint klinikailag kipróbálják. E czélból a fennebb megjelölteket alkatrészeikre bontva, sikerült négy különálló, de genetikailag összetartozó vegysorozatot: úgymint a terpeneket, a terpenes alkoholokat, a gyantasavakat és egyéb közömbös gyantákat és estereket elkülöníteni. Ezen már elkülönített vegyekkel egyenként eszközölt tömeges állatkisérletek kimutatták, hogy a terpenek már külsőleg alkalmazva is erősen lobokozók, belsőleg pedig a diuresis fokozásával veseizgalmat és ennek folyamán fehérje-, utóbb pedig vérvizelést okoznak. Ezen tünetek csoportról csoportra csökkennek és míg a gyantasavak az alkalikus bélnedvben gyantaszappanná alakulva kólikás hasmenésre vezetnek, addig a negyedik osztályba tartozó közömbös esterek használata után már sem vese-, sem bélizgalmak nem keletkeznek. Szerzőkben tehát azon gondolat érlelődött meg, hogy az erősen izgató vegyek kikapcsolásával és a balzsamokban talált egyéb alkatrészek esterizálásával oly gyógyszert állítsanak elő, a mely kedvező kankóellenes tulajdonsága mellett minden kellemetlen mellékhatástól mentes Ezen előnyöket feltalálni véliik a Knoll-czég által forgalomba hozott *santyl* nevü, csaknem íz- és szagnélküli, szalmasárga olajban, a santalolaj salycilsavas esterében, a melyről még kiemelik azt is, hogy a szervezetben salicylsav hasad le belőle, a mely a cystitist kedvezően befolyásolja. Klinikai megfigyeléseik szerint ezen készítmény csökkenti a húgycső égető érzését, a vizelési fájdalmat és a vizelésingert, csillapítja a kínzó merevedést, a kifolyás csakhamar kevesbedik, a zavaros vizelet rövid idő alatt feltisztul. Végezetül azonban hangsúlyozzák azt is, hogy sem a santyllal, sem bármely más balzsammal helyi kezelés nélkül a húgycsőkankót teljesen kigyógyítani nem lehet. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 2. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Az ureterplastikának egy oly módja sikerült *P. Fiori*-nak, a mely a mai napig egyedül áll az irodalomban Ureterkőben szenvedő 21 éves fiatal asszonynál, a kinek jobb húgyvezetője 14 év óta több helyen szükült, az ureter és a hólyag között új utat létesített azáltal, hogy egy vastag (30 Charrière) sonda körül mesterséges csatornát alkotott, melynek falazatát részben az ureter magasságában levő peritoneumduplikaturából vett kötőszövetszelvény, részben pedig az ureter és a psoas között fekvő medenczekötőszövetréteg képezte. A gyógyulási idő 33 napig tartott. Hét hónappal a műtét után az ureterkatheterismus és a segregator igazolták azt, hogy az új út teljesen átjárható, valamint azt is, hogy a megfelelő vese jól működik. (Arch. internat. de chirurg. 1905. II. köt.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Collargol idült cystitis ellen. Arra irányuló törekvésükben, hogy olyan folyadékot találjanak, a mely a Röntgen-sugarak számára átjárhatlan és a hólyag nyálkahártyáját nem bántalmazza, *Völcker* és *Lichtenberg* collargollal is végeztek kisérleteket s az említett czélra a 2%-os oldatot nagyon alkalmasnak találták. E közben azt a tapasztalatot is tették, hogy a collargolbefecskendezések nagyon jó eredménynyel használhatók cystitis eseteiben. Igy idült cystitis ellen 1%-os collargololdatból 100 cm^3-t visznek a hólyagba és ezt minden káros következmény nélkül tetszés szerinti hosszú ideig benhagyják. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1905. 33 szám.)

Meningitis cerebrospinalis epidemica egy esetében feltünő jó eredménynyel használta *Schwald* az unguentum Credé t, a melyből naponként 7·5 grammot dörzsöltetett be a törzsnek szappannal és borszeszszel jól megtisztogatott bőrébe; 4 bedörzsölés után a beteg teljes reconvalescentiában volt. (Deutsche medizin Wochenschrift, 1905. 35. szám.) *Bjorkman* szintén dicséri az említett baj ellen a Credé-kenőcsöt, ő azonban e mellett a rövidre nyirott hajú fejre az orrgyöktől a tarkóig terjedő kötést is tesz 1½% formeldehydet és acetanilidet, valamint 1—10% kresamint tartalmazó oldatba mártott bórgaze zel, mely fölé a gyors kiszáradást megakadályozó szövetet helyez. A kötést megszáradása után megújítja. (Merck's Archives, 1905. január.)

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. márczius 9.

Kinevezés. Az igaságügyminister *Bársony János* dr. egyetemi ny. r. tanárt, *Bókay Árpád* udv. tan. egyetemi ny. r. tanárt, *Erőss Gyula* egyetemi ny. rk. tanárt, *Krepuska Géza* dr. egyetemi magántanárt, *Oláh Gusztáv* dr. országos elmegyógyító-intézeti igazgatót, *Ritoók Zsigmond* dr. budapesti orvost, *Székács Béla* dr. kir. tanácsost, közkórházi főorvost, *Tauffer Vilmos* dr. udv. tan., egyetemi ny. r. tanárt és *Tóth Lajos* dr. min. tan. egyetemi magántanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjaivá további három év tartamára újból kinevezte.

Választás. *Lányi Izidor* dr.-t Herczegszántó község orvosává választották.

Jubileum. *Téchy József* dr. járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos 50 éves orvosi jubileumát ünnepelték a napokban Kúnszentmiklóson.

A Lahmann-sanatorium vezetését április 1.-én *During* tanár, a kieli egyetem bőr- és bujakórtani klinikájának igazgatója veszi át.

A nagyobb állami népiskolákhoz iskolaorvosokat szándékozik alkalmazni a vallás- és közoktatásügyi minister. A szabályzat már el-

készült s az intézmény, a menyiben a törvényhozás a megfelelő fedezetet a minister rendelkezésére bocsátja, már az 1906/7. tanévtől kezdődőleg életbe lép. Az iskolaorvosoknak nemcsak az lesz a feladatuk, hogy az iskola-helyiségeket és környéküket egészségügyi szempontból szemmel tartsák, hanem főteendőjük az lesz, hogy a gyermekeket megóvják a tanulás és az iskolába járás által keletkezhető egészségügyi ártalmaktól. Egy-egy iskolaorvost rendszerint 10, legfeljebb azonban 20 osztály felügyeletével szándékoznak megbizni; tiszteletdija minden osztály után évi 40 korona lesz.

Trachoma-tanfolyamok tartása. A trachoma kórtanából és gyógyitásából az 1886: V. t.-cz. 4. §-a értelmében községi kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbizásából 1906. junius hó 15—24-ig bezárólag tiz napig tartó trachoma-tanfolyamok fognak tartatni. És pedig: 1. *Budapesten* a kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján és a székesfővárosi szent István-közkórház trachoma-osztályán. Felvétetik legfeljebb 30 hallgató. 2. *Kolozsvárt.* A magyar kir. Ferencz József tudomány-egyetem szemklinikáján. Felvétetik legfeljebb 15 hallgató. 3. *Pozsonyban* a magyar kir. állami kórház szemészeti osztályán. Felvétetik legfeljebb 12 hallgató. A résztvevő községi, kör- és hatósági orvosok úti költségük megtérítésén kivül 8 korona napidijban részesülnek. A jelentkezések a választott hely megjelölésével folyó évi április hó 30.-ig a közigazgatási felettes hatóságuk útján a magyar kir. belügyministerhez intézendők, a ki a felvétel felett dönt. (20,786/1906. B. M. sz.)

Elhúnyt: *Kende Mór* dr. székesfővárosi gyakorló orvos e hó 3.-án 41 éves korában. — *Bukovszky Endre* dr. községi orvos Técsőn 50 éves korában február 27.-én.— *Baranyai Vilmos* dr. gyermekorvos 34 éves korában Budapesten.

Kisebb hirek külföldről. Lyonban *Polossa* dr.-t a nőorvostan tanárává, Nancy-ban *Haushalter* dr.-t a gyermekorvostan tanárává és Paduában *E. Belmondo* dr.-t az elmekórtan rendkivüli tanárává nevezték ki. — Lembergben *J. Wierkowski* dr. a belorvostan rendkivüli tanára lett. — *Cl. Schilling* dr.-t a berlini „Institut für Infectionskrankh."-ben a tropusi betegségekkel foglalkozó osztály vezetőjévé nevezték ki.

A lisszaboni orvoscongressuson résztvevők számára elkerülhetetlenül szükséges a lakásról való előzetes gondoskodás, a mit a congressus magyar bizottsága magára vállal mindazon congressusi tagok részére, a kik nála jelentkeznek s a 25 K. tagsági díjat hozzá beküldik. Az előrehaladt időre való tekintettel azonban szükséges, hogy a jelentkezés mielőbb megtörténjék. Jelentkezni lehet a bizottság elnökénél: Tóth Lajos dr., ministeri tanácsosnál (Budapest, V. ker., Hold-utcza. Közoktatásügyi ministerium) és titkáránál: Szegedy-Maszák Elemérnél (Budapest, VIII. ker., Rökk Szilárd-utcza 41.) Az olasz, franczia, spanyol és portugál vasutak a congressus tagjai részére 50%-nyi menetdijkedvezményt engedélyeztek.

Megjelent. Az igazságügyi orvosi tanács munkálatai. Kiadja a magyar kir. igazságügyministerium. Szerkesztik: Korányi Frigyes, Réczey Imre, Balogh Jenő, Genersich Antal, Moravcsik E. Emil és Schächter Miksa. 3.—5. füzet. — *Ludwig Török*: Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten. Wien, A. Hölder.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét február hóban 55 esetben vették igénybe. A műtétek száma 37 volt.

A budapesti egyetemi II. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét február hó folyamán 136 esetben vették igénybe; a műtétek száma 104 volt.

A budapesti poliklinikán február hóban 4081, új beteg jelentkezett; a rendelések száma 11,439 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület február hóban 170 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 26 betegszállitást végzett, 37 esetben mint mozgóőrség teljesitett szolgálatot, 5 esetben pedig téves jelentés folytán vonult ki. Összesen tehát 238 esetben működött.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya február hóban összesen 77 esetben nyujtott segélyt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 7. hetében (1906. február 11.-től február 17.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 433 gyermek, elhalt 322 egyén, a születések tehát 147-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 7·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 12, apoplexia cerebri 13, convulsiones 9, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 13, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 0, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 10, pneumonia 21, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 65, emphysema pulm. 5, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 1, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 3, alii morbi hepatis 5, alii m. org. dig. 1, nephritis 5, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 21, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 2, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 7, scarlatina 4, pertussis 2, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 5, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3764 beteg, szaporodás 929, csökkenés 830, maradt e hét végén 3802 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 198 (159), vörheny 23 (31), álh. gége- és roncsoló toroklob 27 (20), hökhurut 31 (25), gyermekágyi láz 3 (1), hasi hagymáz 5 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 32 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 2 (0), járv fültőmirigylob 14 (3), trachoma 7 (12), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Lapunk mai számához a következő prospektusok vannak mellékelve:

a) **Protylin:** F. Hoffmann-La Roche & Cie, Grenzach és Basel,

b) **Lactophenin:** Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M.

Egy budapesti jól látogatott belgyógyászati sanatorium részére bennlakó **alorvos** kerestetik. Szükséges feltételek: 1—2 évi klinikai vagy kórházi belgyógyászati gyakorlat, jártasság a chemiai vizsgálati módszerekben, massageban és esetleg hydrotherapiai eljárásokban. Felvilágositást nyújt a közelebbi feltételekről: **Dr. SURÁNYI MIKLÓS**, VI., Nagy János-utcza 9. 3—4 óra között.

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

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapitó vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, sziverősitő, lobellenes** hatóanyaga **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaekologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint vértelenitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy üveg** = 30·0 gr. **Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere **a kóros** ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró betegek részére is). **Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

Dr. Widder Bertalan operateur **testegyenesitő** (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.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések.

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.**

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

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

Vízgyógyintézet és **sanatorium Pécs, Sétatér.** Egész éven át látogatva. Felvétetnek **bennlakók** és **bejárók. Vízgyógykezelés, massage, elektro-, psychotherapia. Frenkel-féle tabeskezelés. Villanyos fény-, gőz-, kéneés szénsavas fürdők.** Gondos orvosi felügyelet. **Kitünő pensio, lakás** és **vízkúra hetenként 60 korona.** Kitünő forrás-ivóviz. Főorvos: **dr. Tolnai Vilmos.**

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

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51) **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbantalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tud. ülés 1906. márczius hó 3.-án.) 371. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (VII. rendes ülés 1905. október 19.-én.) 373. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tud. ülés 1906. évi márczius hó 3.-án.)

Elnök: **Stern Samu.** *Jegyző:* **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. Jelenti, hogy *Kende Mór*, az egyesület rendes tagja meghalt. Az egyesület részvétének a jegyzőkönyvben ad kifejezést. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Donáth Gyula*, *Salgó Jakab* és *Schwarz József* tagtársakat.

Az orvos és az alkoholkérdés.

Donáth Gyula. (Egész terjedelmében közöljük.)

Az alkoholismus gyógytanának jelen állása, különös tekintettel az alkoholellenes mozgalomra.

Salgó Jakab: Az alkoholnak mérgező hatása többféle kóros és abnormis tünetben és tünetcsoportban nyilvánul, és hatása különbözik nemcsak az élvezett szeszmennyiség, hanem az ital alkoholtartalma és nem kis részben az egyének szerint.

Nagyjában megkülönböztethetünk typikus alkoholmérgezési tüneteket és állapotokat, és atypikusokat. A typikus alkoholmérgezés csak az alkoholtól (annak mennyiségétől, illetve concentratiojától) függ és lefolyása szerint heveny vagy chronikus. Első helyen áll a halálos intoxicatio, a hol az elfogyasztott alkohol nagy mennyisége folytán általános hűdések, teljes önkivületesség és a hőmérsék erős esése állnak be és a halálos kimenetel a szeszfogyasztás után néhány órával vagy egy nappal következik be.

Olyanoknál, a kik hosszabb időn át nagyobb mennyiségű alkoholt élveznek, a delirium alcoholicum, a heveny hallucinatorius zavartság jól ismert kórképe fejlődik, mely néhány nap alatt gyógyulással végződik. A tünetekre nézve különböző, lefolyásra azonban hasonló chronikus alkoholismus kórképei észrevétlenül lassan fejlődnek.

Ugy a chronikus alkoholismus paranoiás kórképe, mint a fokozatos szellemi hanyatlással és egyes hűdésekkel a terjedő hűdéses elmezavarra emlékeztető, valamint a némely esetben észlelt Korsakoff-féle kórkép és a neuritis alapján fejlődő idegrendszerbeli bántalmak évek hosszú során át kezdetben alig észrevehető tünetekkel köszöntenek be, olyan tünetekkel, melyek a jellem változásában, fokozódó ingerlékenységben, a munkaerőnek és munkakedvnek leszállításában, állandó tremorban, ritkábban apoplektiform rohamokban, neuralgiás fájdalmakban állanak, a melyekhez a további fejlődés folyamán egyrészt a paranoiás kórkép jellemző tünetei: szaglási és ízlési hallucinatiók, mérgeztetési és hűtlenségi téveszmék, másrészt egyre fokozódó paresisek, értelmi kiesések és az emlékező képességnek tetemes hanyatlása csatlakoznak.

Az alkoholmérgezésből eredő ezen psychotikus bántalmak gyógykezelése természetszerűen elmebetegintézetekben folyik. Azonban már ezeknek sem képesek az intézetek teljesen megfelelni. Nevezetesen a heveny alkohol-delirium gyógyulása nincsen befejezve a delirium megszüntetésével és a csekély motorius tünetek visszafejlődésével, mert a restitutio nem szünteti meg a baj kiújulására vezető iszákosságot. Az elmebeteg intézetek mai szervezete és az intézetek állandó szükségállapota az iszákosság leküzdésére nem terjeszkedhetik ki.

Még kevésbé felelnek meg az elmebetegekre vonatkozó mai szabályok és intézkedések azon eseteknek, a melyekben szoros értelemben elmebetegségről nincsen szó, azoknak az eseteknek, a melyekben az alkohol mérgező hatása atypikus reactiót szül. Idegrendszerbeli zavarokra praedisponált vagy teljesen validus fiatal egyéneknél nagy alkoholexcessus súlyos önkivületi állapotot vált ki, mely perczekig vagy 1—2 óráig tartó erőszakos kitörésekkel és közveszélyes cselekedetekkel jár, de a mely kóros állapot, bár minden hasonló excessushoz fűződik, mégsem képezheti hosszabb intézeti kezelés tá gyát, mert a kóros állapot elmult, még mielőtt észlelés alá került volna, és az elmebetegintézetek nem vállalkozhatnak prophylaktikus őrzésre. Ugyszintén azok az esetek, a melyekben az iszákosok igen nagy hangulatbeli eltéréseket, erkölcsi romlást, jellembeli depravatiót, rendszeres munkára való képtelenséget, stb. mutatnak, de a meiyekben tulajdonképeni elmezavarról nincsen szó, sem találnak megfelelő elhelyezést a mai elmebetegintézetekben. És pedig nemcsak azért nem, mert állapotuk nem felel meg a törvény kivánta feltételeknek, hanem főképen azért sem, mert a tébolydai tartózkodás ezeknek nemcsak hogy javulást vagy gyógyulást nem hoz, hanem a lelki és testi züllést még csak sietteti.

Ezeknek a viszonyoknak helyes felismeréséből és az alkohol okozta egyéni és sociális romlás tapasztalásából indult ki az a nagy társadalmi mozgalom, a mely az alkoholismus leküzdésére vállalkozott.

A mozgalom abból a helyes felfogásból indult ki, hogy az ok megszüntével megszünik az okozat: ha nem isznak alkoholt, nem is lesz alkoholismus. De már a mozgalom kezdetén két részre szakadt a küzdő tábor, t. i. az abstinensek és a mérsékeltek táborára. Az egyik csak a nagy károkat látja, miket az alkohol élvezése okoz, és utal arra, hogy az alkohol sem nem tápláló, sem nem roboráló szer és azért teljesen nélkülözhető; a másik rész ellenben jobban vél czélt érni, ha az emberiséget egy megszokott élvezeti czikktől nem akarja megfosztani, hanem felvilágosítás és kioktatás által megkisérli csupán a mérgezés veszélyeit elhárítani és a pusztításokat meggátolni.

Mireánk orvosokra a kérdés dogmatikus és agitatorius része nem tartozik. Concedáljuk és concedálhatjuk, hogy az alkohol mint tápszer és roborans nem jön tekintetbe, hogy az alkohol mérgező hatású és pedig első sorban a központi idegrendszer működését károsan befolyásolja, sőt tönkreteszi. Ezen orvosi meggyőződésünkből kifolyólag minden olyan törekvést a legerélyesebben támogatunk, mely az alkohol által előidézett bajokat gyógyulásra viszi és az alkohol mérgező hatásának megnyilvánulását megelőzi. Készségesen elismerjük azokat az eredményeket, melyeket az antialkoholos mozgalom ezen a téren már elért és kötelességszerűen hozzájárulunk ezen értékes eredmények ápolását hoz és gyarapításához. De a propagandának azon, szerintem túlzott kijelentéseihez hozzá nem járulhatunk, melyek az alkoholmennyiséget közömbösnek és egyforma veszedelmesnek mondják és azért csak a teljes abstinentiával gondolják megoldhatónak a kérdést. Erre az orvosi tapasztalat nem nyújt kellő alapot. És egyéni meggyőződésem szerint a teljes abstinentiát prédikáló apostolok az alkoholismus elleni mozgalom hódító erejét csak gyengitik. Utopiának fog bizonyulni a teljes abstinentiába vetett egyedül üdvözítő hit az antialkoholikus mozgalomban, a mint utopiának bizonyulna egy antiluetikus mozgalomban a tökéletes coelibatus követelése, ámbár a lues teljes megszüntetésére alig van biztosabb prophylaxis, mint a teljes nemi abstinentia.

Azért az alkoholismus leküzdésére szükségesnek, de egyszersmind elérhetőnek is tartom, hogy az alkohol élvezése folytán megbetegedett, vagy állandóan abnormis állapotba jutott egyének a megállapitott iszákosság alapján gondnokság alá helyeztessenek, tekintet nélkül arra, hogy elmebetegségük tartós, vagy hogy egyáltalában szoros értelemben vett elmebetegségben szenvednek vagy nem. Szintúgy gondnokság alá kerüljenek azok, a kiknél minden alkoholélvezés, a legcsekélyebb is, abnormis reactiót szül. Az ilyen egyének külön intézetekbe helyeztessenek el, a melyekben való tartózkodásuk nem a kóros vagy abnormis tünetek konstatálásától függ, hanem egy hosszú időn át folytatott teljes abstinentia folyamán velük tett tapasztalattól. Az intézeti tartózkodás ideje nem lehet egy évnél rövidebb és az elbocsátással nem jár egyszersmind a gondnokság feloldása. Ez csak további két évi próbaidő eltelte után kisérelhető meg.

Az ilyen gondnokság alatt álló egyéneknek vagy egyáltalán kiskorúaknak az alkohol kiszolgáltatása, kivéve orvosi rendelésre, büntetendő cselekmény. Büntetendő cselekmény az is, ha notorius iszákosoknak vagy részegeknek italt mérnek, szeszes italokat hitelbe adnak.

Nem engedhető meg, hogy bármilyen szerződés alapján alkohol, mint a munkadíjazás egy része szolgáltassék ki, vagy rendes járulékként szerepeljen.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Mutatis mutandis lényegben egyetért előadóval. Közelebbről fejtegeti a tuberculosis és alkohol viszonyát egymáshoz. Konstatálja, hogy egyébként nem disponált szervben, nyelőcsőben, gyomorban az alkoholos italok szokványos, sőt mértéktelen használata sem képes dispositiót teremteni a tuberculosus megbetegedésre, a mit a bársing és gyomortuberculosis nagy ritkasága és akkor is secundaer volta igazol. Az alkoholnak a szervezetre kifejtett általános hatása és a gümőkór közti összefüggésről eltérők a szerzők véleményei. Némelyek nem látják az összefüggést közvetetlennek és pathophysiologiai bázison ajánlják az alkohol alkalmazását, mások meg mindig félnek tőle, tartván a szeszadás kétélű fegyverétől. E divergentának élét hozzászóló szerint még fokozza az alkohol támadóinak Liebermann tanár által is hangsúlyozott túlzása az elriasztó indokolásban. Kétségtelen, hogy pl. a gastritis alcoholica is praedisponál tbc.-re, mint minden a szervezetet depraváló tényező, azonkivül hat a nép szegényitése által s azzal, hogy a megfelelő anyagi eszközöket szükséges czéloktól vonja el. Mit lendíthetne mondjuk Magyarország szervezett munkássága (53,169 munkás), ha az évente alkoholos italokra kiadott 43—44 millió koronát csak részben lakásviszonyainak javitására s táplálkozásának, hygienikus állapotának javára fordítaná!

A phthiseotherapiában a legtöbb orvos nélkülözhetetlennek és hasznosnak tartja az alkoholt. Lehet ugyan sokszor helyettesiteni hydriatikus eljárással, antipyresissel, stb., mégis azt a perhorreskálást, melyben az alkohol Forel részéről mint szövetkimélő anyag részesül, a szer nem érdemli meg.

Mindamellett nevelési szempontból hozzászóló az abstinentiát hirdetőknek ad igazat. Tüdőgyógyintézetekben is arra kell törekedni, hogy kellő helyes irányban neveljük a népet s eléggé óvhassuk a gümős betegség terjedésének egy oly hatalmas okától, a melyet az alkoholismus terjesztette szegénység képvisel. Az Erzsébet királyné-sanatorium e téren már szintén megteszi a magáét s fokozatosan eltér a német sana-

toriumnak példájától, mely az alkoholos italoknak a diaetában is tért enged.

Unterberg Hugó: Salgótól azt hallottuk, hogy az alkohol élvezeti szer. S ha ezt a szót úgy értelmezzük, hogy stomachicum, constatálom, hogy az nem álláspont. 1760-ban Mosse vallotta ezen nézetet, de Bikfalvi, Buchner, Volk stb. bebizonyították, hogy az alkohol az emésztést gátolja, a mint a chemia is bizonyítja, hogy a serumalbumint, globulint, sőt a peptonokat is kicsapja. De ha az „élvezeti szer" csak szólásmód, akkor inkább élvezetes szer, miről az embereket nehéz leszoktatni. De le lehet szoktatni, a mint a morphiumról, aetherről, sőt a köpködésről is le lehet szoktatni az embereket. Hallottuk Donáthtól, hogy 60 millió amerikai embert le lehetett szoktatni az alkoholról. Lehet-e összehasonlítani azt az embert, a ki kevés alkoholt iszik, a fegyházba, tébolydába jutott alkoholistával? Lehet, de az előbbi hátrányára. Mert ez utóbbi elrettentő példa, amaz pedig csábító az alkoholismusra.

A ki idealista és abstinens s látja, hogy 10—15,000 delirium tremenses van Németországban, kérdi, nem lehetne-e kis élvezetről leszoktatni az embereket. Le lehet, de csak példaadással. Kuthy azon megjegyzésével, hogy a gümőkórra nem lehet nagy befolyással az alkohol, mert az oesophagusban és gyomorban nincs hatása, nem ért egyet, mert chronikus gastritist okoz és ennek a szervezetre nagy hatása van. Kívánatos, hogy Kuthy minél előbb teljesen megvonja betegeitől az alkoholt.

Hollós József: Nem hallgathatja el, hogy Salgó szavai nagy veszélyt rejtenek magukban az antialkoholista mozgalomra nézve. Salgó az alkoholt, mint élvezeti szert tudományos szempontból is megengedhetőnek, sőt szükségesnek tartja. Nem áll vakon az irányzat kényszerűsége alatt.

Konstatálja, hogy a szesz nem lehet olyan kártékony, mert ha annyira kártékony volna, már nem is volnánk.

A mennyiben a szesz élvezeti czikk, nem tisztán orvosi kérdés, hanem sociális kérdés is. Senkinek sincs joga a Noe óta fennálló alkoholélvezetet a mai korban fennálló alkoholismussal összehasonlítani. Nem a kórházak, fegyházak, toloncházak áldozatairól beszélek, de azon alkoholismusról, melynek növekedését az elhasznált szesz mértéke jelzi és mely mértani arányban növekszik. Ez a progressio a bor és pálinkafogyasztás 100%-os emelkedését jelzi évenként és fejenként. Ez az emelkedés az utolsó 25 év eredménye és ennek kezdete összeesik a mai osztályuralommal, a mai munkaviszonyokkal, a gyári ipar fejlődésével, melylyel egyidejű a munkásosztály elnyomatása és a nagy tőke concentrálása. Ilyen kritikus korok máskor is voltak, például az ótestamentumban, a népek fénykorában, a decadentiát megelőző időben.

Másrészt az alkoholismust fejlesztették az orvosok. Megindult az alkohol iránti szeretet, a pálinka, mint valami aqua vitae rendelése. Ez ellen küzdeni kell, és pedig nemcsak az alkoholismus, hanem az alkohol ellen is. Ha majd az alkohol megszűnik, nem kell küzdeni az alkohol ellen, mert nem lesz meg a narcosis utáni vágy. Az ivási kényszer alól sem vonhatjuk ki magunkat, ilyenek társadalmi berendezéseink. Ezért ne a mértékletességet mondjuk ki, hanem az abstinentiát. A mértékletesség határa nem állapítható meg, azért mikor a gyárkémények alatt prédikálunk, csak az abstinentiát hirdethetjük, csak a teljes abstinentiát, de a melyet példával kell megmutatnunk.

Az abstinens minden egyes esetben erős psychikus hatásokat érez, erős emberré lesz, lelki tőkét szerez magának és szabad idejében ivás helyett művelődik. Ezért veszedelmesnek tartom a mértékletesség prédikálását, mert ez a gyakorlatban mit sem ér, a mértékletesekből válnak a mértéktelenek, csak a teljes abstinentia vezet czélhoz.

Pándy Kálmán Salgóval szemben felhozza, hogy elmegyógyintézetben az alkoholistát meg lehet gyógyítani, de csak úgy, ha alkoholhoz nem jut. Hasonlóképen azt az alkoholismust, mely az alsó néposztályból megtölti a fegyházakat, tébolydákat, tüdővészes sanatoriumot, nem lehet mértékletességgel, hanem csak teljes abstinentiával gyógyítani. Az alkohol rendelésének szükségét sohasem látta. Kuthynak megjegyzi, hogy most olvasta egy német szerző művében „Die gute Luft ist der beste Wein" mondást; ezek az igazi phthiseotherapeuták.

Benedict Henrik: Nem lehet szándékom az itt elhangzott vádbeszédek számát még eggyel szaporítani, de még kevésbé az alkohol védelmében az „advocatus diaboli" háládatlan szerepére vállalkozni. Egyszerű tanuvallomásra jelentkezem, a mint általában azt hiszem, hogy a színtelen, sine ira et studio való tanú ténykedése legjobban illik foglalkozásunkhoz és az orvosegyesülethez. Miképen volt lehetséges, hogy emberek hosszú időn át olyan anyaggal táplálkoztak és e mellett igen nehéz munkát végeztek, mely nem is táplálék, hanem méreg? Minthogy az alkohol méreg és nem táplálék és hogy azért nem lehet táplálék, mert méreg, ez ama tétel, mely az antialkoholista iratokon, Forel, Kassowitz és követőik munkáin vörös fonál gyanánt végighúzódik; következnék belőle, hogy az emberiségnek — sajnos — jelentékeny része egy protoplasmaméreggel élt, élt, de nem táplálkozott, mert egy és ugyanaz az anyag nem lehet táplálék is, méreg is.

Engedjék meg, hogy az antialkoholistáknak ezen sarkalatos tételén eldemonstráljam, milyen kevéssé tudnak bizonyos jelszavak, melyek talán a propagandának igen jó szolgálatokat tesznek, az objectiv tudomány itélőszéke előtt megállani. Tehát az alkohol protoplasmaméreg. Mi egy protoplasmaméreg? Nos, ez igen tág fogalom.

Ha ezt a pohár vizet megiszom, egy protoplasmamérget vettem magamhoz; hiszen köztudomású, hogy a víz a vörösvérsejteket feloldja. A gyomor is előbb híg sóoldatot készít a vízből, mielőtt a felszívódás útján a vérbe kerül. De maga a só is méreg vagy legalább károsan hat a sejt tevékenységére; a vörösvérsejt zsugorodik, a békaizom nem húzódik össze, az amoeba életműködései megszünnek, ha az ezeket körülvevő közeg sótartalma egy bizonyos, igen alacsony concentratio fölé emelkedik. Itt van továbbá a czukor. Senki sem kételkedik benne, hogy ez a szervezet legfőbb energiaforrása, hogy a czukrot szolgáltató anyagok ideális tápanyagok. De a czukor is méreg. Tápanyag csak addig, míg a vérsavóban való mennyisége igen alacsony concentratiót, 2%o-t meg nem halad, de méreggé válik, mihelyt a szervezetnek azon berendezései, melyek a vérsavónak ezen alacsony czukorconcentratioját garantálják, valamely oknál fogva elégtelenekké válnak és a hyperglykaemia beáll; olyan méreggé, mely jóformán mindazokat az elváltozásokat képes előidézni, melyeket Donáth a chronikus alkoholismus következményes bajai gyanánt felsorolt: szívdegeneratiót, arteriosclerosist, neuritist, nephritist, tüdőtuberculosisra való hajlamot stb. stb.

Az utolsó példából nyilvánvaló, hogy a „tápanyag" és „méreg" csak relativ fogalmak és hogy mérgező hatás csak akkor lép előtérbe, ha az illető tápanyag olyan mennyiségben kering huzamosabb ideig a vérben, melyet a szervezet elég gyorsan feldolgozni — esetünkben szénsavvá vagy vízzé elégetni — nem tud. Igen exact vizsgálatok kimutatták már, hogy elvbeli különbség az alkohol és a többi nitrogenmentes tápanyag közt nincs; csak quantitativ különbségek léteznek a fehérjekimélés tekintetében, a mennyiben a szénhydratok után a zsír, a zsír után az alkohol következik. Mégis ragaszkodnak azon körülménynél fogva, hogy alkohol adása mellett a fehérjebomlás nagyobb, mint szénhydrat és zsíradás mellett, azon régi kedvelt felfogáshoz, hogy az alkohol a protoplasma fehérjéjét „elölte". De mennyire téves e felvétel, mutatják a kisérletek, melyeket Török Bélával együtt végeztem és melyekről mult évben az orvosegyesületnek beszámoltunk: épen diabetikusokon ki lehetett mutatni, hogy ott, a hol a szénhydratok egyáltalában nem, a zsiradékok az acetontestek képződése folytán csak tökéletlenül bontatnak fel, az alkohol mint fehérjekimélő legelső helyen áll, úgy hogy a sorrend ott épen megfordítva alakul: alkohol, zsír, szénhydratok.

Ezen egy kérdés feltevésével, mely azonban az alkohol biologiájának és pathologiájának a fundamentumát képezi, távolról sem akartam az alkoholt mint tápanyagot ajánlani; tavalyi előadásunkban, mely a diabetessel foglalkozott, szintén csak okkal-móddal és szigorú indicatiók alapján ajánlottuk a czukorbetegeknek. Csak be akartam bizonyítani, hogy egy tápanyag összes qualitásaival bir, be akartam bizonyítani, mennyire megtévesztő a kedvelt alternativa: „tápszer" vagy „méreg", be akartam bizonyítani, hogy azok a tudományos jelszavak, melyekkel az antialkoholismus a harczba indul, nagyrészt legfeljebb félig egészségeseknek mondhatók. Pedig épen azért, mert az alkohol elleni küzdelem jó és egészséges ügyet szolgál, melynek számára nemcsak a tömeget megnyerni, hanem a legjobbak közreműködését megszerezni első kötelesség, épen ezért tartózkodjunk minden túlzástól s őrködjünk szigorúan a felett, hogy fegyvereink tisztaságához a legkisebb gyanú se férhessen.

Dumitrianu Ágoston: Nem antialkoholista, maga is fogyaszt alkoholt. De ismeri a népet a fővárosban és vidéken, tudja milyen viszonyok között lakik és hogy e lakásviszonyok terjesztik a tuberculosist. Nemcsak a szegény nép, de jobbmódúak se törődnek a jó lakással. Legkivált pedig nem törődnek a vagyonos birtokosok napszámosaik, munkásaik jólétével, csak igavonó marháknak tekintik őket. A pálinkát kárhoztatja főként, mert méreg, de legkivált az, melyet romlott kukoriczából főznek. Elfogadja Salgó indítványából azt, hogy pálinkát ne lehessen bérként adni.

Schwartz József: Az orvosok legnagyobb része a szesz mértékletes élvezete mellett nyilatkozik és azt hiszi, ez nem ártalmas. Kelet-Ázsiában el van terjedve az opium élvezete, melyről mindnyájan azt hiszszük, hogy káros. De hihetetlen, hogy az angol kormány a parlamentben történt felszólalás folytán az opium káros hatását a népesség egészségére megvizsgáltatván egy előkelő bizottság által, melyben orvosok voltak: az orvosok kijelentették, hogy az opium nem ártalmas (pedig volt ember, a ki 11·5 gm. opiumot szedett be naponta). Az opium étvágyat csinál, excitál ép úgy, mint az alkohol. Találtak öreg embereket, kik 50 év óta élvezik az opiumot és nem ártott nekik.

Az antialkoholista sem mondja, hogy az alkohol árt olyan szervezetnek, mely ellenáll, de azért mégis árt a legtöbb embernek. Ez olyan, mintha valaki a háborúból épen jön haza és azt mondanók, a háboru nem árt. Az opiumról kimondták, hogy erősít és táplál, t. i. a szervek lassabban működnek és a tápszer jobban szívódik fel. Ott is, itt is a narcotizálást akarják. Ez évezredes szokás, egyik látja a másikat inni és ő is iszik.

Még egy megjegyzést. Azt mondják, a kik ellen a statistika bizonyít, hogy a statistika nem ér semmit, azzal mindent lehet bizonyítani. Ez talán még sem áll, mert akkor megszüntették volna már a statistikai kathedrákat az egyetemeken, mint pl. megszüntették a homoeopathia tanszékét.

Kemény Ignácz: Donáth alapos előadásából a citált tekintélyek hatása alatt azt látja, hogy a mértékletesség is káros és csak a teljes abstinentia az, a mely czélhoz vezet. Salgó ellenben maga veleszületett abstinens, mégis a mértékletesség hive, bár ennek helyességét sem citatumokkal, sem statistikai adatokkal nem bizonyította be és nem is helyes, hogy kiváló tudósokat meggyanúsított, hogy talán nem így gondolták.

Az orvosokra nézve nehéz a helyzet, mert az egyik eltiltja az alkoholt, a másik megengedi és ez az orvosi tekintély rovására megy.

A kérdés sociális szempontból is fontos.

Benedict pathologiai eseteket hozott fel, de azért egészségeseknek nem lehet ajánlani az alkoholt, mert méreg, mely a szervezetet idővel tönkreteszi.

Az orvosok nagy része mértékletes alkoholista, kötve van a publicummal szemben és sokszor magánérdekeket is sért, néha pedig maga is az alkohol szolgálatában áll.

Schütz Aladár: Fanatismusra az orvosok részéről nincs szükség. Az alkoholról főként a szegény embereket kell leszoktatni és ezért az orvosoknak kell a jó példával előljárni és kötelességük abstinensnek lenni.

Walko felhozza, hogy a British Medical Journalban egy japán orvos irta, hogy a japán katonák luxuscikként néha arrac-groco kaptak.

Donáth Gyula: A hozzászólók Benedict kivételével az én álláspontomat foglalták el. Mi az alkohol physiologiai hatását nem negligáljuk teljesen. Hangsúlyoztam, hogy az alkohol ellen mint gyógyszer ellen nem szólottam, csak mint tápszer és élvezeti szer ellen. Szívbajnál adok alkoholt, diabetesnél is, hogy caloriákat fejleszszen, ez ellen nem lehet senkinek sem kifogása. Nem lehet ezt összetéveszteni az alkoholellenes mozgalommal. A protoplasmának az alkohol semmikép sem használ. A mértékletes, de folytonos alkoholélvezet végre is ártalmas. Az életbiztositó társaságokat pénzérdek vezeti és ezek az antialkoholistákat 10%-kal olcsóbban biztositják.

Csak arra kérem a kollegákat, hogy az antialkoholista mozgalommal szemben ellenséges érzülettel ne viseltessenek.

Salgó Jakab: A dolog egyszerűen áll, az abstinensek az alkoholabusus ellen küzdenek, ebben egyetértünk. En azonban nem állok semmiféle relatioban gyárakkal. Magam nem iszom, de hibának tartanám, ha egy komoly orvosokból álló társaság ilyen jelszóval élére állana egy mozgalomnak. Én Kraepelint nem gyanusitottam meg, de a minutiosus eredmények olyan végtelen hibáknak lehetnek alávetve, hogy olyan kiváló észlelő is tévedhet és nincs pontos adat arra nézve, hogy olyan kis adag alkohol is rombolja a szellemi működést.

Az alkohol rendszeres fogyasztása állitólag rontja a szervezetet, de semmi se rontja jobban, mint a szellemi munka. Ugy vagyunk vele, mint az alkohollal. A szellemi túlterheléstől megóvjuk a gyermeket, de azért a szellemi munkától nem kell teljesen tartózkodni.

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VII. rendes ülés 1905. október 19.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Donogány Zakariás.**

A garat hátsó falának daganata. (Spondylitis cervicalis luetica.)

Steiner Miksa: Az 55 éves nőbeteg f. é. nyara óta nehezen nyel. A pharynx vizsgálatakor feltünik, hogy a garat hátsó fala a velumhoz igen közel fekszik; nyálkahártyája ép. Ujjal vizsgálatkor kitünik, hogy a mesopharynx felső határától a pharynx alsó határáig a hátsó garatfal egész terjedelmében elődomborodik; a domborulat csontkemény, ép nyálkahártyával fedett. A bárzsingsonda a garatban akadályra talál, de az oesophagusban könnyen halad. Gégevizsgálat eredménye: a gége ellapított, a gége hátsó részlete tumor által fedett. Epiglottis, bal hangszalag ép; jobb hangszalag beszűrődött; hangszalagok jól mozognak.

A daganat természetéről felvilágositást adott a többi szerv vizsgálata: kifekélyesedett gumma a bal tibia felett, duzzadt mirigyek és ágazatos, csillagalakú bőrhegek a nyakon. Ezek alapján a garatbeli daganatot a nyaki csigolyák luetikus periostitisének minősitették és f. hó 18.-án a luesellenes gyógymódot megkezdték.

Lymphangionia tonsillae dextrae esete.

Steiner Miksa: A betegről, kit egy izben már bemutatott, időközben olyan tények derültek ki, melyek a betegség természetére vonatkozó itéletet lényegesen megváltoztatták. Az 53 évés férfi baja 1901. óta fejlődik nyelési, majd légzési nehézségek képében. Az osztályra először 1905. január 14.-én vették fel fuldokolva s azért rögtön tracheotomiát végeztek. A légzési nehézségek oka óriási garatdaganat volt. A daganat kitöltötte az egész garatot, férfiöklönyi, lebenyes, hús-vörös, sima felületű, ruganyos tapintatú, taplószerű, a garat jobboldali falából indul ki és messzire besarjadzik az epi- és hypopharynxba. A daganatnak akkor megejtett kórszövettani vizsgálata sarkomát jelzett. Akkor két izben izzó platin-kacsesal nagy részleteket távolitottak el belőle. Feltünő volt már a kórházban tartózkodása alkalmával, hogy a beteg, mihelyt a daganat resectioja következtében a nyelés lehetségessé vált, az egész bajt fel sem vette; külseje javult, meghizott, cachexiának nyoma sem volt. Időközben kiment a kórházból, majd visszatért újra megnőtt daganattal, azóta ollóval több izben nagy darabokat távolitottak el: a beteg ezeket bámulatosan jól tűrte, háromnegyed év óta általános állapota épen nem romlott, metastasisok nem fejlődtek.

Mindezek lassanként azon meggyőződést érlelték meg, hogy nem lehet rosszindulatú újképlettel dolguk: a daganat, bár localisatioja miatt a betegre nézve súlyos következményekkel jár, csak jóindulatú képlet lehet. A mint az azóta ismételten megejtett szövettani vizsgálatok ki is derítették, a daganat mikroskopice fiatal kötőszövet structurájával bir, mely azáltal nyer specifikus jelleget, hogy egyik-másik részletében a szövet telve van tág nyirokürökkel, egyszóval, hogy lymphangiomával, tehát jóindulatú daganattal van dolguk.

Laryngoscleroma esete.

Lipscher Sándor: B. F., 20 éves, földmives, szül. Rajcsán, Nyitramegyében. Előadja, hogy 1904. november hóban elrekedt és nehezen tudta a gégéjében levő sűrű váladékot kiköhögni; ennek következtében sokszor nehézlégzés is jelentkezett, a mi annyira fokozódott, hogy 1905. julius 20.-án felkereste az osztályt.

Az orrban mindkét oldalt az alsó kagylók megvastagodtak, nyálkahártyájuk szürkésen elszinesedett, ép úgy a kagylók hátsó végei is. A pharynx hátsó fala száraz, fényes, palaszürke. A hangrés és gégebemenet sűrű, szürke, igen bűzös, kemény pörkökkel kitöltött, úgy hogy a betekintés lehetetlen, a légzés alig látható nyiláson át nehezen és hangosan történik.

Nyugalom és belégzések a beteg állapotát javították, sok száraz pörköt köhögött ki és ekkor egy kis gyermektubussal intubálták; eleinte a beteg jobban lélegzett, de néhány óra mulva állapota újra rosszabbodott, úgy hogy tracheotomiát kellett végezni. A sebgyógyulás rendes lefolyású volt, néhány nap mulva az intubatiót folytatták és rövid idő mulva a 19. sz. tubus könnyen volt bevezethető.

Jelenleg a hangrés elég tág, a hangszalagok jól láthatók, az izületek szabadok, a trachea falán szürke lepedék látható.

Miután bedugott canule mellett a beteg napok óta jól légzett, a canule t eltávolitották. A beteg jelenleg jól érzi magát, a kórházat elhagyja. (Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Angioma olyan eseteiben, a melyekben a műtét a daganat nagysága miatt már nem igen végezhető, vagy a daganat helye miatt a műtéti eltorzitás nagyfokú volna, az alkohol-befecskendezéseket ajánlja *Neck* egy bemutatása kapcsán a chemnitzi orvosegyesület mult évi november 15.-i ülésén. A 10 éves leányka orczáján székelt jó ötkoronányi angioma 6 hét alatt végzett 100 befecskendezésre minimális lett; a kezelés folytatására ez a csekélyke maradék is valószinűleg el fog tünni. A hatás úgy magyarázható, hogy az alkohol a perivasculáris kötőszövetben lobos beszűrődést okoz, a mely azután zsugorodásakor összenyomja a vérereket. Az első befecskendezések egymástól 1/2 cm. távolságban a daganat peripheriáján történnek, később pedig mindjobban közeledünk a daganat középpontjához. Beszúrni csak már beszűrődött szövetbe szabad, mert csak igy kerülhető el a vérerekbe való befecskendés. A befecskendés gyakoriságát a reactiók nagysága szabja meg; egy alkalommal 1—3 cm^3 használandó el az 50—70%-os alkoholból. Az eljárás különben nem új, már *Schwalbe* ajánlotta volt a mult század hetvenes éveiben és *Hagedorn* is alkalmazta, még pedig eredménynyel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 6. szám.)

PÁLYÁZATOK.

A **mezőhegyesi** (Csanádmegye) **m. kir. állami ménesbirtokon** 1906. évi május hó 1.-től 1906. évi november hó 1.-ig egy **kisegitő orvosi állás** töltendő be.

Felhivom azon nőtlen orvostudor urakat, kik ezen napi 10 korona és egy bebutorozott szobával javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket, okle vélmásolattal, eddigi működésükről szóló bizonyitványnyal, **folyó évi márczius hó 31. ig** alulirt czim alá nyujtsák be.

2—1 *A mezőhegyesi m. kir. állami ménesbirtok igazgatósága.*

1556. alisp.

Moson vármegye tulajdonát képező s 60 ágyra berendezett **Karolina-kórházban Magyaróvárott** elhalálozás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés és teljes ellátás, a mely utóbbi áll a kórházban levő 2 butorozott szobából álló lakás, fütés, világitás és teljes élelmezésből.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

A kinevezés két évi időtartamra szól, tehát kétévenként megujittatik.

Magángyakorlat nincsen megengedve.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori képesitésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt s 1 kor. bélyeggel ellátott pályázati kérvényeiket Nagy Jenő Moson vármegye főispánjához czimezve „Moson vármegye Karolina-kórház Igazgatósága Magyaróvár" czimre legkésőbb **1906. évi április hó 15.-ig** nyujtsák be

Magyaróvár, 1906. évi márczius hó 5.-én.

3—1 *Őshegyi,* alispán.

3655. kig./1906. szám.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1000 korona fizetéssel, szabad lakással, élelmezéssel, fütéssel és világitással javadalmazott egyik **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 31.** napjáig nyujtsák be.

Baja, 1906. márczius hó 1.-én. *Hegedüs dr.,* polgármester.

Alulirott betegsegélyző pénztárak **Zernesten,** vasúti állomással, kb. 4000 lakossal, népes környékkel, oly **orvost** keresnek április eleji belépéssel, ki már orvosi gyakorlattal bir. A magyar és német nyelv tudása kivántatik. Fix fizetés 2800 korona, szabad lakás, fütés és világitással. Mindkét gyár müszaki és kereskedelmi tisztviselői a betegsegélyző pénztárnak nem tagjai és az orvost külön tartoznak dijazni. Magángyakorlat meg van engedve. Ajánlatok a két alulirott betegsegélyző pénztár egyikéhez Zernestre (Brassó mellett, Magyarország) intézendők.

3—2 *A Brassói cellulosegyár részvénytársaság betegsegélyző pénztára.*
Copony Márton papirgyára betegsegélyző pénztára.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 kor. készpénzfisetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom

hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főipánjához, méltóságos Kresmarik János dr. úrhoz czímezve, hozzám folyó évi márczius hó 15.-ig küldjék be.

A mennyiben képesített orvosok nem folyamodnának, az állásra egy évi kórházi gyakorlatra utalt orvos vagy régi rendszerű szigorló is kineveztetik.

Gyula, 1906. évi február hó 28.-án.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

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 ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

ICTERUS

Rohitschi Styria-forrást kiváló orvosok rendkivüli sikerrel alkalmazták.

I. pharmazeutische Produkten-Gesellschaft r. G. m. b. H. **WIEN XVII/8, Hernalser Hauptstrasse 130.** Garnisonsgasse Nr. 1. * Sürgönycím: Apothekerverband. Raktár: IX., Kötszerek Emplastra, Collaetina, **Collemplastra, Unguenta** gyártása.

Sebészeti műszerek, **kötések és egyéb betegszükséglet** beszerzési forrása.

A **Cognac** medic. Anger Fils & Co. gyártási főraktára.

Készítményeink az Ált. ausztriai Gyógyszerész-Egylet laboratoriumának ellenőrzése alatt állanak.

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 nyárt lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

Kellemes külsejű, jó modorú keresztény vallású fiatal collega, ki a hydro-elektrotherapiában és massageban járatos, egy elsőrangú klimatikus gyógyhelyen május 15.-től szeptember 15.-ig

mint segédorvos alkalmazást nyerhet.

Ajánlatok **Dr. Fejér Vilmos, Kassa** czímen intézendők.

Keramin javalt vesico-papulosus eczemák, intertrigos és seborrhoeás eczemák, impetigo, akne, scabies stb. ellen; értékes segédszer lupusnál, urticariánál stb. **Viszketéscsillapító hatása feltünő, a kellemetlen szagot rögtön megszünteti.**

Orvosi vélemények róla a legfényesebbek.

Irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen és bérmentve küld a főraktár:

Camillo Raupenstrauch

Wien, II., Castellezgasse 25.

SANATOGEN

fehérnye és phosphor bevitele a testbe. Az oxydátiós energiát fokozza. Az anyagcserét előmozdítja és ezért a leghathatósabb erősítőszerek egyike. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és bérmentve küld

BAUER & Cie.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Vegyészeti gyár Dr. Fritz és Dr. Sachsse Sollenau a/Südbahn

ALBOFERIN

WIEN, I, Wollzeile 40.

egy könnyen oldható, szag- és izinélküli tápláló és erősitő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecses

90·14% fehérnye, 0·68% vas, 0·324% phosphor.

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

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitünő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérveszteség, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

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

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

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Név védve. **Extractum** Név védve.

Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:
1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

Morphium- Heroin- Cocain stb., **Alkohol-,**

idegbetegek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskendő 4—6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer. — 2 orvos.**

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor **gyomor- és bélbajoknál.** Az emésztést elősegíti, a székletetet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta ½—1 kávéskanállal, minkenkor étkezés után. Orvosi kitüntetések által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti GLÜCK REZSŐ gyógyszerész, gyógyszertár „a fehér galambhoz“.

Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám.

Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

Ujonnan megnyitva.

SANATORIUM REKAWINKL

Wien városa mellett a nyugati vasút mentén.

Ideg- és kedélybetegek részére a Wienerwald legszebb részén. 6 pavillon saját kertekkel és kb. 160,000 □m saját liget és rétekkel.

Teljes elkülönítés a megbetegedés minéműsége szerint.

Individuális kezelés. — Hydro-elektrotherapia. — Foglalkozási- és fekvőkúrák. — Egész éven át nyitva.

Vezetők: **Prof. FRITSCH** és **Dr. WEISS.**

AZ OCULARIUMBAN,

szak-intézet szemüvegek részére

Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utcza 15, félemelet,

Telefon 86—28

biztosság nyujtatik kliensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatik ki.

Pápaszemek és orresiptetők **3 koronától** feljebb.

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 4000 szakvélemény.**

Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

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

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket.

A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ Wien I., Biberstrasse 11.

Téli kúra tüdőbetegek részére

Sanatorium Wienerwald.

Posta: **Ortmann (Nied.-Oest.),** vasúti állomás Pernitz, Bécstől 2½ órányi távolságban.

Egész éven át nyitva. — Prospektus kivánatra.

Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK

Gyógyintézet Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Sziléziában (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895. — Prospektus ingyen.

Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. **Alfred Smith,** nemesbirtok-tulajdonos.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készitmény, a mely 100 súlyrészben 7% Kal. Sulf. Guajacol, 0·50% Extr. Thymi és ugyanannyi Extr. Tiliae-t tartalmaz syrupban oldva.

Tuberculosisnál, valamint a tüdőbetegségeknél rendkivül jó hatású szer.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

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 Bernát a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Szövetség-utcza 14—16. sz.

Telefon 90—46.

ALSOL

Aluminium acetico-tartaricum Athenstaedt.

Tekintélyek által ajánlott **nem mérgező antisepticum, desinficiens, adstringens.** A chlorsavas kali, carbolsav, lysol, ecetsavas aluminium és sublimat pótszere. Prof. Fritsch, a **nőgyógyászati gyakorlatban specificumnak** jelzi. Csak az 50%-os oldat—**Liquor Alsoli 50%** — rendelendő. Eredeti 80 gr.-os üvegek, mérő-scalával = 1 kor. 20 fill. 13. b.

Szíveskedjék irodalmat és ingyenmintákat kérni:

Athenstaedt & Redeker

Hemelingen, Bremen mellett.

Kapható a legtöbb gyógytárban.

Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A., gyógyszertára a „Csillag“-hoz Budapesten.

Műtő- és vizsgáló-asztal Sims tanár szerint.

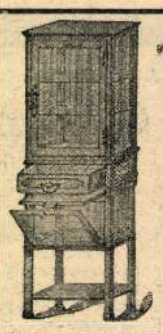
Keleti J.

Orvosi műszergyáros

BUDAPEST

Főraktár: **IV., Koronaherczeg-utcza 17.** — Gyár: **IV., Központi városháza.**

A czég különlegességei: **Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek, cs. és kir. szab. sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, műszerszekrények, műtő- és vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-állványok, gőz-sterilizátorok** köt- és műszerek részére, stb. gyártása.



Műszer-szekrény Keleti szerint.

Kezdő orvos uraknak **teljes műszer-berendezéseket** szállít részletfizetés ellenében.

Eszközök javításai, nikkelezései, műköszörülései jutányos áron elvállaltatnak. — Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve.

Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt.

Bronchitis diffusa

Emphysema

Infiltratio-pulmonum

Tracheo-bronchi-tis ellen

TUBERIN

Lagenam originalem

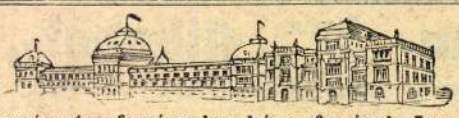
Főraktár Magyarország részére:

„Apostol-gyógyszertár"

Budapest,

VIII., József-körút 64. szám.

Egész üveg ára 5 korona.
Fél „ „ 3 „



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Neuronal

(Bromdiaetylacetamid)

Ártalmatlan altatószer, kitünő hatású, 0·5—2·0 és 3·0 gm.-os adagokban. **Mellékhatások, mint kábultság, mozgási zavarok és cumulativ hatás sohasem észleltettek. Analgeticum és sedativum** ideges főfájásnál, epilepsiásoknál is, és hószámi nyugtalansági állapotoknál 0·3—0·5 gm.-os adagokban. **Gyengíti és kevesbíti az epilepsiás rohamokat.**

NEURONAL-TABLETTÁK à 0·5 gm.

Bismutose

teljesen méregtelen bismutfehérnye-vegyület. Biztos adstringens **cholera, nostras, hányszékelés, hasmenések,** idült és heveny **vékony- és vastagbélhurutok** eseteiben, **protektivum** és **antacidum ulcus ventriculi, hyperaciditas, dyspepsia, ideges gyomor- és bélzavarok és gümőkórosak gyomorbélbajainál.**

Bioferrin	Orexin	Jodol	Dormiol

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. A.-G. vegyi gyár, Biebrich a/Rhein.

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménynyel használják a

Syrupus Colae comp. „Hell".

Új Kola-készítmény-functionális idegbajok kezelésére. Kiváló hatása következtében ezen neurasthenia és kimerülés ellen kipróbált Kola-készítmény gyorsan megbonosodott és 100,000-nel több betegnél legjobban bevált.

A 80 nyomtatott összefoglaló értesítés tartalmazza a „Syrupus Colae comp. Hell"-ről megjelent fontosabb értekezéseket és 200 orvosi véleményt. Ezen értesítés valamint Dr. Berze József az alsó-ausztriai áll. elmegyógyintézet főorvosának legújabb dolgozata kivánatra bérmentve küldetik.

Diabeteses betegek számára a szörp helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydrattól menten készíttetnek.

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkatrészeit tartalmazza.

Az eladás a gyógyszertárakban orvosi rendeletre történik. Árak: nagy üveg **4 kor.,** kis üveg **2 kor. 40 fillér.** A pilulából egy üveg 50 drbbal **2 kor. 50 fillér.**

Irodalom és minták kivánatra küldetnek. | **Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte** **G. Hell & Comp.** **in Troppau und Wien.**

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap" 1906. évi L. évfolyama 10. számához.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.)

A galván izomgörbe egészséges és beteg emberen.

Kollarits Jenő dr., tanársegédtől.

Nem múlik el év a nélkül, hogy az élettani folyóiratokban izomgörbékre vonatkozó újabb vizsgálatokat ne találnánk. Ezek majdnem kizárólag kivágott békaizmon, ritkábban élő nyúl izmán végzett kisérleteken alapultak és máris gazdag eredménynyel jártak. Csábitónak látszott az igy szerzett ismereteket emberre és a klinikai észlelésbe átvinni. *Mendelsohn*[1—4] volt az első, a ki emberen ezt megkisérelte, utána *Edinger*,[5] *G. ten Meulen* és *Bennedyk*,[6] *Amydon*,[7] *Rosenbach* és *Schtscherbak*[8] folytatták a munkát. Minthogy ezek a vizsgálatok a tárgyat nem merítették ki, azokat folytatni érdemesnek igérkezett. Ily irányban végzett kisérleteim eredményéről ebben a dolgozatban számolok be.

Kisérleti berendezés.

A kisérleti berendezést (l. 1. ábra) *Jendrássik* tanár úr állitotta össze, a szerszámok *Ch. Verdin* műhelyéből valók. Az izomrángást a *Marey*-féle myograph, egy gombbal ellátott kaucsukdob, vette fel. Ezt az irókészülék dobjával 125 cm. hosszú gummicső kötötte össze. A rángó izom a reáhelyezett dob gombját megnyomva a gummicsövön át az irókészülék dobjába levegőt nyomott. Igy az izom megvastagodásával járó előugrása mozgásba hozta az irókészüléket, melynek szára kormozott papirral bevont hengerre görbét irt. A hengert *Foucault*-féle szabályozóval ellátott óraszerkezet perczenként egyszer forgatta tengelye körül. A két dobot összekötő gumicső zárható szelelőkkel volt ellátva.

A görbe idejének mérése *Verdin*-féle módositással ellátott *Deprez*-féle elektromágneses jelzőkészülék (*D*) szolgált, mely másodperczenként 10 rezgést végző hangvillával volt száraz elemtől (*B*) táplált áramkörbe iktatva. Ennek az áramkörnek zárásakor az időjelző irókészüléke a forgó kormozott hengeren (*C*) leirt kilengésekkel irta fel az időt.

Az izom ingerlésére a városi világitást ellátó egyenáramba kapcsolt, galvanometerrel ellátott villamozó készülék (*B*) szolgált. Az ebből a készülékből kiinduló, az izmot ingerlő áram körébe *Neef*-féle kalapács volt beiktatva (*N*). E készülékben az áramkör zárult, a mikor annak kalapácsa kénesőbe (*H*) merült. Ezen bemerülés pedig akkor jött létre, midőn a Neef-féle kalapácsot a készülék elektromágnese magához vonta.

E czélra egy száraz elemtől táplált áramkör szolgált, melybe a Neef-féle kalapács elektromágnese és a *Marey*-féle fogaskerekű interruptor (*I*) volt kapcsolva. Ez áramkör zárása a készülék kerekén alkalmazott szögek segitségével egy fémtengely emelése által történt. Ekkor a Neef-féle készülék elektromágnese magához húzta annak kalapácsát, ezáltal megindította az izmot ingerlő áramot, a mely addig tartott, mig az interruptor szöge és az emelő érintkeztek, vagyis a mig a kalapács a kénesőbe merült és megszünt, a mikor az emelő leesett és a kalapács a kénesőből kiemelkedett.

Minthogy a Marey-féle interruptor fogaskerekei a kormozott henger fogaskerekeibe kapaszkodtak, az izmot ingerlő áram megindítása automata módon mindig a körforgás ugyanazon szakába esett.

Ezen berendezéssel az árambehatás idejét is fel lehetett jegyezni, ha a vizsgálandó egyén helyett a *Deprez*-féle időjelzőkészüléket kötöttük az áramkörbe. Ilyenkor az áram zárásakor az időjelzőkészülék elektromágnese mágnesessé lett és magához vonta az eszköz irótollát addig, a mig a *Neef*-féle kalapácsban zárva volt az áramkör, annak nyitásakor pedig elengedte. Az e módon a kormozott hengerre rajzolt kilengés feljegyezte az inger beállásának időpontját, az inger időtartamát és megszakadását.

Az időjelzőkészüléket és az izomgörbét rajzoló szárat a „chariot à poulie" vitte. Ennek tengelyét erőátvitel révén a kormozott hengert mozgató órakészülék azzal egyszerre forgatta, a miáltal a görbéket pontosan egymás alá lehetett rendezni.

Az egyes vizsgálat menete a következő volt (l. a görbéket). Először a korong körül időjelzést alkalmaztam egy sorban. Azután három egymás alatt álló sorban, feljegyeztem az izgatás beállásának idejét, az izgatás időtartamát és megszakadását. Az ezen izgatás idejét jelző kilengés kezdő- és végpontjától merőlegesen egymással párhuzamos vonalat húztam végig a hengeren, a miáltal az egymás alatt alárendezett görbék valamennyijére meg voltak határozva az említett időpontok.

A görbét iró tollnak és az időjelző tollának egy vonalban kellett állania. Ezt ellenőrizni úgy lehet, hogy előbb az időjelzővel húzunk függőleges vonalat a hengerre, azután az iró-

[1] *Mendelsohn:* Recherches cliniques sur la période d'excitation latente des musches dans différentes maladies nerveuses. Archives de physiol. norm. et path. 1880. 193. l.

[2] *Mendelsohn:* Untersuchungen über die Muskelzuckung bei Erkrankungen des Nerven- und Muskelsystems. J. D. Dorpat 1884.

[3] *Mendelsohn:* Sur les types pathologiques de la courbe de secousse musculaire. Comptes rendus des s. de l'académie de sciences 1891. aug. 10.

[4] *Mendelsohn:* Nouvelles recherches cliniques sur les variations pathologiques de la courbe de secousse musculaire. Rev. neurol. 1903. 3. sz. febr. 15.

[5] *Edinger:* Untersuchungen über die Zuckungskurve des menschlichen Muskels im gesunden und kranken Zustande. Zeitschr. f. klin. Med. VI. köt. 1883. 139. l.

[6] *G. ten Meulen* und *Binnedyk:* Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie. Zeitschrift f. klin. med. 5. köt. 89. l.

[7] *Amidon:* The myography of nervedegeneration in animals and man. Archiv of Medicin. VIII. 1882. New-York. ref. Arch. de neurol. V. köt. 242. l.

[8] *Rosenbach* és *Schtscherbak*: Graphische Untersuchung der Muskelzuckung bei Entartungsreaction. Neurolog. Centralbl. 1886. 337. l.

szárral. Az utóbbinak pontosan az első vonalon kell végig haladnia. A görbét iró tollnak merőlegesen kell állania a hengerre. Ezt *Edinger*-t követve úgy értem el, hogy a kormos lapon függőleges vonalat húztam az időjelző irótollával és erre állitottam a görbét iró szárhegyet. Ha most a görbét iró szárral félkört iratok, úgy, ha az merőlegesen áll a hengerre, csak érintenie szabad az előbb húzott függőleges vonalat, a nélkül, hogy azon bárhol is túllépne. A görbék felvétele után az irószárral meghúztam az alapvonalat.

A kisérleti berendezés ezen ismertetése után a vizsgálat technikáját illetőleg még a következő megjegyzéseim vannak.

Mendelsohn első vizsgálataiban a Marey-féle prince myographique nevű készülékét használta, később a myographra tért át, a melylyel magam is dolgoztam. *Mendelsohn* ezt az eszközt nem tartotta alkalmasnak és azt egy másik szintén *Marey*-tól szerkesztett explorateur-rel cserélte fel. A myograph ellen az a kifogása, hogy az nem alkalmazható pontosan az izomra, és igy az izom el is téveszthető, továbbá az, hogy a dobot nem lehet egyenlő nyomással alkalmazni az izomra. *Mendelsohn* azt találta, hogy a gomb nyomásának foka nem csak a görbe magasságát, hanem annak alakját is megváltoztatja. Kellő körültekintéssel az izmot el nem tévesztettem és igy az emlitett kifogások közül az elsőt nem kellett tekintetbe vennem és a gomb nyomásának egyenletessé tételére is találtam módot.

A gomb nyomásfokának behatását a görbére vizsgálataimban is beigazolva találtam. Ez irányban egészséges egyén elülső tibiális izmán tettem próbát. A felvevő dob gombját először csak úgy tettem az izom inára, hogy épen érintkeztek. Miután igy egy-két görbét felvettem, a gomb tartóját millimeterenként előre toltam, minden egyes esetben egynéhány görbét véve fel.

Ezen vizsgálatból kiderül, hogy a gyenge nyomással felvett görbe alacsony és rövid, lappangásideje hosszú. A túlerős nyomással felvett görbe ugyanilyen, de rövidebb a gyenge nyomással felvett görbénél. A legmagasabb és leghosszabb görbét akkor kaptam, ha a dob gombját tartó gummilap a dob szélének sikjában állott. A gomb egyszerű érintése tehát nem felel meg, mert az emelkedés egy része hiányzik és az sem volna a beállitással jelezhető, ha az izom az összehúzódás után jobban elernyedve, mint az összehúzódás előtt volt. A túlságos nyomás a dobban elhelyezett rugó ellennyomásának leküzdését teszi szükségessé és ez által módositja a görbét.

Ezek szerint úgy láttam, hogy a dob azon nyomása, melyben a gombot tartó gummilap a dob szélének sikjában áll, eléri a kivánatos pontosságot. Ezen körülményt szem előtt tartva nem volt okom a készüléket alkalmatlannak tartani.

Az a készülék, melyet *Mendelsohn* a görbe felvételére használt szintén nem egészen kifogástalan és ezért azt mellőzni voltam kénytelen. Ez fapálczikákból készült karkötő, mely a végtagot körülveszi. A fapálczikák között 7 cm. széles deszkalapocska simul a vizsgált izomra. Ennek a deszkának a nyilásába illeszkedik a görbét felvevő gomb, mely egyszersmind elektrod is. A fapálczikák hibás volta akkor tünhetik elő, ha erősebb áramot alkalmazunk, vagy ha a végtagon a vizsgált béna izmon kivül ép izmok is vannak. Mind a két esetben nemcsak az ingerelt izom húzódik össze, hanem a többi izmok is. Ha már most a fakarperecz nem engedi, hogy a nem vizsgált izmok kitérjenek rendes megvastagadásuk irányában, úgy azok ilyenkor nyomni fogják a szomszéd izmokat, a kitérés az egyetlen szabad irány felé fog létesülni. Tehát a vizsgálat tárgyát nem alkotó izmok a vizsgált izmot a gomb felé fogják nyomni és azoknak befolyásuk lesz a görbe alakjára. Igy a béna alig reagáló izom kis görbéje helyett görbéjét kapjuk azon mozgásnak, melyet a béna izom a szomszéd izmok nyomása következtében tesz. Más hibaforrás áll elő, ha a vizsgált izom hosszabb mint a karkötő. Ilyenkor ugyanis az izom a karkötőt az azon levő felvevő készülékkel együtt felemeli. Ezáltal a görbe az a része, mely a karkötő felemelésére esik, elvész.

Az előbbiekben felemlitett okoknál fogva a görbét felvevő dobot nem a vizsgált végtagra kötöttem, hanem a vizsgált egyén mellett álló jól megerősitett állványhoz erősitettem. A végtag pedig olyan módon volt fixálva, hogy az izom a dobtól el nem mozdulhatott.

A lappangás idejének tanulmányazásakor gondolnom kellett arra is, hogy a lappangás idejének egy része a felvevő és iródob közt levő 125 cm. gummicsőben elvész. Annak kiszámításában, hogy az irószár a felvevő dob megmozdulása után mennyi idővel leng ki, a következő módon jártam el. A görbe felirására szolgáló kormozott hengeren egy vonalba állitottam be az irókészülék irószárát, és az időjelző készülék irószárát. Az időjelzőt és felvevő dobot áramkörbe kötöttem. Ezt az áramkört úgy zártam, hogy a vezető dob fémvégével a felvevő dob gombjára ütöttem. Ilyen módon két jelzést kaptam egymás felett, az áramkör zárása az időjelző készülék kilengését hozta létre, a gomb megmozdulása az iródob irószárát mozgatta meg. A két kilengés kezdete között fennálló különbség adta az időt, mely a 125 cm. hosszú gummicsőben elveszett. Ez a különbség olyan csekély volt, hogy értékét meghatározni az eredeti görbén nem tudtam. Hogy ezt megtehessem, diapositiv képet készitettem felvételemről, ezt falra vetitve nagyobbitottam. Igy nagyitva mérhetővé lett ez a csekély különbség, mely több mérésből kiszámitott átlag szerint 0·0046 másodpercznyi volt. Ezt a számot tehát minden lappangásidőből le kellett vonnom.

A görbe emelkedésének időbeli meghatározásában arra a hibaforrásra kell tekintettel lenni, hogy az irószár nem függőlegesen emelkedik, hanem egy ponton lévén megerősitve, emelkedésekor e pont körül kör leirásába fog. A görbében tehát iv helyettesiti a függőleges vonalat. Ezért tehát első sorban nyugvó hengerre felrajzoltam az irószárral egy ivet és meghatároztam, hogy ezen iv különféle magasságú pontjai mennyire esnek a kiinduló pontra vont függőleges vonaltól, a nyert összeget görbéimben levontam.

Ez az eltérés a következő volt:

1— 5	mm.	magasságban 0	mm.
6	„	„ 0·25	„
7— 9	„	„ 0·50	„
10—11	„	„ 0·75	„
12—13	„	„ 1	„
14	„	„ 1·25	„
15—16	„	„ 1·50	„
17—20	„	„ 2	„
21	„	„ 2·50	„
22—23	„	„ 3	„
24	„	„ 3·25	„
25	„	„ 3·50	„
26—27	„	„ 4	„
28	„	„ 4·25	„
29	„	„ 4·50	„
30	„	„ 5	„
31	„	„ 5·50	„
32	„	„ 5·75	„
33	„	„ 6	„
39	„	„ 8 50	„
41	„	„ 10·50	„

Edinger kisérleteiből kiderült az, hogy az izom feszessége befolyással van az izom görbéjére. Ezért szükséges volt arra ügyelni, hogy az egyes kisérletekben a vizsgálandó izmok mindig ugyanazon helyzetben legyenek. Ezért az izmoktól mozgatott végtagrészeket abba a helyzetbe hoztam, melyet *Jendrássik*[1] középállásnak nevezett. Ez megfelel az izom teljes összehúzódása és teljes passiv feszithetősége között középen levő állásnak.

Mendelsohn kimutatta azt, hogy az egyes izmok görbéi egymástól eltérnek, szükséges volt ezért, hogy egy izmon történjenek az összehasonlitások. Erre a czélra a m. tibialis anticus igen alkalmas volt, a későbbiekben mindig ezen izom értendő. Egynéhány más izmon végzett kisérletem igazolta *Mendelsohn* észleletét a különféle izmok görbéinek eltérő

[1] *Jendrássik*: A szervezet mozgásberendezésének alapelvei. Orv. Hetilap 1904. 16—21. sz.

voltáról. Eredményeim tehát más izom görbéivel össze nem hasonlíthatók.

Ha az izom szabadon lelógó tagot mozgat, úgy az izom elernyedésekor leesve ingamozgásokat végez. Ezek az ingamozgások a görbe lehágó szárán kifejezésre jutnak. Ennek elkerülésére a végtagot meg kell támasztani. De a kilengő végtagrész visszaesése így is zavaró. Ezért a m. tibialis ant. vizsgálatakor úgy jártam el, hogy a széken ülő beteg függőlegesen lelógó alszára a térdét a székhez, a lábujjakat a zsámolyhoz erősítettem megfelelő kötelékkel. Így az izom összehúzódásakor a láb nem emelkedett. Minthogy minden felvételt egyenlő helyzetben végeztem, egymással összehasonlítható, de nem absolut értékű görbéket kaptam. Meg kell említenem, hogy a kötelék az izmot sehol sem nyomta.

I.

Élettani adatok.

A galvánáramizgatás időtartamának befolyása az izomrángásra.

Kisérlet. 1903. augusztus 29.-én. K. E. 11 éves leány Little-kórban szenved. A m. tibialis ant. mozgató pontjáról felvett görbék:

Áram, minőség és erő	Az izgalom időtartama mp.	l[1]		a		b		$a+b$		c
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	
KaZ 6MA	0·135	1·25	0·019	6·25	0·125	28·75	0·575	35	0·7	11
		1·50	0·024	6·5	0·13	24·5	0·49	31	0·62	11·5
	0·68	1·50	0·024	5·5	0·11	25	0·50	30·5	0·61	10
		1·75	0·029	5·75	0·115	22·5	0·45	28·25	0·565	11
	2·4	1·5	0·024	6·5	0·13	27	0·54	33·5	0·67	10·5
		1·75	0·029	6·5	0·13	23·75	0·475	30·25	0·605	10·75

Kisérlet. 1903. szeptember 7.-én. M. E. 13 éves fiú enuresis nocturnában szenved. A görbe a m. tibialis ant. mozgatópontja alatt kb. 3 cm.-rel fekvő pontról vannak felvéve.

Áram, minőség és erő	Az izgatás időtartama mp.	l		a		b		$a+b$		c
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	
KaZ 10MA	0·154	0·75	0·011	2·75	0·060	22	0·484	24·75	0·5445	8·75
	0·154	0·50	0·005	3	0·099	21·50	0·473	24·50	0·539	8·75
	2·02	0·75	0·011	3	0·099	23·25	0·5115	26·25	0·5775	8·50
	2·02	0·75	0·011	2·75	0·06	23·50	0·517	26·25	0·5775	8·75

Kisérlet. 1903. augusztus 29-én. J. G. 25 éves epilepsiás leány m. tibialis ant. mozgató pontja alatt 3 cm.-rel felvett görbe:

Áram, minőség és erő	Az izgatás időtartama mp.	l		a		b		$a+b$		c
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	
KaZ 6MA	0·165	0·50	0·005	8	0·176	23·25	0·5115	31·25	0·6875	17
		0·75	0·011	7·25	0·1595	25·75	0·5665	33	0·726	17
	0·759	0·75	0·011	7·75	0·1705	22·50	0·495	30·25	0·6655	17
	2·618	0·75	0·011	7·75	0·1705	23·50	0·517	31·25	0·6875	17·5

Ezt a néhány vizsgálatot összefoglalva látjuk, hogy az első esetben 0·135, 0·68 és 2·4″-ig tartó galvánáram meglehetősen egyenlő görbéket adott. Körülbelül egyenlő görbék támadtak a második vizsgálatban 0·154 és 2·02″-nyi galvánáram behatásakor. A harmadik vizsgálatban a galvánáram behatásának ideje 0·165, 0·759, 2·618″ volt és a nyert görbék egymástól nem különböztek.

A galvánáram behatásának időtartama tehát a kisérletben előforduló határok között nem volt befolyással a görbére.

[1] *Rövidítés:* l = lappangásidő; a = összehúzódás ideje; b = elernyedés ideje; $a+b$ = az egész rángás ideje; c = magasság.

E tekintetben igen erős áram használata tévedésre adhat okot fájdalmas volta miatt. A pillanatig tartó áram görbéjétől elüt az a görbe, mely létrejön, ha a hosszabb ideig tartó fájdalom miatt a beteg önkénytelenül is megfeszíti izmait és így azok elernyedését megakadályozza.

Egy izom különféle pontjain felvett görbék.

Az a kérdés merül fel, hogy az izom mely pontja a legalkalmasabb a görbe felvételére és ennek kapcsán vizsgáljuk, hogy az izom különböző pontjain felvett görbék milyen különbséget mutatnak.

Erre a czélra több egyénen görbét vettem fel a m. tibialis ant. mozgató pontjáról, az izomnak az alszár közepén fekvő pontjáról és az izom inának azon pontjáról, mely az összehúzódás alatt legjobban előugrik. Minthogy valamennyi e czélból tanulmányozott eset egyenlő eredményt ad, azok közül csak 3 vizsgálat táblázatát kivánom közölni.

Azok a vizsgálatok, melyekben a mozgató pont görbéjét a mozgató ponttól lefelé 2—3 cm.-rel eső pontok görbéivel hasonlítottam össze, nem adtak számottevő felvilágosítást.

A 3 vizsgálat a következő:

N. V. 13 éves hysteriás rohamokban szenvedő leány jobb elülső tibiális izmát 1904. deczember 4-én vizsgáltam. A meglehetősen sovány leánynak ez időben már elmultak a rohamai és semmi panasza nem volt. A görbén 5 mm. 0·1″-nek felel meg, tehát 1 mm. = 0·02″.

1. Az in legkiemelkedőbb pontjának görbéi.

Áram-		l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm		
KaZ	5	1·75	0·030	3	0·06	19	0·38	22	0·44	19	6·33	1·15
„	4	2·5	0·045	3	0·06	6·5	0·13	9·5	0·19	3	2·17	3·17
„	4	1·75	0·030	3·5	0·07	6	0·12	9·5	0·19	3	1·72	3·17
AnZ	10	1·25	0·020	3·75	0·075	21·25	0·425	25	0·5	27	5·67	0·93
„	9	1·5	0·025	3	0·06	23	0·46	26	0·52	27	7·66	0·96
„	9	1·25	0·020	1·75	0·04	20·25	0·40	22	0·44	24	11·6	0·92
„	8	1·5	0·025	3	0·06	21	0·42	24	0·48	16	7	1·5
„	7	1·75	0·030	3·25	0·065	13·75	0·275	17	0·34	8·5	4·23	2
„	6	2	0·035	3·5	0·07	13·5	0·27	17	0·34	3	3·86	5·66

2. Görbék az izom közepéről.

Áram-		l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	6	1·5	0·025	2·5	0·05	25·5	0·51	28	0·56	9·5	10·2	2·95
„	5	1·5	0·025	2·75	0·055	18·75	0·375	21·5	0·43	6·5	6·82	2·37
„	4	1·75	0·030	4	0·08	14	0·28	18	0·36	1·5	3·5	12
AnZ	8	1·75	0·030	3·5	0·07	20·5	0·41	24	0·48	6·5	5·85	3·69
„	8	1·75	0·030	3·5	0·07	22·5	0·45	26	0·52	6·5	6·42	4
„	7	2	0·035	3·5	0·07	16	0·32	19·5	0·39	4·5	4·57	4·33
„	7	2	0·035	3·5	0·07	15·5	0·31	19	0·38	5	4·43	3·8
„	6	2	0·035	4·5	0·09	13·5	0·27	18	0·36	2	3	9

3. Az izom mozgató pontjának görbéi.

Áram-		l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.			
KaZ	8	1·5	0·025	2	0·04	20	0·40	22	0·44	12	10	2
„	7	1·5	0·025	2·25	0·045	19·25	0·385	21·5	0·43	7	8·51	3·71
„	7	1·5	0·025	2·5	0·05	16·5	0·33	19	0·38	6	6	3·17
„	6	1·75	0·030	2·5	0·05	15	0·3	17·5	0·35	3·5	6	5
„	6	1·75	0·030	2·5	0·05	15	0·3	17·5	0·35	3	6	5·83
AnZ	10	1·25	0·020	3·75	0·075	15·5	0·31	19·25	0·385	4·5	4·13	4·28

A. F. 16 éves hystériában szenvedő leányt 1094. deczember 4.-én vizsgáltam. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

1. A m. tibialis ant. inának görbéi.

Áram-		*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	10	1	0·016	3·5	0·07	17·5	0·37	21	0·44	18	5	1·17
„	9	1	0·016	4·25	0·084	16·75	0·351	21	0 44	14·5	3·94	1·45
„	8	1	0·016	4·25	0·089	16·75	0·351	21	0·44	11	3·94	1·91
„	8	1	0·016	4·5	0·095	16·5	0·346	21	0·44	12·5	3·64	1·68
„	8	1·25	0·021	5·25	0·11	11·75	0·247	17	0·357	5	2·24	3·4
AnZ	14	1·5	0·026	4	0·084	19·5	0·41	23·5	0·49	16·5	4·88	1·42
„	14	1·75	0·032	3·75	0·08	19	0·4	22·75	0·48	15	5·07	1·52
„	13	1·5	0·026	6	0·13	15	0·31	21	0·44	9	2·33	2·32
„	12	1·5	0·026	5·5	0·11	11	0·23	16·5	0·34	2	2	8·25

2. Görbe az in közepéről.

Áram-		*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	12	1	0·016	3	0 06	18	0 38	21	0·44	12	6	1·75
„	12	1	0·016	3	0·06	19	0·49	22	0·46	12	6·33	1·83
„	11	1	0·016	3·25	0·068	16·75	0·351	21	0·44	10	5·16	2·1
„	10	1·5	0·026	3·5	0·07	15	0·31	18·5	0·38	5	4·29	9·1
„	9	1·5	0·026	4 5	0 095	12·5	0·26	17	0·36	2·5	2·78	6 8
AnZ	16	1	0·016	2	0 04	24	0·5	26	0·54	16	14	1·61
„	15	1·75	0·032	2 25	0 047	19	0 4	21·25	0·447	8	8·44	2·65
„	15	1·5	0·026	2·75	0·058	16·75	0·35	19·5	0·41	6·5	6·09	3
„	14	1·5	0·026	2·75	0·058	14·75	0·31	17·5	0·37	5·5	5·37	3·18
„	12	2	0·037	4	0·084	10	0·21	14	0·294	2·5	2·5	5·6

3. A mozgató pont görbéje.

Áram-		*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
minőség	erő MA.-ben	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	16	0·5	0·005	2·5	0·052	21	0·44	23·5	0·49	16	8·4	1·56
„	15	0·5	0·005	2·75	0·058	20·25	0 42	23	0·48	15	7·42	1·53
„	14	1·5	0 026	4·25	0 08	16·75	0 35	21	0·43	6	3 94	3·5
AnZ	16	1·25	0·021	3	0·06	15·75	0·33	18·75	0·39	6	5·25	3·12

L. J. 16 éves leány polyarthritisben szenved, mely alsó végtagjait megkímélte. Felvétel 1904. deczember 8.-án és 9.-én. 4·5 mm. = 0·1″; 1 mm. = 0·22″.

1. Az in görbéi.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
13	1	0·017	3	0·066	18·5	0·407	21·5	0·473	25·5	6·17	0·84
12	1	0·017	2·5	0·055	17·5	0·385	20	0·44	17·5	7	1·14
11	1·25	0·027	2·75	0·061	16·5	0·36	19·25	0·42	16	6	1·2
10	1·25	0·027	3·25	0·071	16	0·352	19·25	0·423	11·5	4·92	1·67
10	1·25	0·027	3	0·066	14·75	0·325	17·75	0·39	10	4·1	1·77
10	1·75	0·034	2·5	0·055	15·25	0·335	17·75	0·39	8	6·1	2·22
9	1·75	0·034	2·75	0·065	13	0·28	15·75	0·35	7·5	4·9	2·1
5	1·75	0·034	3·25	0·071	11	0·242	14·25	0·313	2·5	3·38	5·7
5	2	0·034	3	0·066	11	0·22	13	0·28	2	3·66	6·5
AnZ											
17	1·25	0·027	2·25	0·049	19·25	0·418	21·25	0·46	29	8·44	0·73
16	1·5	0·028	2·5	0·055	18	0·4	20·5	0·455	14·5	7·2	1·41
15	1·5	0·028	3	0·066	15·5	0·34	18·5	0·41	7.5	5·16	2·5
14	1·5	0·028	4	0·088	13·5	0·297	17·5	0·38	4	3·37	4·37

2. A mozgató pont görbéi.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
15	0·5	0·006	2·25	0·049	18·75	0·41	21	0·46	14	8·33	1·5
15	0·5	0·006	2·25	0·049	18·25	0·4	20·5	0·45	14	8·11	1·46
14	0·75	0·012	2·25	0·049	17·75	0·39	20	0·44	8	7·88	2·5
10	1	0·017	2·5	0·055	17	0·37	19·5	0·42	5	6·8	3·9
AnZ											
17	1	0·017	2·5	0·055	18·5	0·407	21	0·46	9	7·4	2·33
16	1	0·017	2·5	0·055	14·5	0·32	17	0·37	7	4·14	2·43
15	1·25	0·027	3	0·066	15	0·33	18	0·396	4	5	4·5

Ha ezeket a görbéket összehasonlítjuk, úgy első sorban alakbeli eltérések tünnek fel. *Az in görbéje szabályos alakú, magas, az alszár közepén fekvő pont görbéje alacsonyabb, kissé hullámos, a mozgató pont görbéje legalacsonyabb, legszabálytalanabb, sőt néha annyira hullámos, hogy legmagasabb pontja alig határozható meg.*

E 3 esetből összegezzük az egyenlő áramerővel felvett görbéket.

Áram	A felvétel helye	*l*	*a*	*b*	*a*+*b*	*c*
KaZ 6	izomközép	0·025	0·05	0·51	0·56	9·5
	mozgató pont	0·030	0·05	0·3	0·35	3·5
KaZ 5	in	0·030	0 06	0·38	0·44	19
	izomközép	0·025	0·055	0 375	0·43	6·5
KaZ 4	in	0·045	0·06	0·13	0·19	3
	izomközép	0·034	0 08	0·28	0·36	1·5
AnZ 10	in	0·020	0 075	0 425	0 5	27
	mozgató pont	0·020	0·075	0·31	0·385	4·5
AnZ 8	in	0·025	0·06	0·42	0·48	16
	izomközép	0·030	0·07	0·43	0·50	6·5
AnZ 7	in	0·030	0·065	0·275	0·34	8·5
	izomközép	0·035	0 07	0 32	0·39	4·5
AnZ 6	in	0·035	0·07	0·27	0·34	3
	izomközép	0·635	0·09	0·27	0 36	2
KaZ 10	in	0·016	0·07	0·37	0·44	18
	izomközép	0·026	0·07	0·31	0·38	5
KaZ 9	in	0·016	0 089	0·349	0·538	14·5
	izomközép	0·026	0·095	0·26	0·36	2·5
AnZ 16	izomközép	0·016	0·04	0·5	0·54	16
	mozgató pont	0·021	0 06	0·33	0·39	6
AnZ 14	in	0 026	0·084	0 41	0·49	16 5
	izomközép	0·026	0 058	0·31	0·37	5·5
AnZ 12	in	0 026	0·11	0 23	0·34	2
	izomközép	0·037	0·084	0·21	0 294	2·5
KaZ 10	in	0·027	0·071	0·352	0·423	11·5
	mozgató pont	0·017	0·055	0·37	0·42	5
AnZ 17	in	0·027	0 049	0·418	0·46	29
	mozgató pont	0 017	0·055	0·407	0 46	9
AnZ 16	in	0·028	0·055	0·4	0·455	14·5
	mozgató pont	0·017	0·055	0·32	0·37	7
AnZ 15	in	0·028	0·066	0·34	0·41	7·5
	mozgató pont	0·017	0·055	0·32	0·37	7

Ezek az adatok azt mutatják, hogy az in görbéje a legmagasabb, a mozgató pont görbéje a legalacsonyabb és az izom közepének görbéje a kettő között foglal helyet. A lappangás ideje egyenlő áramerővel felvett görbéken egy esetben ugyanaz volt az inon és mozgatóponton, 4 esetben ellenben a mozgató ponton 0·01 – 0·011″-czel rövidebb, mint az inon. A lappangás idejének ez a rövidebb volta azért bir jelentőséggel,

mert ez esetben a mozgató pontról felvett alacsonyabb görbén jelentkezett és általában az alacsony görbe lappangás ideje hosszabb, mint a magas görbéé. E szerint az in kilengése valamivel később veszi kezdetét, mint a mozgató pont elougrása. Az összehúzódás idejében törvényszerű különbség nincs, az elernyedés egy esetben egyenlő a két helyről felvett görbén, egy esetben a mozgató ponton felvett görbén 0·028″-czel nagyobb, a többi esetben 0·02, 0·02, 0·1″-czel kisebb. Az egész rángás ideje egy esetben egyenlő, 4 esetben 0·003, 0·04, 0·085 és 0·285″-czel kisebb a mozgató ponton.

Tehát a m. tibialis ant. ínának görbéje magasabb, lappangásideje hosszabb mint a mozgató ponté, az egész rángás átlag valamivel hosszabb, mint a mozgató ponton, a mely különbség inkább az elernyedés idejére esik.

Minthogy az in görbéjének alakja sokkal szabályosabb lefutású, mint a mozgató pont görbéje, az összehasonlítás czéljára ezt a görbét fogjuk felhasználni.

Az izom közepének görbéje egészben véve a kettő között áll.

Az izom feszességének befolyása a görbére.

A m. tibialis ant. középállása az, a mikor az alszár függőlegesen lóg le és a láb vízszintes helyzetben van. Ez az izom passiv módon megfeszül akkor, ha az ülő egyén lábát kissé előbbre csúsztatjuk, úgy hogy az alszár ferdén előre áll és a láb vízszintes helyzetben marad. A láb különféle fokú előcsúsztatásával különféle feszességet adhatunk az izomnak. Az ellazulást úgy iparkodtam elérni, hogy a vizsgált egyén lábát visszahúzta. Ez azonban ritkán sikerült, mert ilyenkor, daczára annak, hogy a két tapadó pont közelebb került egymáshoz, az izomban gyakran összehúzódás állott elő. Az izom feszességének befolyását a görbére sok esetben felvettem. Az így nyert adatok igen egyenletes eredményt adtak, ezért ezek közül a görbék közül csak egynéhányat közlök.

1. M. Miklós 18 éves fiú igen gyenge jobboldali hemiparesisban szenved. A vizsgálat tárgya az egészséges oldali m. tibialis ant. mozgató pontjától 3 cm.-re lefelé eső pont. (1903. október 12.) Az izgatás időtartama 0·14″ volt. 4·75 mm. = 0·10″. 1 mm. = 0·021″.

Az izom feszessége	Az áram minősége és ereje MA.-ben	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
Középállásban ...	KaZ 12	1	0·016	2·5	0·05	20	0·42	22·5	0·47	12	8	1·88
Passiv feszítve ...	„	1·5	0·026	3·75	0·09	20·75	0·43	24·5	0·51	9·5	5·53	2·58
Különbség	—	**+0·5**	**+0·01**	**+1·25**	**+0·03**	**+0·75**	**+0·01**	**+2**	**+0·04**	**−2·5**	**−2·44**	**+0·70**
Középállásban ...	KaZ 10	1·5	0·026	3·25	0·07	12·25	0·26	15·5	0·33	5·5	3·77	2·82
Passiv feszítve ...	„	1·5	0·026	4·5	0·09	18·5	0·39	23	0·48	5·5	4·11	4·18
Különbség	—	**0**	**0**	**+1·25**	**+0·02**	**+6·25**	**+0·13**	**+7·5**	**+0·15**	**0**	**+0·34**	**+1·26**
Középállásban ...	KaZ 7	1·75	0·031	3	0·06	10·25	0·22	13·25	0·28	1·75	3·42	7·57
Passiv feszítve ...	„	2	0·037	4	0·08	16	0·40	20	0·48	1	4	20
Különbség	—	**+0·25**	**+0·06**	**+1**	**+0·02**	**+5·75**	**+0·18**	**+6·75**	**+0·20**	**−0·75**	**+1·42**	**+12·43**

2. M. Jenő. 19 éves. Jobboldali gyenge hemiparesis és Jackson-epilepsia. A vizsgálat tárgya az egészséges baloldali m. tibialis ant. mozgató pontja alatt 3 cm.-rel fekvő pont. (1903. november 3.) Az izgatás időtartama 0·14″.

Az izom feszessége	Az áram minősége és ereje MA.-ben	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
Középállásban ...	KaZ 10	1	0·017	2·25	0·05	18·75	0·41	21	0·46	14	8·29	1·5
Passiv feszítve ...	„	2	0·039	5·25	0·13	24·75	0·53	30	0·66	11·5	4·71	2·61
Különbség	—	**+1**	**+0·022**	**+3**	**+0·08**	**+6**	**+0·12**	**+9**	**+0·20**	**−2·5**	**−3·28**	**+1·11**
Középállásban ...	KaZ 9	1·5	0·028	2	0·04	19	0·42	21	0·46	13·75	9·5	1·53
Passiv feszítve ...	„	2	0·039	5·25	0·12	21·75	0·47	27	0·59	10	4·14	2·7
Különbség	—	**0·5**	**+0·011**	**+3·25**	**0·08**	**+2·75**	**+0·05**	**+6**	**+0·13**	**−3·75**	**−5·36**	**+1·17**
Középállásban ...	KaZ 8	1·5	0·028	2·25	0·05	15·75	0·35	18	0·4	7·75	7	2·06
Passiv feszítve ...	„	2	0·039	5	0·11	16·5	0·36	21·5	0·47	3	3·3	7·17
Különbség	—	**+0·5**	**+0·011**	**+2·75**	**+0·05**	**+0·75**	**+0·01**	**+3·5**	**+0·07**	**−4·75**	**−3·74**	**+5·11**

3. T. Andrásné, 32 éves asszony, hysteriában szenved. 1904. október 17.-én a m. tibialis ant. mozgatópontjáról, középállásban és kifeszített tartásban vettem fel görbéket. Az izgatás időtartama 0·15″. 0·1″ = 5 mm.; 1 mm. = 0·022″.

Az izom feszessége	Az áram minősége és ereje MA.-ben	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
Középállásban ...	KaZ 4	1·25	0·023	5	0·11	24	0·53	29	0·64	12·5	4·8	2·32
Passiv feszítve ...	„	1·25	0·023	4·25	0·09	28·75	0·63	33	0·72	5	6·76	6·6
Különbség	—	**0**	**0**	**−1·75**	**−0·02**	**+4·75**	**+0·10**	**+4**	**+0·08**	**−7·5**	**+1·86**	**+4·28**
Középállásban ...	KaZ 3	1·5	0·028	5·5	0·12	16·5	0·36	22	0·48	4·5	3	4·84
Passiv feszítve ...	„	1·5	0·028	4·5	0·10	24·5	0·54	29·5	0·64	3	5·44	7·5
Különbség	—	**0**	**0**	**−1**	**−0·02**	**+8**	**+0·18**	**+7·5**	**+0·16**	**−1·5**	**+2·66**	**+2·66**

4. J. Bertalan, 23 éves, jobboldali hemiparesisban és Jackson-epilepsiában szenved. A bal m. tibialis ant. inának görbéit 1904. deczember 17-én vettem fel. 3 vizsgálat történt egy ellazított, egy középállásban levő és egy passiv feszített izmon. Az ellazított és középállásban levő izom görbéin 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″, a kifeszített izom görbéiben 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″. Itt tehát csak az idők hasonlíthatók össze.

Az izom feszessége	Az áram minősége és ereje	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
1. ellazítva	KaZ 10	1	0·016	2·25	0·047	17·25	0·362	19·5	0·409	32	7·75	0·61
2. középállásban	„	1·5	0·026	3·5	0·073	20·5	0·471	24	0·544	29	5·86	0·83
3. passiv feszítve	„	1	0·017	4·5	0·099	59·5	1·309	64	1·468	15	13·2	4·26
Különbség												
1—2.	—	+ 0·5	+ 0·010	1·25	+ 0·026	+ 3·25	+ 0·109	4·5	+ 0·135	— 3	— 1·89	+ 0·22
2—3. között	—	—	— 0·019		+ 0·026	—	+ 0·838	—	+ 0·964	— 14	+ 7·34	+ 3·43
1.	KaZ 10	1	0·016	2·5	0·053	17·5	0·367	20	0·42	31	7	0·64
2.	„	1·25	0·021	3·75	0·078	21·25	0·446	25	0·525	28	5·67	0·89
3.	„	1	0·017	4·75	0·105	40·25	0·885	45	0·99	14	8·47	3·2
Különbség												
1—2.	—	+ 0·25	+ 0·005	+ 1·25	+ 0·025	+ 3·75	+ 0·079	+ 5	+ 0·105	— 3	— 1·33	+ 0·25
2—3. közt	—	—	— 0·006	—	+ 0·026		+ 0·439	—	+ 0·465	— 14	+ 2·8	+ 2·32
2.	KaZ 9	1·5	0·026	2·75	0·058	22·25	0·467	25	0·525	24·5	— 8·09	1·02
3.	„	1·5	0·028	4·5	0·099	35·5	0·781	40	0·88	11	7·42	3·63
Különbség	—	—	+ 0·001	—	+ 0·031	—	+ 0·314	—	+ 0·355	— 13·5	— 0·67	+ 2·61
2.	KaZ 8	2	0·037	3·5	0·073	20	0·42	23·5	0·493	12·5	5·71	1·88
3.	„	1·5	0·028	4·5	0·099	26·5	0·583	31	0·682	4	5·89	7·75
Különbség	—	—	— 0·009	—	+ 0·026	—	+ 0·163	—	+ 0·189	— 8·5	+ 0·18	+ 5·87
2.	KaZ 7	2	0·037	4·5	0·094	14	0·294	18·5	0·388	4	3·11	4·62
3.	„	1·5	0·028	4·5	0·099	20·5	0·451	25	0·55	2	4·56	12·5
Különbség	—	—	— 0·009		+ 0·005	—	+ 0·157	—	+ 0·162	— 2	+ 1·45	+ 7·88

5. G. Alajos, 26 éves, traumás neurosisban szenved. 1904. deczember 21.-én vettem fel a m. tibialis anticus inának görbéit, középállásban és passiv feszített állapotban. 125 cm. gummicső okozta késés = 0·0046″. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″.

Az izom feszessége	Az áram minősége és ereje	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
Középállásban	KaZ 10	0·5	0·004	3	0·066	25	0·55	28	0·616	30	8·33	0·93
Megfeszítve	„	1·25	0·022	5·25	0·116	23·75	0·522	29	0·638	7·5	4·52	3·87
Különbség	—	+ 0·75	+ 0·018	+ 2·25	+ 0·05	— 1·25	— 0·03	+ 1	+ 0·022	— 22·5	— 3·81	+ 2·94
Középállásban	KaZ 9	0·5	0·004	2·75	0·061	23·25	0·511	26	0·572	24	8·46	1·04
Kifeszítve	„	1·25	0·022	5·25	0·116	22·75	0·5	28	0·616	6·5	4·33	4·31
Különbség	—	+ 0·75	+ 0·018	+ 2·5	+ 0·055	— 1·5	— 0·011	+ 2	+ 0·044	— 7·5	— 4·23	+ 3·27
Középállásban	KaZ 8	0·5	0·004	2·5	0·055	19	0·418	21·5	0·473	22	7·6	0·97
Kifeszítve	„	1·5	0·028	5·75	0·126	21·25	0·468	27	0·594	6	3·69	4·5
Különbség	—	+ 1	+ 0·024	+ 3·25	+ 0·071	+ 2·25	+ 0·05	+ 5·5	+ 0·121	6	— 3·91	+ 3·53
Középállásban	KaZ 6	1	0·017	2·75	0·061	15·25	0·335	18	0·396	10	5·54	1·8
Kifeszítve	„	1·5	0·028	6·25	0·137	19·75	0·435	26	0·572	4	3·16	6·5
Különbség	—	+ 1	+ 0·011	+ 3·5	+ 0·076	+ 4·5	+ 0·1	+ 8	+ 0·176	— 6	— 2·38	+ 4·7
Középállásban	KaZ 5	1	0·017	3·5	0·077	12·5	0·275	16	0·352	3	3·57	5·33
Kifeszítve	„	1·75	0·033	7	0·154	18·25	0·401	25·25	0·555	2	2·61	12·62
Különbség	—	+ 0·75	+ 0·016	+ 3·5	+ 0·077	+ 5·75	+ 0·126	+ 8·75	+ 0·203	— 1	— 0·96	+ 7·29

Ezekből az 5 egyénen végzett kisérletekből a következő eredményeket vonhatjuk le.

Az összehúzódás ideje legrövidebb a laza izmon, valamivel hosszabb a középállásban levő izmon, leghosszabb a passiv feszített izmon. Ezt az eredményt adta az ellazított izomra vonatkozólag a 3. sz. eset két izben. Ellazított izom a többi esetben vizsgálva nem volt. A középállásban levő és kifeszített izom görbéi között a leirt különbség állott fenn az 1. és 2. sz. esetben felvett görbék háromféle erejű árammal készült görbéin, melyek a mozgató pont alatt 3 cm.-rel fekvő izomrészről voltak felvéve. Ugyanez volt az eredmény az ínról felvett görbékre vonatkozólag a 4. sz. esetben négyféle áramerővel és az 5. sz. esetben ötféle áramerővel. A 3. sz. esetben ellenben, melyben a görbe a mozgató pontról volt felvéve, a passiv feszített izom összehúzódása valamivel rövidebb ideig tartott (0·02″).

A különbség a laza és középállásban levő izom összehúzódása közt 0·026″.

A különbség a középállásban levő és passiv feszitett izom összehúzódása között az egyes esetekben a következő:

az első esetben 0·03, 0·02, *0·02*″,
a másodikban *0·08*, 0·08, 0·05,
a negyedikben 0·026, 0·026, 0·031, 0·026, 0·005″,
az ötödikben 0·05, 0·055, 0·071, 0·076, 0·077″.

E számok között a legkisebb 0·02, a legnagyobb 0·08″.

A laza és középállásban levő izom összehúzódása közt 0·026 különbség van.

Az elernyedés időszaka legrövidebb a laza izmon, hosszabb a középállásban levő és leghosszabb a passiv megfeszített izmon. Ezt az eredményt adja a laza és középállásban levő izom két esetben. Ez a viszony áll fenn a középállásban levő és passiv megfeszitett izom közt a két első esetben 3—3-féle áramerővel a mozgató pont alatt 3 cm.-rel felvett görbén, a 3. esetben kétféle áramerővel a mozgató ponton felvett görbén, az izom inár ól a 4. esetben ötféle áramerővel, az 5. sz. esetben háromféle áramerővel. A kisérletek közül ellenben valamivel rövidebb a megfeszitett izom elernyedése 2 esetben, nevezetesen az 5. sz. esetben két izben.

A különbség a laza és középállásban levő izom elernyedése között 0·109 és 0·079″.

A különbség a középállás és passiv feszités között

az első esetben 0·01, 0·13, 0·18″,
a második esetben 0·12, 0·05, *0·01*″,
a harmadik esetben 0·1 és 0·18″,
a negyedik esetben *0·838*, 0·439, 0·314, 0·164, 0·157″,
az ötödik esetben 0·05, 0·1 és 0·126″.

E számok közt a legkisebb 0·01, a legnagyobb 0·838.

A két esetben, melyben a feszitett izom elernyedése rövidebb ideig tartott, a különbség 0·023 és 0·011″-nyi.

Tehát az elernyedés időszakában a feszitett és középállásban levő izom között jelentékenyen nagyobb a különbség, mint az összehúzódás időszakában. Ez természetesnek tekinthető. Minthogy az összehúzódás rövidebb az elernyedésnél, abban oly nagy különbségek sem lehetnek.

Az egész görbe legrövidebb a laza, hosszabb a középállásban levő, leghosszabb a megfeszitett izmon. E tekintetben valamennyi adat egyezik.

A laza és középállásban levő izom között a különbség 0·095 és 0·135″.

A középállásban levő és megfeszitett izom közt ez a különbség

az első esetben 0·04, 0·15, 0·20″,
a másodikban 0·2, 0·13, 0·07″,
a harmadikban 0·08, 0·16″,
a negyedikben *0·964*, 0·465, 0·355, 0·189, 0·162″,
az ötödikben *0·022*, 0·044, 0·121, 0·176‘ 0·203″.

E számok közt a legkisebb 0·022, a legnagyobb 0·964″.

A görbe magassága legnagyobb a laza, kisebb a középállásban, legkisebb a passiv megfeszitett izmon. Ebben a tekintetben is valamennyi adat egyezik.

A laza és középállásban levő izom között a különbség itt két esetben 3 mm.

A középállásban és kifeszitett izom görbéjének magassága közt a különbség

az első esetben 2·5, 0·75 mm.,
a másodikban 2·5, 3·75, 4·75 mm.,
a harmadikban 7·5, 1·5 mm.,
a negyedikben 14, 14, 13·5, 8·5, 2 mm.,
az ötödikben *22·5*, 7·5, 6, 6, *1* mm.

A legkisebb szám 1, a legnagyobb 22·5 mm.

Feltünő itt, hogy, a második eset kivételével, *a nagyobb árammal felvett görbéken a feszitett és középállásban levő izom között nagyobb a különbség, mint a gyengébb árammal felvett alacsony görbén.* Ez a körülmény egyszerűen magyarázható azzal, hogy alacsony görbéken a kisebb dimensio miatt kisebbek az eltérések.

Az összehúzódás és elernyedés idejének egymáshoz való viszonya $\left(\frac{b}{a}\right)$ *a megfeszitett izmon megváltozik.* E tekintetben azonban a viszonyok egyenlőtlenek.

A görbe hosszának és magasságának egymáshoz való viszonya $\left(\frac{a+b}{c}\right)$ *a megfeszitett izmon megváltozik.* Az adatok itt valamennyi vizsgálatban egyöntetűek, ez *arányszám emelkedését mutatják.*

$\frac{a+b}{c}$ legkisebb a laza izmon, nagyobb lesz a középállásban, legnagyobb a passiv megfeszitett izmon. Ez az arányváltozás szemlélteti azt, hogy a görbe hosszabb és alacsonyabb lesz.

A különbség a középállás és passiv feszités közt

az első esetben *0·7*, 1·25, *12·43*,
a másodikban 1·11, 1·17, 5·11,
a harmadikban 4·28, 2·66,
a negyedikben 3·43, 2·32, 2·61, 5·87, 7·88,
az ötödikben 2·94, 3·27, 3·53, 4·7, 7·29.

Ebből látszik, hogy, az egy harmadik esetet kivéve, ez a változás általában nagyobbfokú az alacsony mint a magas görbén. Az $\frac{a+b}{c}$ viszony a görbe magasságától és hosszától függ. Fentebb azt az adatot kaptuk, hogy az alacsony görbéken kevésbé változik a magasság az izom feszülésekor, mint a magasabb görbéken. Ha tehát a magasság itt mégis többször foglaltatik a görbe hosszában, úgy azt kell mondanunk, hogy *az alacsony görbék az izom feszítésekor aránylag inkább megnyúlnak, mint a magasak.* Ennek magyarázata az, hogy a nagyobb áramerő inkább győzi le az izom feszességét.

A laza izom és középállásban levő izom $\frac{a+b}{c}$ hányadosának különbözete 0·022 és 0·25 volt.

A lappangás ideje a két vizsgálatban a középállásban levő izmon nagyobb volt, mint a lazán. A megfeszitett izmon egyenlőtlen volt az eredmény, 4 esetben nem állott be változás, 4 esetben megrövidült, 11 esetben megnyúlt.

Az egészséges ember elülső tibialis izom ínának görbéi.

Ennek megállapitására a következő eseteket megvizsgáltam:

1. K. Béla, 18 éves, baloldali radialis-bénulásban szenvedett. A vizsgálat 1905. január 11.-én történt.

2. R. Ármin, 20 éves. A beteg a vizsgálat előtt egynehány hónappal alig kimutatható jobboldali hemiplegiában szenvedett, melynek a vizsgálatkor már nyoma sem volt, csupán az aphasia maradványai állottak fenn. A vizsgálat 1904. deczember 17.-én történt.

3. Sz. László, 42 éves, bal válla arthritises. A vizsgálat 1905. márczius 4.-én történt.

4. N. Verona, 13 éves leányt hysteriás panaszai megszüntekor vizsgáltam 1904. deczember 4.-én.

5. A. Fány, 16 éves leányt hysteriás panaszai megszüntekor vizsgáltam 1904. deczember 4.-én.

6. L. Juliska, 16 éves leány polyarthritisben szenvedett, mely az alsó végtagokat megkimélte. A vizsgálat 1904. deczember 8.-án történt.

7. Gy. Ilona, 23 éves leánynak hysteriás panaszai voltak. A vizsgálat 1904. deczember 29.-én történt.

8. K. Lajosné, 21 éves asszony csekély neurastheniás panaszok miatt mint bejáró beteg volt kezelésben. Őt 1905. márczius 11.-én vizsgáltam.

K. B. 18 éves férfi baloldali radialis-bénulásban szenvedett. A vizsgálat a jobb elülső tibiális izmon 1905. január 11.-én történt. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″.

Áram-minőség és erő	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
9	0·75	0·012	3·5	0·077	22·5	0·495	26	0·572	31	6·43	0·84
9	0·75	0·012	3·5	0·077	22·5	0·495	26	0·572	31	6·43	0·84
8	1	0·017	3·5	0·077	16	0·352	19·5	0·429	20	4·57	0·97
7·5	1	0·017	3·5	0·077	15·5	0·341	19	0·418	16·5	4·43	1·15
7	1	0·017	3·5	0·077	14	0·308	17·5	0·385	11·5	4	1·52
6	1·25	0·022	3	0·066	12·75	0·281	15·75	0·347	7	4·25	2·25
5	1·5	0·028	3	0·066	10·5	0·231	13·5	0·297	3	3·5	4·5
4	1·5	0·028	3·5	0·077	7	0·154	10·5	0·231	1	2	10·5
AnZ											
17	1	0·017	3·5	0·077	18·5	0·407	22	0·484	31	5·28	0·68
14	1	0·017	3·5	0·077	16·5	0·363	20	0·44	21	4·71	0·95
13	1	0·017	3·5	0·077	16	0·352	19·5	0·429	13	4·57	1·5
12	1·25	0·022	3	0·066	16	0·352	19	0·418	7	5·33	2·71
11	1·25	0·022	3	0·066	14·75	0·325	17·75	0·391	6·5	4·92	2·73
10	1·5	0·028	4·5	0·099	11·5	0·253	16	0·352	2·5	2·55	6·4
9	1·5	0·028	4·5	0·099	11·5	0·253	16	0·352	2·5	2·55	6·4
8	2	0·049	3	0·066	9	0·198	12	0·264	1·5	3	4
7	2	0·049	3	0·066	4	0·088	7	0·154	0·5	1·33	14

Sz. L. 42 éves férfi a bal vállizületben arthritisben szenved. A vizsgálat 1905. márcz. 4.-én történt a jobb elülső tibiális izmon. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

Áram-minőség és erő	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
10	1	0·016	3·25	0·068	21·75	0·457	25	0·525	31	6·69	0·81
9	1	0·016	3·75	0·079	20·25	0·425	24	0·504	28·5	5·04	0·84
9	1·25	0·021	3·75	0·079	20	0·42	23·75	0·499	29	5·33	0·82
8	1·25	0·021	4	0·084	20	0·42	24	0·504	20	5	1·2
7	1·5	0·026	3·75	0·079	19·75	0·415	23·5	0·499	17	5·26	1·37
6	2·5	0·047	3·75	0·079	13·75	0·289	17·5	0·368	11	3·61	1·51
5	2·5	0·047	3·5	0·074	13·5	0·283	17	0·357	6·5	3·86	2·62
AnZ											
14	1	0·016	4	0·084	16·5	0·346	20·5	0·43	25	4·12	0·82
13	1	0·016	3·75	0·079	19·25	0·404	23	0·483	23·5	5·11	0·98
11	1·25	0·021	4	0·084	16	0·336	20	0·42	14	4	1·43
10	1·5	0·026	3·5	0·074	16	0·336	19·5	0·41	12	4·57	1·62
10	1·25	0·021	4·25	0·089	15·25	0·32	19·5	0·41	11	3·58	1·77
9	1·25	0·021	4·75	0·1	14·25	0·299	19	0·399	5·5	3	3·46

A következő táblák az összes vizsgált egészséges emberek adatait tartalmazza.

KaZ görbék.

Sorszám	Név, nem	kor	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
			mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
1.	K. L. n.	21	0·5	0·006	2·5	0·055	26·5	0·583	29	0·638	39	10·6	0·74
2.	K. L. n.	21	0·5	0·006	3	0·066	25	0·55	28	0·616	37·5	8·33	0·74
3.	Sz. L. f.	42	1	0·016	3·25	0·068	21·75	0·457	25	0·525	31	6·69	0·81
4.	K. B. f.	18	0·75	0·012	3·5	0·077	22·5	0·495	26	0·572	31	6·43	0·84
5.	Sz. L. f.	42	1·25	0·021	3·75	0·079	20	0·42	23·75	0·499	29	5·33	0·82
6.	Sz. L. f.	42	1	0·016	3·75	0·079	20·25	0·425	24	0·504	28·5	5·04	0·84
7.	R. A. f.	20	1·5	0·028	3·5	0·077	19·5	0·429	23	0·506	26	5·57	0·88
8.	L. J. n.	16	1	0·017	3	0·066	18·5	0·407	21·5	0·473	25·5	6·17	0·84
9.	L. J. n.	16	1·5	0·028	3	0·066	17·5	0·39	20·5	0·436	22	5·83	0·93
10.	T. S. f.	10	1·5	0·028	3	0·066	17	0·374	20	0·44	21	5·66	0·95
11.	Sz. L. f.	42	1·25	0·021	4	0·084	20	0·42	24	0·504	20	5	1·2
12.	K. L. n.	21	1	0·017	4	0·088	18	0·374	21	0·462	20	4·25	1·05
13.	K. B. f.	18	1	0·017	3·5	0·077	16	0·352	19·5	0·429	20	4·57	0·97
14.	N. V. n.	13	1·75	0·030	3	0·066	19	0·38	22	0·446	19	6·33	1·15
15.	Gy. J. n.	23	1	0·017	2·5	0·055	16·5	0·363	19	0·418	19	6·6	1
16.	A. F. n.	16	1	0·016	3·5	0·077	17·5	0·37	21	0·447	18	5	1·17
17.	L. J. n.	16	1	0·017	2·5	0·055	17·5	0·385	20	0·44	17·5	7	1·14
18.	Sz. L. f.	42	1·5	0·026	3·75	0·079	19·75	0·415	23·5	0·494	17	5·26	1·37
19.	K. B. f.	18	1	0·017	3·5	0·077	15·5	0·341	19	0·418	16·5	4·43	1·15
20.	L. J. n.	16	1·25	0·027	2·75	0·061	16·5	0·36	19·25	0·42	16	6	1·2
21.	K. L. n.	21	0·75	0·011	3	0·066	16	0·352	19	0·418	15	5·33	1·21
22.	A. F. n.	16	1	0·016	4·25	0·089	16·75	0·351	21	0·44	14·5	3·94	1·45
23.	K. L. n.	21	1	0·017	4	0·088	15	0·33	19	0·418	14·5	3·75	1.31
24.	R. Á. f.	20	?	?	3·75	0·082	15·25	0·336	19	0·418	13·5	4·07	1·41
25.	G. J. n.	23	1	0·017	2·5	0·055	13·5	0·297	16	0·352	13	5·4	1·21
26.	A. F. n.	16	1	0·016	4·5	0·095	16·5	0·345	21	0·44	12·5	3·64	1·68
27.	K. L. n.	21	1	0·017	3·5	0·077	14	0·305	17·5	0·382	12	4	1·46
28.	Á. F. n.	16	1	0·016	4·25	0·089	16·75	0·351	21	0·44	12	3·94	1·91
29.	K. B. f.	18	1	0·017	3·5	0·077	14	0·308	17·5	0·385	11·5	4	1·52
30.	L. J. n.	16	1·25	0·022	3·25	0·071	16	0·352	19·25	0·423	11·5	4·92	1.67
31.	A. F. n.	16	1	0·060	4·25	0·089	16·75	0·351	21	0·44	11	3·94	1·91
32.	Sz. L. f.	42	2·5	0·047	3·75	0·079	13·75	0·289	17·5	0·368	11	3·61	1·51
33.	R. A. f.	20	2·75	0·050	2·75	0·065	14·75	0·325	17·75	0·39	10	5·36	1·72
34.	L. J. n.	16	1·25	0·027	3	0·066	14·75	0·325	17·75	0·391	10	4·8	1·77
35.	R. A. f.	20	2·75	0·050	2·75	0·061	15	0·33	17·75	0·391	9	5·45	1·99
36.	L. J. n.	16	1·75	0·033	2·5	0·055	15·25	0·335	17·75	0·39	8	6·1	2·22
37.	L. J. n.	16	1·75	0·033	2·75	0·065	13	0·28	15·75	0·345	7·5	4·9	2·1
38.	R. Á. f.	18	1·25	0·022	3	0·066	12·75	0·281	15·75	0·346	7	4·25	2·25
39.	Sz. L. f.	42	2·5	0·040	3·5	0·074	13·5	0·283	17	0·357	6·5	3·86	2·62
40.	K. L. n.	21	1	0·017	4	0·088	13	0·286	17	0·374	6·5	3·25	2·61
41.	K. L. n.	21	1	0·017	4	0·088	12	0·264	16	0·352	6	3	2·67
42.	R. É. f.	20	?	?	3	0·066	12	0·264	15	0·33	5·5	4	2·73
43.	A. F. n.	16	1·25	0·021	5·25	0·11	11·75	0.247	17	0·357	5	2·24	3·4
44.	K. B. f.	18	1·5	0·028	3	0·066	10·5	0·231	13·5	0·297	3	3·5	4·5
45.	N. V. n.	13	1·75	0·030	3·5	0·07	6	0·12	9·5	0·19	3	1·72	3·17
46.	R. Á. f.	18	?	?	3	0·066	9	0·198	12	0·264	2·5	3	4·4
47.	L. J. n.	16	1·75	0·033	3·25	0·072	11	0·242	14·25	0·314	2·5	3·38	5·7
48.	R. A. f.	18	?	?	3	0·066	8	0·176	11	0·242	2	2·66	5·5
49.	L. J. n.	16	2	0·039	3	0·066	11	0·122	13	0·286	2	3·66	6·5
50.	K. B. f.	18	1·5	0·028	3·5	0·077	7	0·154	10·5	0·231	1	2	1·5

AnZ görbék.

Sorszám	Név nem	Kor	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
			mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
1.	K. B. f.	18	1	0·017	3·5	0·077	18·5	0·407	22	0·484	31	5·28	0·68
2.	K. L. n.	21	1	0·017	3	0·066	18	0·396	21	0·462	30	6	0·7
3.	L. J. n.	16	1·25	0·027	2·25	0·049	19	0·418	21·25	0·46	29	8·44	0·73
4.	N. V. n.	13	1·25	0 020	3·75	0·075	21·25	0·425	25	0 5	27	5·67	0·93
5.	Sz. L. f.	42	1	0·016	4	0·084	16·5	0·346	20·5	0·43	25	4·12	0 82
6.	N. V. n.	13	1·25	0·020	1·75	0·04	20·25	0·4	22	0·44	24	11·6	0·92
7.	Sz. L. f.	42	1	0·016	3·75	0·079	19·25	0 404	23	0·483	23·5	5·11	0 98
8.	K. L. n.	21	1	0·017	3	0·066	16	0·352	19	0·418	21	5·33	0·9
9.	K. B. f.	18	1	0·017	3·5	0·077	16·5	0·363	20	0·44	21	4·71	0·95
10.	K. L. n.	21	1	0·017	3	0·066	14	0·308	17	0·374	20	4·66	0·85
11.	A. F. n.	16	1·5	0 026	4	0·084	19·5	0·41	23·5	0·49	16·5	4·88	1·42
12.	K. L. n.	21	1	0·017	3	0 066	13	0·286	16	0·352	16	4·33	1
13.	N. V. n.	13	1·5	0·025	3	0·066	21	0·42	24	0·48	16	7	1·5
14.	A. F. n.	16	1·75	0 032	3·75	0·08	19	0·4	22·75	0·48	15	5·07	1·52
15.	L. J. n.	16	1·5	0 028	2·5	0·055	18	0·4	20·5	0·455	14·5	7·2	1·41
16.	Sz. L. f.	42	1·25	0·021	4	0 084	16	0·336	20	0·42	14	4	1·43
17.	K. B. f.	18	1	0 017	3·5	0·077	16	0·352	19·5	0·429	13	4·57	1·5
18.	Sz. L. f.	42	1·5	0·026	3 5	0·074	16	0·336	19·5	0·4	12	4·57	1·62
19.	K. L. n.	21	1	0 017	3	0·066	13	0·286	16	0·352	11	4·33	1·45
20.	Sz. L. f.	42	1·25	0·021	4·25	0·089	15·25	0·32	19·5	0·41	11	3·58	1·77
21.	A. F. n.	16	1·5	0·026	6	0·13	15	0·31	21	0·44	9	2·33	2·32
22.	N. V. n.	13	1·75	0·030	3·25	0·065	13·75	0·275	17	0·34	8·5	4·23	2
23.	L. J. n.	16	1·5	0·028	3	0·066	15·5	0·34	18·5	0·41	7·5	5·16	2·5
24.	K. B. f.	18	1·25	0·022	3	0·066	16	0·362	19	0·418	7	5·33	2·71
25.	Sz. L. f.	42	1·25	0 021	4·75	0·1	14·25	0·299	19	0·399	5·5	3	3·46
26.	K. L. n.	21	1	0·017	3	0·066	11·5	0·253	14·5	0·319	5	3·37	2·9
27.	L. J. n.	16	1·5	0·028	4	0·088	13·5	0·297	17·5	0·38	4	3·37	4·37
28.	N. V. n.	13	2	0·035	3·5	0·07	13·5	0·27	17	0·34	3	3·86	5·66
29.	K. B. f.	18	1·5	0·028	4·5	0·099	11·5	0·253	16	0·352	2·5	2·55	6·4
30.	A. F. n.	16	1·5	0·026	5·5	0·11	11	0·23	16·5	0·34	2	2	8·25
31.	K. B. f.	18	2	0·043	3	0·066	9	0·198	12	0·264	1·5	3	8
32.	K. B. f.	18	2	0·043	3	0·066	4	0·088	7	0·154	0·5	1·33	5·26

Vonjuk le ezen görbék méreteiből a tanulságokat.

Az áramerő szerint változik az egészséges ember izomgörbéje. Legérzékenyebb e tekintetben a görbe magassága, mely pl. az első esetben akkor, a mikor az áram KaZ 9 MA-ről 4 MA-re csökken, a 31 mm.-ről 1 mm.-re esik. *Tehát a nagyobb árammal felvett görbe magas, a kis árammal felvett görbe alacsony.* Ez az adat más szerzők, így emberen végzett kisérletek alapján *Mendelsohn* eredményével összeesik. *Mendelsohn* egyes inductiós csapásokkal végzett vizsgálatokban tapasztalta, hogy a görbe minden alkatrésze egyenlően változik az áramerő és a görbe magassága szerint. Ez a felvétel az én adataimmal megegyezik, ezért egészséges emberen az áramerő helyett a görbe magasságát vehetjük tekintetbe akkor, ha több egyén görbéit összehasonlítjuk.

A lappangás ideje sokkal kevésbé érzékeny az áramerővel szemben. Igy pl. az első esetben KaZ 9 MA árammal 0·012″-ig tartott ezen idő, KaZ 8, 7·5, 7 MA-nél minden esetben 0·017, 4 MA-rel 0·028″ volt. Ha pedig a görbe magassága szerint nézzük az adatokat, azt látjuk, hogy az első esetben 20, 16·5, 11·5 mm. magas görbe lappangásideje egyenlő volt, ugyancsak egyenlő 3 és 1 mm. magas görbe lappangásideje is. Ugyanazon eset anod rángásai közül a 31, 21 és 13 mm. magas görbéknek egyenlő volt a lappangásideje. Az összes egészséges embereken felvett görbék lappangásidejét nézve kiderül, hogy kathod árammal a 40—35·5 mm. magas görbék lappangásideje 0·06″ volt, az 5—0·5 mm. magas görbéké pedig 0·032″.

Ezek szerint nem lehet egy absolut számmal meghatározni, az egészséges ember valamely izomrángásának lappangó idejét, hanem azt a görbe magasságához kell viszonyitani. *Mendelsohn* az áramerő és lappangási idő viszonyáról azt irja, hogy nagyon erős árammal kisebb a lappangás ideje. *Edinger* a ki ugyancsak egyes inductio-csapásokat használt az izom ingerlésére, görbében az áramerő nem volt befolyással a lappangás idejére.

Valamennyi egészséges emberen eszközölt felvételem átlagai a következők:

40—35·5	mm.	magas	kathodgörbékben	$l = 0{\cdot}006$
31	„	„	„	$l = 0{\cdot}014$
30—25·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}021$
25—20·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}028$
20—15·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}022$
15—10·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}021$
10— 5·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}034$
5— 0·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}03$
31	mm.	magas	anodgörbékben	$l = 0{\cdot}017$
30—25·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}022$
25—20·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}018$
20—15·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}029$
15—10·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}022$
10— 5·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}026$
5— 0·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}032$

E szerint 30—10·5 magasság mellett a KaZ-görbék lappangásideje közel egyenlő, 40—31 magasságban kisebb, 10—0·5 magasságban nagyobb. Az AZ-görbéken 30—5·5 magasság között egyenlőnek mondható, 30 mm.-en felül kisebb, 5 mm.-nél alacsonyabb görbéken nagyobb számokat kaptam. *Tehát a középmagas görbéken a lappangás ideje egyenlő csak az igen magas 30 mm.-nél nagyobb görbéken kisebbedik és a 10—5 mm.-nél kisebb görbéken nagyobb.*

A lappangás idejének meghatározása bizonyos nehézségekkel jár, ha a görbe nem hirtelen emelkedik el az alapvonaltól. Ilyenkor ugyanis nem lehet pontosan megállapítani a görbe kezdetét. Edinger szerint így 0·002″ tévedés lehetséges. Feltehető azonkivül az is, hogy a lassan emelkedő görbéken az emelkedés egy része az alapvonalban vész el és így a lapangásidő megnyulása csak azt jelenti, hogy a felhágó szár csak később lesz oly magas, hogy mérhetővé lesz. Ha még tekintetbe veszszük azt, hogy az izmot fedő zsír és bőr consistentiája is befolyhat arra, hogy a felvevő dob emelkedése később kezdődjék, úgy kiviláglik, hogy az alacsonyabb görbék lappangó idejének kisebb volta nem sokat jelent. Ellenben a kóros esetekkel való összehasonlítás szem

pontjából ezek az adatok használhatók, ha *egyenlő magas* görbék lappangásidejében nagyobb különbségek lelhetők.

A valódi lappangás idő, mint azt már *Mendelsohn* is kiemeli, egyáltalában nem is állapítható meg. Görbéim lappangásidejét más szerzők adataival összehasonlítani nem tudom, minthogy felvételeimet a m. tibialis ant. inán végeztem.

Az áramerő, illetve a görbe magassága az összehúzódás idejével nem áll szoros viszonyban, de az alacsonyabb görbéken a számok valamivel nagyobbak. Az összes esetek átlagai a következők:

40—35·5	mm.	magas	KaZ-görbében	$a = 0{\cdot}06$
31	„	„	„	$a = 0{\cdot}072$
30—25·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}075$
25—20·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}066$
20—15·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}072$
15—10·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}078$
10— 5·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}069$
5— 0·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}075$

31	mm.	magas	AnZ-görbében	$a = 0{\cdot}077$
30—25·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}063$
25—20·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}069$
20—15·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}072$
15—10·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}074$
10— 5·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}086$
5— 0·5	„	„	„	$a = 0{\cdot}081$

Mendelsohn az összehúzódás idejét 0·035—0·045 között találta. *Edinger* mint minimumot 0·029 másodperczet, mint átlagot 0·045 másodperczet állapitott meg, de ennél sokkal nagyobb számai is vannak, pl. 0·069″. Ezen magas számokat azonban megbizhatóknak E. nem tartja, mert olyan görbékről valók, a melyeknél a tető ellapult és igy a legmagasabb pont meghatározása bizonyos fokig a meghatározó tetszésére van bizva. Mind a két említett szerző függetlennek találja az összehúzódás idejét a görbe magasságától. A fenti számadatok ezt a tapasztalatot megerősitik. Számadataim magasabb voltát a berendezés elérő volta magyarázza, ha azokból levonok 0·026″ különbséget, a mennyivel a középállásban levő izom összehúzódása hosszabb mint a lazáé, a számok közelállókká lesznek.

Az összehúzódás idejének meghatározásában is nehézséget okoz az a körülmény, hogy a kezdőpont helye az alacsony görbéken nem jól állapitható meg. A felhágó szár alakját illetőleg áll *Medelsohn* leirása, mely szerint az eleinte gyorsan emelkedik, csúcsa felé érve pedig lassabodik az emelkedés.

Az *elernyedés* idejére vonatkozólag összes felvételeim átlaga a következő:

40—35·5	mm.	magas	KaZ-görbéken	$b = 0{\cdot}566''$
31	„	„	„	$b = 0{\cdot}476$
30—25·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}42$
25—20·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}382$
20—15·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}376$
15—10·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}332$
10— 5·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}296$
5— 0·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}198$

31	mm.	magas	AnZ-görbéken	$b = 0{\cdot}407''$
30—25·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}413$
25—20·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}373$
20—15·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}365$
15—10·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}338$
10— 5·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}315$
5— 0·5	„	„	„	$b = 0{\cdot}227$

Ezen adatok azt mutatják, *hogy az izom elernyedésének ideje magasabb, azaz erősebb árammal felvett görbén hosszabb, alacsony görbén rövidebb.*

Az egyes adatokból az látszik, hogy e mellett *egyenlő elernyedés mellett bizonyos fokig különféle magasságú görbék lehetségesek és hogy az egyéni ingadozások elég nagyok.* Igy pl. Sz. L. esetében 29 és 20 mm. magas görbén 0·42″ az elernyedés ideje, 14 és 12 mm. magas görbén 0·336″. K. B. esetében 13 és 7 mm. magas görbén 0·352″ az elernyedés. L. J. 25·5 mm. magas görbéjén 0·407″ az elernyedés. Sz. L. 17 mm. magas görbéjén 0·415″. G. J. 13. mm. magas görbéjén 0·297″ az elernyedés. L. J. 8 mm. magas görbéjén 0·335″. Hasonló számarányokat az egyes esetek egyes adatait részletező táblán többet is lehet összeállitani.

A leeső szár alakjára vonatkozólag áll *Mendelsohn* leirása, mely szerint az eleinte meredeken, később lassabban esik és hegyes szögben éri el az alapvonalat. *Edinger* a leeső szárban egynéhány, legalább 2 utólengést talált, mely szerinte az izom rugalmasságának következése, de talán, bár nem valószinű módon az irótoll hibájában találhatná okát. Ezen utólengéseket én is észleltem. A leeső szár hossza *Edinger* szerint 0·3—0·45″, *Mendelsohn* szerint 0·05 és 0·06 között változik.

A görbe leeső szárának végpontja igen nehezen határozható meg, az sokszor nem éri el az alapvonalat, hanem tovább halad azzal párhuzamosan. Ilyenkor *Mendelsohn*-nal egyetértve azt a pontot vettem a görbe végének, a hol az az alapvonallal párvonalosan kezd haladni.

Felvételeimben egynéhányszor előfordult, hogy a leeső szár az alapvonal alá sülyedt, ilyenkor azonban a két dob között a levegőátvitelben hiba volt, a melynek javitása után ez a sülyedés elmaradt.

Az egész rángás idejére vonatkozólag összes felvételeim átlaga a következő:

40—35·5	mm.	magas	KaZ-görbében	$a + b = 0{\cdot}626''$
31	„	„	„	$a + b = 0\,548$
30—25·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}495$
25—20·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}448$
20—15·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}448$
15—10·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}41$
10— 5·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}365$
5— 0·5	„	„	„	$a + b = 0\,273$

31	mm.	magas	AnZ-görbében	$a + b = 0{\cdot}484''$
30—25·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}474$
25—20·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}442$
20—15·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}437$
15—10·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}412$
10— 5·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}401$
5— 0·5	„	„	„	$a + b = 0{\cdot}308$

Ezek az adatok mutatják, hogy az egész rángás ideje magasabb görbén, azaz erősebb árammal hosszabb, alacsony görbén rövidebb.

Az egyes adatokból az látszik, hogy *egyenlő rángásidő mellett ugyanazon egyénen bizonyos fokig különféle magas görbék lehetségesek és hogy az egyéni ingadozások nagyok.* Igy pl. már a fenti táblázatban is egyenlő a rángásidő 25—15·5 mm. magas görbék átlagain. Különböző egyéneket összehasonlitva, azt látjuk, hogy Sz. L. 5·5 mm. magas anód görbéjén a rángás ideje 0·299″, mig K. L. 16 mm. magas görbéjén 0·286″ esett erre az időre. Hasonló számok a fenti egyes esetekben több izben is állithatók össze.

Minthogy pedig fentebb kimutattuk, hogy az összehúzódás alig változik a görbemagasság szerint, ebből következik, *hogy a rángás hosszának megváltozásában az elernyedésé a főszerep.*

Mendelsohn adataiban az egész rángás középértéke 0·08—0·1″. *Edinger* számai a m. bicepsre vonatkoznak és sokkal magasabbak, 0·287—0·441″ közt ingadoznak. *Mendelsohn* azt állitja, hogy az emberen a görbe magassága és hossza között nincs összefüggés. A fenti számok azonban mást mutatnak. *Mendelsohn* ez állitás bizonyitására egy táblázatra hivatkozik,

mely szerint többek között a 19 mm. magas görbe 0·12″, a 26 mm. magas ellenben csak 0·1″-ig tartott. Eseteimből, mint fent látszik, ugyanilyen adatokat lehet csoportosítani, ez azonban nem változtatja meg az átlagszámok értékét. Ha adataimból 0·095—0·135″-et a laza és középfeszes izom között fennálló különbség miatt levonok, úgy azok *Edinger*nek a kétfejű karizomra vonatkozó adataihoz közel állanak.

A görbe magassága és hossza közt fennálló arányt viszonyszámmal igyekeztem meghatározni, a mely mutatja, hogy a görbe magassága hányszor foglaltatik annak hosszában.

Ez a szám $\frac{a+b}{c}$

KaZ	40—35·5	mm.	magas	görbéken	0·74
„	31	„	„	„	0·82
„	30—25·5	„	„	„	0·84
„	25—20·5	„	„	„	0·94
„	20—15 5	„	„	„	1·1
„	15—10·5	„	„	„	1·52
„	10— 5·5	„	„	„	2·27
„	5— 0·5	„	„	„	4·21
AnZ	31	mm.	magas	görbéken	0·68
„	30—25·5	„	„	„	0·8
„	25—20·5	„	„	„	0·9
„	20—15·5	„	„	„	1·26
„	15—10·5	„	„	„	1·53
„	10— 5·5	„	„	„	2·6
„	5— 0·5	„	„	„	5·98

Ebből látható, hogy az $\frac{a+b}{c}$ *viszonyszám a görbe magasságának csökkenésével nő*, azaz a görbe hossza kevésbé rövidül, mint a mennyit magasságából veszít.

Ugyancsak viszonyszámmal akartam kifejezni az összehúzódás és elernyedés között fennálló arányt. A $\frac{b}{a}$ viszonyszám mutatja, hogy az összehuzódás hányszor foglaltatik az elernyedésben:

$\frac{b}{a}$	40—35·5	mm.	magas	KaZ-görbéken	9·47
	31	„	„	„	6·56
	30—25·5	„	„	„	5·53
	25—20·5	„	„	„	5·74
	20—15 5	„	„	„	5·44
	15—10·5	„	„	„	4·38
	10— 5·5	„	„	„	4·5
	5— 0·5	„	„	„	2·77
	31	mm.	magas	AnZ-görbéken	5·28[1]
	30—25·5	„	„	„	6·7
	25—20·5	„	„	„	6·13
	20—15·5	„	„	„	5·19
	15—10·5	„	„	„	4·68
	10— 5·5	„	„	„	4·01
	5— 0·5	„	„	„	2·49

$\frac{b}{a}$ *arány tehát a görbe magasságának csökkenésével átlag csökken*, de itt sem egyezik pontosan minden adat, a mennyiben 25—20·5 mm. KaZ-görbék $\frac{b}{a}$ aránya 5·74, mig 30 és 25·5 között csak 5·53, ugyanigy ellenkeznek az AnZ-görbék első három számai. Ez eltérés azonban a szabályt nem semmisiti meg.

A KaZ- és AnZ görbék összehasonlitásában először az egyenlő árammal felvett görbéket vizsgáljuk, ezekből a következő adatokat kapjuk:

[1] Csak egy eset.

Eset	Áram	*l*	*a*	*b*	*a* + *b*	*c*
K. B.	KaZ 9	0·012	0·077	0·495	0·572	31
„	AnZ 9	0·028	0·099	0·253	0·352	2·5
„	*Különbség*	**+0·016**	**+0·022**	**+0·242**	**—0·22**	**—28·5**
K. B.	KaZ 8	0·017	0·077	0·352	0 429	20
„	AnZ 8	0·049	0·066	0·198	0·264	1·5
„	*Különbség*	**+0·032**	**—0·011**	**—0·154**	**—0·165**	**—18·5**
K. B.	KaZ 7	0·017	0·077	0·308	0·385	4
„	AnZ 7	0·049	0·066	0·088	0·154	0·5
„	*Különbség*	**+0·032**	**—0·011**	**—0·22**	**—0·231**	**—3·5**
Sz. L.	KaZ 10	0·016	0·068	0·457	0·525	31
„	AnZ 10	0·024	0·081	0·316	0·41	11 5
„	*Különbség*	**+0·008**	**+0·013**	**—0·141**	**—0·115**	**—19·5**

Tehát egyenlő erős árammal az AnZ-görbe lappangásideje hosszabb, az összehuzódás ideje változó, az elernyedés és az egész görbe rövidebb, a magassága alacsonyabb. Tekintve, hogy a görbe magassága határozza meg a többi alkatrészt, ez adatok nem mondanak többet, mint azt, hogy a KaZ-inger nagyobb, mint az AnZ.

Hasonlítsuk ezért össze az összes egészséges esetek kathod és anod görbéi közül az egyenlő magas görbéket.

Áram	*l*	*a*	*b*	*a* + *b*	*c*	$\frac{a}{b}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	0·006	0·06	0·566	0·626	40—35·5	9·47	0·74
KaZ	0·014	0·072	0·476	0·548	31	6·56	0·82
AnZ	0·017	0·077	0·407	0·484	31	5·28	0·68
Különbség	**+0·003**	**+0·005**	**—0 069**	**—0·064**	31	**—1·28**	**—0·14**
KaZ	0·021	0·075	0·42	0·495	30—25·5	5·53	0·84
AnZ	0·022	0·063	0·413	0 476	30—25·5	6·7	0·8
Különbség	**+0·001**	**—0 012**	**—0·007**	**—0·019**	30—25·5	**+1·17**	**—0·06**
KaZ	0·028	0 066	0·382	0·448	25—20·5	5·74	0 94
AnZ	0 018	0·069	0·373	0·442	25—20·5	6 13	0 9
Különbség	**—0·01**	**+0·003**	**—0·009**	**—0·006**	25 —20·5	**+0·39**	**—0·04**
KaZ	0·022	0·072	0·376	0·448	20—15·5	5·44	1·1
AnZ	0·029	0·072	0·365	0·437	20—15·5	5·19	1·26
Különbség	**+0·008**	**0**	**—0·011**	**—0·011**	20—15·5	**—0·25**	**+0·06**
KaZ	0·021	0·078	0·332	0·41	15—10·5	4·38	1·52
AnZ	0 022	0·074	0·338	0·412	15—10·5	4·68	1 53
Különbség	**+0·001**	**—0·004**	**+0·006**	**+0·002**	15—10·5	**+0·3**	**+0·01**
KaZ	0·034	0·069	0·296	0·365	10—5·5	4·5	2·27
AnZ	0·026	0·086	0·315	0·401	10—5 5	4·01	2·6
Különbség	**—0·008**	**+0·017**	**+0 019**	**+0·636**	10—5·5	**—0·49**	**+0·33**
KaZ	0·03	0·075	0·198	0·273	5—0·5	2·77	4·21
AnZ	0·032	0 081	0·227	0·308	5—0·5	2·49	5·98
Különbség	**+0·002**	**+0·006**	**+0·029**	**+0·035**	5—0·5	**—0·28**	**+1·77**

Ez adatokban *a lappangás ideje és az összehúzódás ideje változóan hol nagyobbak, hol kisebbek az egyenlő magas KaZ- és AnZ-görbéken. Az elernyedés és az egész rángás ideje 31—15·5 mm. magas görbék közül az anodon kisebb, mint a kathodon, a 15 mm.-nél alacsonyabb görbén ellenben magasabb.*

Az AnZ- és KaZ-görbe különböző voltát *Rosenbach* és *Schtscherbak* emlitik, a lappangás idejét ugyan egyenlőnek találták (0·013″) a kétfejű karizmon, de az egész rángás idejét különbözőnek, a KZR 0·214″, az AZR 0·191″ volt. A közleményből azonban nem látszik, hogy egyenlő erős árammal történt-e az izgatás, bár a nagy különbség az egész rángás idejében arra vall. Ez a különbség, mint már fenn emlitettem, csak azt jelenti, hogy az AZR kisebb inger a KZR-nál. Az én vizsgálataimban ellenben egyenlő magas görbéket hasonlitottam

össze, így azt hiszem, egyenlő ingerről van szó és daczára ennek van eltérés a két polus között.

2. Hypertoniás görbék.

Különféle fokú hypertoniában szenvedőkön vettem fel görbét. Ezen esetek közül csak egynehányat közlök.

1. K. F., 32 éves férfi, syringomyeliában szenved. Járásán nem látszik meg alsó végtagjainak merev-görcsös volta, rajta azonban *Babinski* tünete és kisfokú lábklonus váltható ki. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″. Felvétel 1904. deczember 20.-án.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
12	0·75	0·012	1·75	0·039	21·25	0 467	23	0·506	26	12·13	0·89
„	1	0·017	1·5	0·033	21·5	0·473	23	0 506	22	14 33	1·04
„	1	0 017	4·5	0·099	16	0·352	20·5	0·451	7	3·56	2·93
„	1	0·017	5	0·111	15	0·33	20	0·44	5	3	4
AnZ	1	0·017	2·5	0·055	17·5	0 385	20	0·44	25	7	0 8
„	1	0 017	2·5	0·055	16	0·352	18·5	0·407	23 ·	6·4	0 8
„	1·25	0·022	2·75	0·061	16·25	0·357	19	0 418	15	5·91	1·27
„	1·25	0·022	2·25	0·049	16·75	0·369	19	0·418	13·5	7·44	1·41
„	1·5	0·028	3·5	0·077	15	0·33	18·5	0·407	7	4·28	2·64
„	1·25	0·022	4·25	0·094	9 75	0·214	14	0·308	4	2·29	3·5
„	1·5	0·028	4	0·088	8·5	0·187	12 5	0·275	1·5	2·12	8·33

2. R. J., 23 éves leány, sclerosis polyinsularisban szenved, a hypertonia jelentékeny, merev-görcsös járásban, nagyon kifejezett lábklonusban nyilvánul, Babinski tünete is kimutatható. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″. Felvétel 1904. deczember 20.-án.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
12	2	0·039	3·5	0·077	21·5	0·473	25	0·55	23	6·14	1·09
„	2	0·039	4·5	0·099	19·5	0·429	24	0·528	25	4·33	1·6
„	2	0·039	5	0·11	19	0·418	24	0·528	13	3·8	1·85
„	2·5	0·050	6·25	0·137	15·25	0·336	21·5	0·473	5·5	2·44	3·92
„	3	0·061	6	0·132	13	0·286	19	0 418	2	2 17	9 5
AnZ	2·25	0·045	4·25	0·094	17·75	0·391	22	0·484	10	4·18	2·2
„	2·25	0·045	4·25	0·094	17·75	0·391	22	0·484	8	4·18	2·75
„	2·25	0·045	5·5	0·121	14·5	0·319	20	0·44	4	2·64	5
„	2 5	0·051	5·5	0·121	14	0·308	19·5	0·429	1·5	2·55	13

3. D. V., 30 éves férfi, myelitisben szenved, fokozott reflexei vannak, járása merev-görcsös, Babinski-tünete van. 4·75 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″. Felvétel 1905. junius 6.-án.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
	1	0·017	3 25	0·071	27·75	0·611	31	0·682	32	8·54	0·97
	1	0·017	4·5	0·099	26·5	0·583	31	0·682	31	5·44	1
KaZ	1	0·017	5	0 11	24	0·528	29	0·638	27	4·8	1·04
	1	0 017	4·5	0·099	24·5	0·539	29	0·638	25	5·44	1·16
	1·5	0·018	5	0 11	20 5	0·451	25·5	0·561	21	4·1	1·21
	1·5	0·018	5	0·11	20	0 44	25	0 55	15	4	1·67
	0·75	0·011	2·25	0·049	27·75	0 611	30	0·66	35	11·33	0·85
	1·5	0·018	4·5	0 099	25·5	0·561	30	0·66	16	5·67	1·87
AnZ	1·5	0·018	4·5	0·099	25·5	0·561	30	0·66	15	5·67	2
	1·5	0·018	5·5	0·121	22·5	0·495	28	0·616	7·5	4·09	3
	1·5	0·018	5·5	0·121	20·5	0 451	26	0·512	7	3·73	3·73
	1·5	0·018	6·5	0 143	18 5	0·407	25	0·55	2	2 85	12·5

4. T. J., 20 éves férfi, sclerosis polyinsularis, közepes hypertonia, lábklonus, Babinski. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″. Felvétel 1905. junius 1.-én.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
	1	0·016	2	0 042	28	0·588	30	0·63	31	14	0·96
	1	0·016	2	0·042	27·5	0·577	29·5	0·619	29·5	13 75	1
KaZ	1	0·016	3·5	0·073	26·5	0·556	30	0·63	20·5	7·58	1·46
	1	0·016	3·5	0 073	23·5	0·494	27	0·567	13	6·71	2·07
	1	0·016	4·25	0·089	17 75	0 373	22	0·462	6	4·18	3·67
	1·5	0 027	5	0·105	15·5	0·325	20·5	0·43	3	3 1	6 83
	1	0·016	2·5	0·053	26·5	0·556	29	0·609	29·5	10·6	0·98
AnZ	1	0 016	2	0 042	26	0 546	28	0·588	26	13	1·04
	1	0·016	4	0·084	23	0·483	27	0·567	12	5 75	2·25

5. Z. Á., 42 éves férfi, Brown-Séquard-bénulás, nagy hypertonia, lábklonus, Babinski. Felvétel 1905. junius 17.-én. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	0·75	0·011	2	0·04:	32	0·672	34	0·714	32	16	1·06
„	1	0·016	4	0·084	30	0·63	34	0·714	27	7·5	1·22
„	1	0·016	3	0 063	27	0·567	30	0·63	22	9	1 37
„	1	0·016	4	0 084	26	0 546	30	0·63	15	6·5	2
„	1	0 016	5·5	0·115	14·5	0·305	20	0·42	5	2 64	4
AnZ	0·5	0 006	1	0·021	29	0·609	30	0 63	37	29	0·81
„	0·5	0·006	1	0·021	32	0·672	33	0·693	34	32	0·97
„	1	0 016	1·5	0 032	29·5	0 619	31	0·651	27	19·67	1·15
„	1	0·016	1	0·021	26 5	0·556	27·5	0·577	26	26·5	1·06
„	1	0 016	1	0 021	25	0·525	26	0 546	24	25	1·04
„	1	0·016	1	0·021	23	0·483	24	0·504	14	23	1·71
„	1	0 016	3·5	0·073	20·5	0·431	24	0·504	8	5·86	3
„	1	0·016	3·5	0·073	18·5	0·389	22	0·462	4	5·28	5·5

6. B. M., 33 éves, syringomyeliában szenved, nagyfokú hypertoniája van, lábklonus és Babinski-reflex élénk. Felvétel 1904. deczember 10.-én. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a+b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·017	3	0·066	24	0·528	27	0 594	21	8	1 29
„	1	0·017	3	0·066	24	0·528	27	0·594	18	8	1·29
„	1	0·017	3 25	0·072	22·75	0·501	26	0·572	14	7	1·85
„	1	0 017	3·5	0 077	22·5	0 495	26	0·572	12	6·43	2·16
„	1	0·017	4	0·088	19·5	0·429	23·5	0·517	9	4·87	2·61
„	1·5	0·018	3 5	0 077	16·5	0·363	20	0·44	8	4·71	2·5
„	2	0·039	4·5	0 099	13·5	0·297	18	0·396	4	3	4·5
„	2	0·039	3	0·066	14	0·308	17	0·374	2 5	4·67	6·4
„	2	0·039	4 5	0·099	12 5	0·275	17	0·374	1·5	2·78	11·33
„	2	0·039	4	0 088	4	0·088	8	0 176	0·5	1	16
AnZ	0·5	0·006	3·5	0·077	22	0·484	25·5	0·561	19·5	6·28	1·3
„	0·5	0·006	3·5	0·077	22	0·484	25 5	0·561	19	6 28	1·34
„	1	0·017	3	0·066	21·5	0·473	24·5	0·539	17	7·17	1 44
„	1	0·017	3	0·066	20·5	0 451	23 5	0·517	12	6·83	1·96
„	1	0·017	3	0·066	20	0·44	23	0·506	9	6·67	2·56
„	1	0·017	4	0·088	15	0·33	19	0 418	5	3·75	3·8
„	1	0·017	4	0·088	15	0·33	19	0·518	2	7·25	9 5

7. A. J., 20 éves leány, sclerosis polyinsularis, hypertonia, lábklonus, Babinski. 4·75 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″. Felvétel 1905. február 7.-én.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1·5	0·027	3·5	0·074	22·5	0·472	26	0·546	18	6·43	1·44
	1	0·016	3·5	0·074	22·5	0·472	26	0·546	15	6·43	1·44
	1	0·016	3·5	0·074	21·5	0·451	25	0·525	13	6·14	1·91
	1	0·016	3·75	0·079	21·25	0·446	25	0·525	11	5·66	2·27
	1	0·016	3·5	0·074	18·5	0·388	22	0·462	7	5·28	3·14
	1	0·016	3·5	0·074	15·5	0·325	19	0·399	4	4·43	4·75
AnZ	1	0·016	4·25	0·089	21·75	0·457	26	0·546	14·5	5·12	1·78
	1	0·016	3·25	0·068	22·75	0·478	26	0·546	11	7	2·18
	1	0·016	4·5	0·095	20·5	0·43	25	0·525	7	4·55	3·57
	1·5	0·027	4	0·084	19	0·399	23	0·483	6	4·75	3·82
	1·5	0·027	6	0·126	13	0·273	19	0·399	1	2·16	19

8. T. R., 24 éves leány, sclerosis polyinsularisban szenved. Nagyfokú cerebelláris ataxiája van, alsó végtagjai merevgörcsösek, lábklonus és Babinski-tünet kiváltható. 5 mm. = 0·1", 1 mm. = 0·02".

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.			
KaZ	1·5	0·025	5	0·1	23	0·46	28	0·56	20·5	4·6	1·36
	1·5	0·025	3·5	0·07	23·5	0·47	27	0·54	16·5	6·71	1·63
	2	0·035	3·5	0·07	20·5	0·405	24	0·48	3	5·81	8
	2	0·035	3·5	0·07	16·5	0·33	20	0·4	2	4·71	10
AnZ	1·5	0·025	3·5	0·07	22	0·44	25·5	0·51	20	6·28	1·27
	1·5	0·025	3·5	0·07	23·5	0·47	27	0·54	15	6·71	1·8
	2	0·035	4·5	0·09	22·5	0·45	27	0·54	13	5	2·07
	2	0·035	3·75	0·075	18·25	0·365	22	0·44	10	4·86	2·2
	2	0·035	3·5	0·07	18·5	0·37	22	0·44	5	5·29	4·04
	2	0·035	3·5	0·07	15·5	0·31	19	0·31	2	4·42	9·5

A hypertoniás görbe az áramerő változásai szerint ugyan úgy változik, mint az egészséges izom görbéje.

A lappangás idejére vonatkozólag a következő adataim vannak.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	átlagosan	$l = 0·015$
30—25·5	„	„	„	„	$l = 0·016$
25—20·5	„	„	„	„	$l = 0·016$
20—15·5	„	„	„	„	$l = 0·023$
15—10·5	„	„	„	„	$l = 0·021$
10— 5·5	„	„	„	„	$l = 0·023$
5— 0·5	„	„	„	„	$l = 0·033$
35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbéken	átlagosan	$l = 0·009$
30—25·5	„	„	„	„	$l = 0·016$
25—20·5	„	„	„	„	$l = 0·016$
20—15·5	„	„	„	„	$l = 0·015$
15—10·5	„	„	„	„	$l = 0·021$
10— 5·5	„	„	„	„	$l = 0·026$
5— 0·5	„	„	„	„	$l = 0·028$

E szerint 35—20·5 mm. magas kathod görbék lappangásideje körülbelül egyenlő, 20—5·5 közt nagyobb, egymás között egyenlőnek mondható adatokat kaptam, 5 mm. magas görbéken magasabb számot. Az anod görbéken 30—15·5 mm. magasságban körülbelül egyenlő a lappangás ideje.

Az összehúzódás idejére vonatkozó átlagszámok a következők:

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbéken	$a = 0·063$
30—25·5	„	„	„	$a = 0·069$
25—20·5	„	„	„	$a = 0·077$
20—15·5	„	„	„	$a = 0·07$
15—10·5	„	„	„	$a = 0·085$
10— 5·5	„	„	„	$a = 0·094$
5— 0·5	„	„	„	$a = 0·093$
35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbéken	$a = 0·035$
30—25·5	„	„	„	$a = 0·037$
25—20·5	„	„	„	$a = 0·038$
20—15·5	mm.	magas	AnZ görbéken	$a = 0·078$
15—10·5	„	„	„	$a = 0·075$
10— 5·5	„	„	„	$a = 0·093$
5— 5·5	„	„	„	$a = 0·098$

E szerint *az összehúzódás ideje az alacsony görbéken nagyobb, mint a magasabbakon.*

Az *elernyedés idejének* átlagszámai a következők:

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbéken	$b = 0·614$
30—25·5	„	„	„	$b = 0·55$
25—20·5	„	„	„	$b = 0·506$
20—15·5	„	„	„	$b = 0·49$
15—10·5	„	„	„	$b = 0·469$
10— 5·5	„	„	„	$b = 0·373$
5— 0·5	„	„	„	$b = 0·298$
35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbéken	$b = 0·641$
30—25·5	„	„	„	$b = 0·569$
25—20·5	„	„	„	$b = 0·434$
20—15·5	„	„	„	$b = 0·488$
15—10·5	„	„	„	$b = 0·452$
10— 5·5	„	„	„	$b = 0·472$
5— 0·5	„	„	„	$b = 0·313$

Az elernyedés ideje az alacsony görbén kisebb, magas görbén nagyobb. 30—10·5 között a számok egymáshoz közel állók.

Az egész rángás ideje:

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbéken	0·677"
30—25·5	„	„	„	0·629
25—20·5	„	„	„	0·583
20—15·5	„	„	„	0·56
15—10·5	„	„	„	0·554
10— 5·5	„	„	„	0·467
5— 0·5	„	„	„	0·391
35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbéken	0·676
30—25·5	„	„	„	0·606
25—20·5	„	„	„	0·472
20—15·5	„	„	„	0·566
15—10·5	„	„	„	0·527
10— 5·5	„	„	„	0·505
5— 0·5	„	„	„	0·409

Tehát *az egész rángás ideje alacsonyabb görbén rövidebb, magas görbén hosszabb, a középső magasságokban a számok közelállók.*

Az $\frac{a+b}{c}$ arányszám, mely azt jelenti, hogy a görbe magassága hányszor foglaltatik a görbe hosszában.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	0·99
30—25·5	„	„	„	1·04
25—20·5	„	„	„	1·24
20—15·5	„	„	„	1·45
15—10·5	„	„	„	1·88
10— 5·5	„	„	„	3·13
5— 0·5	„	„	„	7·18
35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbén	0·91
30—25·5	„	„	„	1·31
25—20·5	„	„	„	0·83
20—15·5	„	„	„	1·44
15—10·5	„	„	„	1·86
10— 5·5	„	„	„	2·95
5— 0·5	„	„	„	8·51

Az $\frac{a+b}{c}$ *arányszám tehát a görbe magasságának csökkenésével nő*, azaz a görbe hossza kevésbé rövidül, mint a mennyit magasságából veszit.

A $\frac{b}{a}$ arányszám, mely azt mutatja, hogy az összehúzódás hányszor foglaltatik az elernyedés idejében.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	10·99
30—25·5	„	„	„	9·54
25—20·5	„	„	„	7·4
20—15·5	„	„	„	5·28
15—10·5	„	„	„	5·7
10— 5·5	„	„	„	4·17
5— 0·5	„	„	„	3·39

35—30·5	mm.	magas	AnZ-görbén	21·66
30—25·5	„	„	„	17·44
25—20·5	„	„	„	15·35
20—15·5	„	„	„	6·33
15—10·5	„	„	„	5·06
10— 5·5	„	„	„	5·62
5— 0·5	„	„	„	3·64

Tehát a $\frac{b}{a}$ arányszám a görbe magasságának csökkenésével arányosan esik.

A KaZ- és AnZ-görbéket összehasonlítva, azt tapasztaljuk, hogy egyenlő erős árammal ugyanazok a különbségek találhatók, mint ép esetekben, azaz az AnZ-görbe lappangásideje nagyobb, a görbe alacsonyabb, elernyedése rövidebb.

Az egyenlő magas KaZ és AnZ görbékről a következő táblázat ad felvilágositást:

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	0·015	0·063	0 614	0·677	35—30·5	10 99	0 99
AnZ	0·009	0·035	0·641	0·676	35—30·5	21·66	0·91
Különbség	**—0·006**	**—0·028**	**+0·027**	**—0·001**	35—30·5	**+10·67**	**—0·08**
KaZ	0·016	0·069	0·55	0·629	30—25·5	9·54	1·04
Anz	0·016	0 037	0·569	0·606	30—25·5	17·44	1·31
Különbség	**0**	**—0·032**	**+0·019**	**—0 023**	30—25·5	**+ 7 9**	**+0·27**
KaZ	0·021	0·077	0·506	0·583	25—20·5	7·4	1·24
AnZ	0·016	0·038	0·434	0·472	25—20·5	15·35	0·83
Különbség	**—0·005**	**—0·039**	**—0·072**	**—0·111**	25—20·5	**+ 7·95**	**—0·41**
KaZ	0·023	0·07	0·49	0·56	20—15·5	5·28	1·45
AnZ	0·015	0 078	0·488	0·566	20—15·5	6·33	1·44
Különbség	**—0·008**	**+0·008**	**—0·002**	**+0·006**	20—15·5	**+ 1·05**	**—0·01**
KaZ	0 021	0·085	0·469	0·554	15—10·5	5·7	1·88
AnZ	0·021	0·075	0·452	0 527	15—10·5	5·6	1·86
Különbség	**0**	**—0·01**	**—0·017**	**—0 027**	15—10·5	**— 0·1**	**—0·1**
KaZ	0·023	0·094	0·373	0 467	10— 5·5	4·17	3·13
AnZ	0·026	0·093	0·412	0·505	10— 5·5	5·62	2·95
Különbség	**+0·003**	**—0 001**	**+0·039**	**+0·038**	10— 5·5	**+ 1·45**	**—0 18**
KaZ	0·033	0·093	0·298	0 391	5— 0·5	3·39	7·18
Anz	0·028	0·098	0·313	0·409	5— 0·5	3·64	8·51
Különbség	**—0·005**	**+0·005**	**+0·015**	**+0·018**	5— 0·5	**+ 0.25**	**+1·33**

Ezek szerint a hypertoniás görbe lappangásideje 30—25·5″, 15—10·5 mm. magasságban egyenlő volt, 35—30·5 mm. magas görbén az AnZ 0·006″-czel, 25—20·5 mm. magas görbén 0·005″-czel, 20—15·5 mm. magas görbén 0·008″-czel, 5—0·5 mm. magas görbén 0·005″-czel rövidebb, 10—5·5 mm. magas görbén 0·003″-czel hosszabb volt, mint a KaZ görbén. Tehát a hypertoniás AnZ görbe lappangásideje átlag valamivel alacsonyabb, mint a KaZ görbéé.

Az összehúzódás ideje átlag valamivel rövidebb az AnZ görbén, az elernyedés változó, az egész rángás 35—20·5 mm. és 15—10·5 mm. magas görbén rövidebb, a többi magasságban valamivel hosszabb, mint a KaZ görbén.

Lássuk most, hogy miben különbözik a hypertoniás görbe az ép izom görbéjétől. E czélból a következő tábla adja azt az értéket, a melylyel a hypertoniás görbe alkatrészei nagyobbak (+) vagy kisebbek (—), mint a rendes görbe alkatrészei.

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ ...	+0 001	—0·009	+0·138	+0·129	35—30·5	+4·43	+0·17
„ ...	—0·005	—0·006	+0·13	+0 234	30—25·5	+4·01	+0·2
„ ...	—0·007	+0·011	+0·124	+0·135	25—20·5	+1·66	+0·3
„ ...	+0·001	—0·002	+0·114	+0·112	20—15·5	—0 16	+0·35
„ ...	0	+0·007	+0·137	+0·144	15—10 5	+1·32	+0 36
„ ...	—0·011	+0·025	+0·077	+0 102	10— 5 5	+0·37	+0·86
„ ...	+0·003	+0 018	+0·1	+0·118	5— 0·5	+0·62	+2·97
AnZ ...	—0·008	—0 042	+0·234	+0·192	35—30·5	+16·38	+0·23
„ ...	—0·006	—0·026	+0·056	+0·132	30—25·5	+10·74	+0·51
„ ...	—0·002	—0·031	+0 061	+0 03	25—20·5	+19·22	—0·17
„ ...	—0·014	+0 006	+0·123	+0·129	20—15·5	+ 1·14	+0·18
„ ...	—0·001	+0·001	+0·114	+0·115	15—10·5	+ 0·92	+0·73
„ ...	—0·011	+0·007	+0·097	+0·104	10— 5·5	+ 1·61	+0·35
„ ...	+0·003	+0·017	+0·086	+0·101	5— 0·5	+ 1·15	+2·53

E tábláról a hypertoniás görbe következő sajátságait olvashatjuk le. *A lappangás ideje* a hypertoniás görbén egyenlő vagy átlag inkább valamivel rövidebb, mint az ép görbén.

Az *összehúzódás ideje* a hypertoniás magasabb görbéken átlag rövidebb, az alacsonyabb görbén átlag hosszabb, mint az ép görbén.

Az *elernyedés* és az *egész rángás ideje* a hypertoniás görbén hosszabb, mint az ép görbén.

A mondottaknak megfelel az a körülmény, hogy $\frac{b}{a}$ és $\frac{a+b}{c}$ arányszámok a hypertoniás görbén nagyobbak.

A hypertoniás izomra vonatkozó irodalmi adatokban a szerzők nem összegezték az erről szerzett vizsgálataikat, hanem azokat betegség szerint osztályozva adják elő.

Mendelsohn szerint olyan hemiplegiában, melyben sem contractura, sem atrophia nincs, a görbe alkatrészei nem változnak, a magasságon kivül, mely kisebbedik. Hosszabb ideig fenálló hemiplegiában az elernyedés ideje és az egész rángás ideje nő. A hemiplegiás contracturában szenvedő izom hirtelenebben húzódik össze, a rángás magasabb, az elernyedés hosszabb. Paralysis spinalis spastica eseteiben, ha a contractura mérsékelt, a lappangó idő kisebb, a rángásidő változatlan, a görbe magas, csak néha hosszabb az elernyedés. Sclerosis polyinsularisban a rángás gyors, az elernyedés hosszú és néha tonusos contractioban marad az izom.

Edinger adatai szerint a contracturás hemiplegiában valamivel rövidebb az összehúzódás ideje, az egész rángás körülbelül egyenlő, a lappangásidő valamivel hosszabb volt, az egész rángás szintén.

Felvételeim abban különböznek ezektől, hogy tekintettel voltam a különféle áramerőre ugyanazon egyén görbéin.

A hypertoniás görbék vizsgálatakor előfordult, hogy egy görbe kivételesen sajátságos a görbe vége felé jelentkező utólagos rángásba esett (l. ábra). Ezek az átlagszámitásba bevéve nincsenek és talán a lábklonussal analog jelenségek.

3. A hypotoniás görbe.

A hypotoniás görbe tulajdonságainak megismerésére 27 tabesban szenvedő betegen vettem fel görbéket. Ezen betegek hypotoniája különböző fokú volt, az egyik betegnek nem volt hypotoniája, volt köztük azonkivül fennjáró és ágyhoz kötött beteg is. 8 eset görbéinek méreteit közlöm:

1. R. K., 44 éves, férfi, járó beteg tabesban szenved, crises gastriques miatt morphiumot használt, jelenleg nincs

gyomorfájása, sem ataxiája, sem hypotoniája nincs. Felvétel 1904. deczember 23.-án. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·017	4	0·088	21	0 462	25	0·55	27	5·25	0·92
„	1	0·017	4	0·088	19	0·418	23	0·506	17	4 75	1·35
„	1	0·017	5·75	0·127	16·75	0·369	22·5	0 495	10·5	2·91	2·25
„	1	0·017	5 5	0·121	14	0·308	19·5	0·429	10	2·55	1·95

2. S. I., 52 éves, férfi, járó beteg tabesban szenved, közepes hypotoniája van izomereje jó, ataxiás kisfokban. Felvétel 1904. deczember 30.-án 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·017	2·75	0·061	25 25	0·555	28	0 616	28	9·18	1
„	1	0·017	2 75	0 061	24 75	0·545	27·5	0·604	26	9	1·06
„	1	0·017	2·5	0·055	23·5	0·517	26	0 572	24	5·4	1·08
„	1	0·017	2·5	0·055	22·5	0 495	25	0 55	23 5	5	1·06
„	1·5	0·028	3	0·066	19·5	0 429	22·5	0·495	12	6·5	1·12
„	1·5	0·028	3	0·066	18·5	0·407	21·5	0·473	8	6·17	2·68
„	2	0·039	3	0·066	18	0 396	21	0·462	5	6	4 2
AnZ	0·5	0·006	4	0·088	25	0·55	29	0·638	27	6·25	1·07
„	1	0·017	3·5	0·077	25·5	0·561	29	0 638	23	7·28	1·26
„	1	0·017	3	0·066	25	0·55	28	0·616	18	8 33	1·51

3. P. P., 41 éves, férfi, hypotoniával járó tabesban szenved. A beteg alig ataxiás. Felvétel 1905. márczius 31.-én. 5 mm. = 0·1″, 1 mm = 0·02″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0 015	3	0·06	30	0·6	33	0·66	22	10	1·59
„	1	0·015	4	0·08	26	0·52	30	0·6	20	6 5	1·5
„	1	0·015	4·25	0·085	23·75	0·475	28	0·56	14·5	5·59	1·93
„	1	0 015	3·75	0·075	23·25	0·465	27	0·54	10	6·2	2·7
„	1	0·015	5·5	0·11	23·5	0 27	19	0·38	1·5	2·46	12·66
AnZ	0·5	0·005	3	0·06	31	0·62	34	0·68	39	1·03	0·87
„	0·5	0·005	4·5	0·09	26·5	0·53	31	0·62	22	5·89	1·41
„	0 5	0·005	4	0·08	25	0·5	29	0·58	20	6·25	1·45
„	0·5	0·005	4·5	0 09	24·5	0·49	29	0·58	11	5·44	2 64
„	1	0·015	4·5	0·09	20 5	0·41	25	0·5	8	4·55	3 12
„	1	0·015	4 5	0·09	13·5	0·27	18	0·35	2	3·75	9

4. P. J.-né, 48 éves, tabesos asszony, kis hypotoniával, ataxiája nincs, járó beteg. Felvétel 1905. márczius 13.-án történt. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·017	4·5	0 099	20·5	0·451	25	0·55	31	3·16	0·81
	1	0 017	4	0 088	19	0·418	23	0·506	20	4·75	1·15
	1·5	0·028	5·25	0·116	15·75	0·346	21	0·462	15	3	7
	1·5	0·028	4	0·088	15·5	0·341	19·5	0·429	7	3·6	5
	1·5	0·028	6	0·132	12·5	0·275	18·5	0·507	2·5	2·08	7
AnZ	1	0·017	3·75	0·083	21·25	0·467	25	0·55	24	5·69	1·04
	1	0·017	4·5	0·099	19·5	0·429	24	0·528	20	4·33	1 2
	1	0·017	4·25	0·094	20·75	0·456	25	0·55	11	4 88	2·27
	1·5	0·028	6	0·132	14	0·308	20	0·44	3 5	2·33	5·71

5. F. J., 51 éves, járó beteg, nagyfokú hypotonia és ataxia, az izomerő jó. Felvétel 1905. szeptember 20.-án. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	2	0·039	3	0·066	25	0·55	28	0·616	21	8·33	1·33
	2	0·039	3	0·066	24·25	0 539	27 5	0·605	19	8·17	1·44
	2	0·039	2·75	0·06	24·25	0·533	27	0 594	15	8·8	1·8
	2	0·039	3·25	0·072	20·75	0 456	24	0·528	10	6·38	2·4
	2·5	0·05	3·25	0·072	20·25	0 445	23·5	0·517	6	6·23	3·91
	2·5	0·05	3·25	0 072	19·75	0·435	23	0·506	6	6·09	3·83
	2·5	0·05	4	0·088	5	0·33	19	0·418	2	3·78	9·5
AnZ	1	0·017	2·5	0·056	24·5	0·539	27	0·594	23	9·8	1·18
	1·5	0·028	3·75	0·082	16·75	0·368	20·5	0·451	9·5	4·44	2·15

6. Sz. G., 40 éves, tabes, nagy hypotonia és ataxia, jó izomerő. Felvétel 1905. márczius 4.-én. 4·75 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1·75	0·032	4·25	0·089	26·25	0·551	30·5	0 64	23	6·17	1·33
	1·75	0·032	4	0·084	24	0 504	28	0·588	18	6	1 55
	2	0·037	5	0·105	25	0·535	30·5	0·64	16	5·1	1 91
	2	0 037	4	0·084	20·5	0·43	24·5	0·515	8	5·12	3·63
	2	0·037	2·25	0·047	17·75	0 373	20	0·42	2·5	7·89	8
AnZ	1	0·016	4	0·084	24	0·504	28	0·588	26	6	1·04
	1	0·016	4	0·084	23	0·483	27	0 567	26	5·75	1·04
	1 5	0 027	4·5	0·095	22·5	0 472	27	0·567	10	5	2·7
	1·5	0 027	4·75	0 1	18·25	0·383	23	0·483	6	3·84	3·83

7. M. S., 46 éves, férfi, tabesban szenved, járó beteg, hypotoniája és ataxiája van, izomereje jó. Felvétel 1904. deczember 12.-én. 5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·02″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1·5	0 025	4·5	0 09	28·5	0·57	33	0·66	25	6·33	1·32
	1·5	0·025	4 25	0·085	26 75	0 535	31	0·62	24	6·29	1·29
	1·25	0 02	3·25	0·065	27·75	0·555	31	0·62	19	8·53	1·68
	1·5	0·025	3·25	0·07	16·5	0 39	20	0·4	7	4·71	2·83
	3	0 055	3	0·06	17	0·34	20	0·4	4	5·6	7·5

8. A. J., 42 éves, férfi, tabesban szenved, ezenkivül idült szövetközi vesegyuladása van. A beteg elgyengült, ataxiája és nagy hypotoniája van. Felvétel 1905. márczius 9.-én. 4·75 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·016	6·25	0 131	25·75	0·541	32	0·672	32	4·12	1
	1	0·016	6·5	0·136	24·5	0·515	31	0·651	29	3·77	1·07
	1	0·016	7	0·147	24	0 504	31	0·651	23	3·43	1 34
	1·5	0·027	6	0·126	24 1	0·504	30	0·639	18	4	1·67
	1·5	0·027	7·5	0·158	21·5	0·451	29	0·609	16	2·87	1·81
	2	0·037	6·25	0·131	20·75	0·436	27	0·567	10	3 32	2·7
	2·5	0·05	6·75	0 142	18·25	0·383	25	0·525	6	2·7	4·16
	2·5	0·05	7	0·147	17	0·357	24	0·504	5	2·43	4 8
AnZ	1	0·016	6	0·126	24	0 504	30	0·63	26	4	1·15
	1·5	0 027	6 5	0·136	22	0 462	28·5	0 598	20	3·38	1·42
	2	0·037	6·5	0·136	20·5	0·431	27	0·567	16	3·15	1·68
	2	0·037	6·75	0 142	20·25	0 425	27	0·567	11	3	2·46
	2	0·037	6·75	0·142	17·25	0·362	24	0·524	6	2·56	4
	2	0 037	7·5	0 158	15·5	0·325	23	0·483	4·5	2·06	5·22

A következő táblázat összegezi úgy a fent részletesen ismertetett hypotoniával járó tabes-esetek görbéit, valamint a többi vizsgált összesen 12 esetet is. Nincs felvéve ez átlag-

számításba két eset. Az 1. sz. azért, mert hypotoniája nem volt, a 8. sz. azért, mert a tabesen kivül interstit. nephritise is volt és igen elgyengült. Kiemelem, hogy a többi a táblázatba felvett betegek izmai nem sorvadtak, valamennyien tudnak járni, kettő közülök arthopathiája miatt azonban feküdni szokott.

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	0·016	0·068	0·583	0·651	35—30·5	8·87	0·9
KaZ	0·023	0·054	0·593	0·647	30—25·5	10·07	1·06
AnZ	0·014	0·087	0·535	0·622	30—25·5	6·54	1·06
Különbség	—0·009	+ 0·033	— 0·058	— 0·025	30—25·5	— 3·53	0
KaZ	0·022	0·07	0·538	0·608	25—20·5	7·88	1·27
AnZ	0·015	0·083	0·523	0·606	25—20·5	6·61	1·25
Különbség	—0·007	+ 0·013	— 0·015	— 0·002	25—20·5	—1·27	—0·02
KaZ	0·027	0·069	0·573	0·642	20—15·5	9·91	1·64
AnZ	0·026	0·082	0·544	0·626	20—15·5	7·51	1·57
Különbség	—0·001	+ 0·013	— 0·029	—0·026	20—15·5	—2·4	—0·07
KaZ	0·026	0·079	0·454	0·533	15—10·5	6·08	2·58
AnZ	0·022	0·073	0·5	0·573	15—10·5	5'21	2·3
Különbség	—0·004	—0·006	+ 0·046	+ 0·04	15—10·5	—0·87	—0·28
KaZ	0·032	0·078	0·43	0·528	10— 5·5	5·85	3·24
AnZ	0·029	0·084	0·455	0·536	10— 5·5	5·46	3·15
Különbség	—0·003	+ 0·006	+ 0·025	+ 0·008	10— 5·5	—0·39	0·09
KaZ	0·034	0·08	0·328	0·408	5— 0·5	3·72	6·01
AnZ	0·029	0·102	0·329	0·431	5— 0·5	3·97	7·01
Különbség	—0·005	+ 0·022	+ 0·001	+ 0·022	5— 0·5	+ 0·25	+1

A lappangás ideje a hypotoniás görbén is nő az áramerő csökkenésével, azaz a görbe magaságának csökkenésével.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	$l = 0{\cdot}016''$
30—25·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}023$
25—20·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}022$
20—15·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}027$
15—10·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}026$
10— 5·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}032$
5— 0·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}034$
30—25·5	mm.	magas	AnZ-görbén	$l = 0{\cdot}014$
25—20·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}015$
20—15·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}026$
15—10·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}022$
10— 5·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}029$
5— 0·5	„	„	„	$l = 0{\cdot}029$

A lappangásidő emelkedése tehát csak *nagy magasságbeli különbségben áll elő.*

Az összehúzódás ideje

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	0·068''
30—25·5	„	„	„	0·054
25—20·5	„	„	„	0·07
20—15·5	„	„	„	0·069
15—10·5	„	„	„	0·079
10— 5·5	„	„	„	0·078
5— 0·5	„	„	„	0·08
30—25·5	mm.	magas	AnZ-görbén	0·087
25—20·5	„	„	„	0·083
20—15·5	„	„	„	0·082
15—10·5	„	„	„	0·073
10— 5·5	„	„	„	0·084
5— 0·5	„	„	„	0·102

Az összehúzódás ideje tehát a legalacsonyabb görbéken nagyobb, mint a magas görbéken.

Az elernyedés ideje

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	0·583''
30—25·5	„	„	„	0·593
25—20·5	„	„	„	0·538
20—15·5	„	„	„	0·573
15—40·5	„	„	„	0·454
10— 5·5	„	„	„	0·43
5— 0·5	„	„	„	0·328
30 -25·5	mm.	magas	AnZ-görbén	0·535
25—20·5	„	„	„	0·523
20—15·5	„	„	„	0·544
15—10·5	„	„	„	0·5
10— 5·5	„	„	„	0·455
5— 0·5	„	„	„	0·329

Az elernyedés ideje alacsony görbén kisebb, de csak nagy magasságbeli különbségek esetében jön létre különbség igy például a 35—15·5 mm. magas kathod görbéken közel egyenlő az elernyedés ideje, úgyszintén 30—15·5 anod görbéken is.

Az egész rángás ideje

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	0·651''
30—25·5	„	„	„	0·647
25—20·5	„	„	„	0·608
20—15·5	„	„	„	0·642
15—10·5	„	„	„	0·533
10— 5·5	„	„	„	0·528
5— 0·5	„	„	„	0·408
30—25·5	mm.	magas	AnZ-görbén	0·622
25—20·5	„	„	„	0·606
20—15·5	„	„	„	0·626
15—10·5	„	„	„	0·573
10— 5·5	„	„	„	0·536
5— 0·5	„	„	„	0·431

A rángás egész ideje a görbe magasságának csökkenésével fogy, de csak nagyobb magasságbeli különbségre támad különbség a rángás idejében például a KaZ-görbék közül 35—20·5, az AnZ-görbéken 30—15·5 mm. magasságban közelállók az értékek.

A görbe magassága és hossza között fennálló viszonyt mutató $\frac{a+b}{c}$ arányszám.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	0·95
30—25·5	„	„	„	1·06
25—20·5	„	„	„	1·27
20—15·5	„	„	„	1·64
15—10·5	„	„	„	2·58
10— 5·5	„	„	„	3·24
5— 0·5	„	„	„	6·01
30—25·5	mm.	magas	AnZ-görbén	1·06
25—20·5	„	„	„	1·25
20—15·5	„	„	„	1·57
15—10·5	„	„	„	2·3
10— 5·5	„	„	„	3·15
5— 0·5	„	„	„	7·01

Az $\frac{a+b}{c}$ arányszám a görbe magasságának csökkenésével emelkedik.

A $\frac{b}{a}$ arányszám, mely azt mutatja, hogy az összehúzódás hányszor foglaltatik az elernyedésben.

35—30·5	mm.	magas	KaZ-görbén	8·87
30—25·5	„	„	„	10·07
25—20·5	„	„	„	7·88
20—15·5	„	„	„	9·91

15—10·5	mm. magas	KaZ-görbén	6·08
10— 5·5	„ „	„	5·85
5— 0·5	„ „	„	3·72
30—25·5	mm. magas	AnZ-görbén	6·54
25—20·5	„ „	„	6·61
20—15·5	„ „	„	7·51
15—10·5	„ „	„	5·21
10— 5·5	„ „	„	5·46
5— 0·5	„ „	„	3·97

A $\frac{b}{a}$ arányszám tehát bizonyos ingadozásokkal csökken a görbe magasságának csökkenésével.

Ha most az egyenlő magas anod- és kathodgörbéket összehasonlítjuk, azt találjuk, hogy a lappangás ideje kathod görbéken végig nagyobb volt mint az anod görbéken, az összehúzódás ideje átlag nagyobb volt az anod görbéken, az elernyedés és az egész rángás ideje a 30—15·5 mm. magas anod görbéken rövidebb, azontúl hosszabb, mint az anodon. $\frac{b}{a}$ és $\frac{a+b}{c}$ a legkisebb görbék kivételével a kathod görbén volt nagyobb.

Az egészséges izom görbéinek átlagméreteit a hypotoniás görbék átlagaival összehasonlítva a következő adatokat kapjuk. A táblán ki van tüntetve, hogy a hypotoniás görbe adatai mennyivel nagyobbak (+) vagy (—) kisebbek, mint az egészséges izmon nyert számok.

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	+ 0·002	— 0·004	+ 0·107	+ 0·103	35—30·5	+ 2·31	+ 0·13
„	+ 0·002	— 0·021	+ 0·173	+ 0·152	30—25·5	+ 4·54	+ 0·22
„	— 0·006	+ 0·004	+ 0·156	+ 0·07	25—20·5	+ 2·14	+ 0·33
„	+ 0·005	— 0·003	+ 0·197	+ 0·194	20—15·5	+ 4·47	+ 0·54
„	+ 0·005	+ 0·001	+ 0·122	+ 0·123	15—10·5	+ 2·3	— 1·06
„	— 0·002	+ 0·009	+ 0·134	+ 0·163	10— 5·5	+ 1·35	+ 0·97
„	+ 0·004	+ 0·005	+ 0·13	+ 0·135	5— 0·5	+ 0·95	+ 1·8
AnZ	— 0·008	+ 0·024	+ 0·122	+ 0·148	30—25·5	— 0·16	+ 0·26
„	— 0·003	+ 0·014	+ 0·15	+ 0·164	25—20·5	+ 0·48	+ 0·35
„	— 0·003	+ 0·01	+ 0·179	+ 0·189	20—15·5	+ 2·32	+ 0·31
„	0	— 0·001	+ 0·162	+ 0·161	15—10·5	+ 0·53	+ 0·77
„	+ 0·003	— 0·002	+ 0·14	+ 0·135	10— 5·5	+ 1·45	+ 0·55
„	— 0·003	+ 0·021	+ 0·102	- 0·122	5— 0·5	+ 1·48	+ 1·03

Ezen adatokból kiderül, hogy a hypotoniás görbe elernyedése és ennek következtében egész rángása hosszabb ideig tart, mint a vele egy magasságú ép görbe rángása. A lappangás ideje és összehúzódásideje változó, hol nagyobb, hol kisebb, mint az ép esetek átlaga.

A tabesos eset, melyben hypotonia nem volt, ép görbét adott.

A tabesos eset, melyben nagyfokú elgyengülés állott elő és nephritis interstit. is súlyosította a képet (oedema nem volt), a hypoteniás görbétől annyiban tér el, hogy az összehúzódás ideje igen nagy, kathod görbén 0·131—0·147, anodon 0·126—0·158 között ingadozik, az elernyedés. 0·672—0·504 között áll kathod, 0·63—0·483 között anod görbéken. Ezek a számok minden tekintetben túlhaladják a hypotoniás görbe adatait. Az izom tápláltságának megváltozására mutat, hogy ez esetben a kathod zárásrángás alig nagyobb az anod rázásrángásnál.

Tabesban a hypotoniára a szerzők nem voltak figyelemmel, minthogy abban az időben, mikor *Mendelsohn* és *Edinger* kisérleteiket végezték a hypotonia még nem volt ismeretes tünet.

Mendelsohn 58 tabesos esetet vizsgált a betegség különféle szakaiban, az esetek egy részében rendes görbéket kapott, de 46 esetben hosszabb volt a lappangás ideje, a görbe alacsonyabb volt, a rángás ideje csak a betegség utolsó szakában nyúlt meg. Nem egészen érthető e leirásban az a körülmény, hogy *Mendelsohn* szerint már a korai szakban „a felhágó szár kevésbé volt meredek és kissé megnyúlt, a lehágó hosszabb mint rendesen, a rángás ideje változatlan". *Mendelsohn* az elváltozásokat táplálkozászavarra és az úgynevezett harmadik szakban a bénulásra viszi vissza, mindazonáltal ezzel némileg ellentétben később azt irja, hogy ez a görbe csak ott nyerhető, a hol a táplálkozászavar kifejezett, hanem ott is, a hol abból semmi sem látszik és csak jelentékeny érzészavar van az izmot fedő bőrön.

Edinger erőteljes tabesos embert vizsgált, a kin érzészavar nem volt kimutatható. Esetében a lappangás ideje megnyúlt, de más tekintetben a görbe rendes volt.

Az én vizsgálataim szerint ez ellentmondások megfejthetők azzal, hogy az erőteljes, nem hypotoniás tabesos görbéje rendes. A hypotoniás tabesos egyén görbéje összehasonlítva az egyenlő magasságú egészséges egyén görbéjével, attól főleg az elernyedés meghosszabbodásában különbözik, mi által az egész rángás ideje megnyúlt. Nem egyenlő magas görbéket egymással a lappangásidő szempontjából nem hasonlítok össze, minthogy a lappangás idejekép lemért szám leginkább attól függ, hogy a mily hirtelen emelkedik a görbe. Ha a tabesos egyén izomereje gyengült, akkor úgy az összehúzódás, mint az elernyedés ideje sokkal jelentékenyebben nyúlik meg, mint az ép erejű betegen. .

4. A petyhüdt bénulás görbéi.

6 esetet vizsgáltam, melyekben a m. tibialis ant. bénulása peroneusbénulás részletjelensége volt. Egyes esetekben a fasciculáros rángások állottak fenn, melynek görbéi szintén fel vannak véve.

1. S. T., 17 éves leány, arsenbénulásban szenved, felvétel 1903. október 27.-én történt. 1 mm. = 0·02". KZR > AnZR.

	Áram-minőség és erő	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm		
Bal	KaZ											
	18	2	0·039	10·5	0·23	33	0·73	44	0·97	7·5	3·14	5·86
	16	2·5	0·05	9·75	0·22	32·75	0·72	42·5	0·94	6	3·35	7·83
	13	2·5	0·05	9	0·2	27·5	0·61	36·5	0·81	4	3·55	9·12
	10	2·5	0·05	8	0·18	22	0·48	30	0·66	1·5	2·75	20
	AnZ											
	18	2·5	0·05	7·5	0·17	19	0·42	26·5	0·59	3	2·53	8·83
	16	3·5	0·07	7·5	0·17	10	0·22	17·5	0·39	2	1·33	8·75
	10	3·5	0·07	7·5	0·17	10	0·22	17·5	0·39	1·5	1·33	11·16
Jobb	KaZ											
	20	1	0·017	9·5	0·21	31	0·68	40·5	0·89	9	3·15	4·5
	17	1·5	0·028	8·5	0·19	30·5	0·67	40	0·88	9	3·59	4·44
	16	1·75	0·033	8·25	0·19	31·75	0·68	40	0·88	8·5	3·84	4·7
	13	2	0·039	8·5	0·18	31·5	0·69	40	0·88	4	3·7	10
	10	2	0·039	8	0·18	31	0·68	39	0·86	4	3·87	9·75
	6	2·5	0·05	7	0·15	24·5	0·54	31·5	0·69	1·75	3·5	18
	Anz											
	20	1·25	0·022	8·75	0·19	25	0·55	33·75	0·74	8	2·88	4·22
	18	1·5	0·028	8	0·18	24·5	0·54	32·5	0·72	5	3·06	6·5
	16	1·75	0·033	7·25	0·16	24·75	0·54	32	0·7	4·5	3·41	7·11
	13	2	0·039	7·5	0·17	21·5	0·47	29	0·64	2	2·86	4·5
	Önkénytelen rángások villamos ingerlés nélkül			6	0·13	19	0·42	25	0·55	4·5	3·15	5·55
				7·5	0·17	24·5	0·54	33	0·73	8	3·27	4·12
				6·75	0·15	23·75	0·53	31	0·68	6	3·52	5·17
				6	0·13	23	0·51	29	0·64	4	3·83	7·25
				5·5	0·12	18	0·4	23·5	0·52	1·75	3·27	13·43

2. D. J., 24 éves férfi, poliomyelitisben szenved. Az első felvételkor AZR > KZR, a második felvételkor a beteg javult KZR > AnZR.

Kelet	Áram	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
		mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
1903 IX/14	KaZ 20	3	0·061	7·5	0·16	19·5	0·43	27	0·59	4	2·6	6·75
	16	3·5	0·072	6·25	0·14	19·25	0·42	25·5	0·56	2·5	3·08	10·2
	13	3·75	0·077	5·75	0·13	16	0·35	21·75	0·48	1	2·78	21·75
1903 X/28	KaZ 18	2·25	0·044	7·5	0·16	21·75	0·48	29·25	0·64	6	2·9	4·88
	16	2·5	0·049	7·5	0·16	18	0·4	25·5	0·56	4·5	2·4	5·66
	12	4	0·083	5·5	0·12	18·5	0·41	24	0·53	2	3·36	12
1094 II/11	KaZ 19	1·5	0·027	6	0·132	24·5	0·54	30·5	0·71	7·5	3·69	4·08
	17	1·75	0·037	5·75	0·127	22·75	0·53	28·25	0·66	7	3·95	4·04
	15	2	0·038	5·5	0·121	18·5	0·43	24	0·56	5	3·36	4·8
	13	2·25	0·044	5·5	0·121	15·25	0·36	20·75	0·49	3·75	2·79	5·53
	11	2·5	0·049	5·5	0·121	14	0.32	19·5	0·45	1·5	2·54	13
	AnZ 19	2·25	0·038	5·5	0·121	17·5	0·41	23	0·54	3	3·18	7·33
	15	2·25	0·044	7·75	0·18	12	0·28	19·75	0·46	1·5	1·55	13·16
	13	2·25	0·044	6·25	0·15	13	0·3	19·25	0·45	1·5	2·08	12·8
	11	2·5	0·049	6·5	0·14	15·5	0·35	21	0·49	1	2·38	21

3. G. L. Ólommérgezés következtében peroneusbénulás. Vizsgálat 1905. február 4.-én. 4·75 mm. = 0·1", 1 mm. = 0·021". KZR kb. = AnZR.

Áram	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ 16	2·5	0·053	65	0·136	32·5	0·683	39	0·819	5	5	7·8
14	2·5	0·053	8	0·168	29	0·609	37	0·777	3·5	3·63	10·57
12	3	0·058	8	0·168	27	0·567	35	0·735	3	3·38	11·67
10	3	0·058	9	0·189	21	0·441	30	0·63	2	2·33	15
8	3	0·058	9	0·189	19	0·399	28	0·588	1·5	2·11	18·7
AnZ 16	2	0·042	6·5	0·136	29	0 62	36	0·756	7	4·54	5·14
14	2	0·042	7	0·147	27	0·567	34	0·714	3	3·86	11 33
12	3	0·058	8	0·168	25	0·525	33	0·693	2·5	3·12	13·2
10	3	0·058	8	0·168	22	0·462	30	0·63	2·5	2·75	12
8	3	0·058	9	0·189	18	0·378	27	0·567	2	2	13·5

4. N. M., 19 éves leány, szülési bénulásban szenved. 1 mm. = 0·021". Felvétel 1904. január 25.-én. KZR > AnZR.

Áram	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ 8	1·5	0 026	6·25	0·14	18 25	0·38	24 5	0 52	5·5	2·92	5·5
7	1·75	0·031	6·75	0·142	15·75	0·33	22·25	0·47	4	2·33	5·55
6	2·25	0·047	7	0·15	12·75	0·25	19 75	0·4	2	1·82	9·87
AnZ 8	3·5	0·074	3	0·06	15·5	0·33	18·5	0·39	0 75	5·16	24·6

5. H. L., 62 éves, alkoholismusból peroneusbénulás. A vizsgálat 1903. október 9.-én történt. 1 mm. = 0·021". KZR > AnZR.

Áram	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ 8	2	0·037	7·75	0·16	27·25	0·57	35	0·73	9	3·24	3 77
7	2	0·037	8	0·17	25	0·52	33	0·69	5	3 12	6·6
6	2	0·037	6·5	0·14	23·5	0·49	30	0 63	2	3·61	15
AnZ 8	2	0·037	4	0·08	19 5	0·41	23·5	0 49	1	4·87	23·5
7	2	0·037	2	0·04	16	0·34	18	0 38	1	8	18
6	2	0·037	1 5	0·03	14	0·29	15 5	0·32	0 75	9·33	20

6. O. J., 32 éves, csendőr. Felvétel 1905. márczius 7.-én. Mindkét oldalon peroneusbénulás. 4·75 mm. = 0·1", 1 mm. = 0·021". KZR > AnZR.

Áram	l		a		b		$a+b$		c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ 16	2·5	0·048	7·5	0·157	31	0 651	38·5	0·808	29	4·13	1·33
14	2·5	0·048	7	0·147	29·5	0·62	36·5	0·767	26·5	4 14	1·38
13	2·5	0·048	7	0 147	29·5	0·62	36·5	0·767	24·5	4·14	1 49
11	2·5	0 048	8	0·168	27·5	0·578	35·5	0·746	20	3·44	1·27
9	2·5	0 048	7·75	0·163	25·75	0 541	33·5	0·704	18	3·19	1·86
7	2·5	0·046	8	0·168	25	0·525	33	0·693	14·5	3·13	2·27
6	3	0·058	8·25	0·173	22·25	0·467	30·5	0·64	11	2·69	2·77
5	3·5	0·068	8·5	0·178	21	0 441	29·5	0·619	6·5	2·47	4·51
5	3·5	0·068	8·5	0·178	17	0·357	25·5	0·535	5·5	2	4·64
AnZ 20	2·5	0·048	8	0 168	28·5	0·599	36·5	0·767	20	3·56	1·82
19	3·5	0·068	8·5	0·178	20·5	0·411	29	0·609	6·5	3·41	4·46
14	4	0·084	7	0·147	12	0·252	19	0·399	5	1·71	3·8
11	4	0·084	6	0·126	11	0·231	17	0·357	4	1·83	4·25

A következő táblázat valamennyi környéki (petyhüdt) bénulás méreteinek átlagát adja.

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	0·048	0·152	0 635	0·787	30—25·5	4·13	1·35
„	0·048	0 147	0·62	0·767	25—20·5	4·14	1·49
„	0·048	0·165	0·558	0·723	20—15·5	3·31	1·57
AnZ	0·048	0·168	0·599	0·767	20—15·5	3·56	1·82
KaZ	0·052	0 17	0·49	0·666	15—10·5	2·91	2·52
„	0·043	0·162	0 511	0·673	10— 5·5	3·29	5·26
AnZ	0·044	0·166	0·515	0·681	10— 5·5	3·43	4·67
KaZ	0·053	0·159	0·484	0·643	5— 0·5	3·03	10·17
AnZ	0·053	0·139	0·382	0·518	5— 0·5	3·26	11 86

Ezen számok mutatják, hogy a *lappangásidő* alacsonyabb görbén kevéssel nagyobb. Míg a görbe 30 mm.-ről 0·5 mm.-re esik, a lappangásidő 0·048"-ról 0·053"-re emelkedik.

Az *összehúzódás ideje* nem áll határozott összefüggésben a görbe magasságával.

Az *elernyedés ideje* a görbe magasságával arányosan esik és ennek következtében az egész rángás is ugyanígy változik.

A $\frac{b}{a}$ arányszám esik, az $\frac{a+b}{c}$ arányszám emelkedik a görbe magasságának csökkenésével.

Anod és kathod között való összehasonlításra nem minden magasságban van görbém. 20—15·5, 10—5·5 mm. magas görbéken a kettő között nincs különbség, 5—0·5 mm. magas görbéken az anod görbék rövidebbek voltak, mint a kathod görbék.

Az első esetben az arsenbénulásban szenvedő beteg izmán önkéntelen összehúzódások állottak elő villamos ingerlések nélkül, ezeknek úgy összeházódása, mint elernyedése rövidebb, mint a megfelelő magas villamos áram útján létrejött görbék hasonló alkatrészei.

A peripheriás bénulás görbéi nem mutatnak eltérést a szerint, hogy egyenlő árammal a KZR nagyobb vagy kisebb-e, mint az AZR. Ezen körülmény is mutatja, hogy az elfajulási reactio lényege a rángás renyheségében van. Egészségeshez képest ez esetekben *ugyanazon árammal alacsonyabb görbéket kapunk, a melyek alacsonyabb voltuk daczára hosszabbak az ép görbénél.* A környéki bénulás rángásai a következő számokkal nagyobbak (+) vagy kisebbek (—), mint az egyenlő magas ép görbék adatai.

Áram	l	a	b	$a+b$	c	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
KaZ	+ 0.027	+ 0·077	+ 0·215	+ 0 292	30—25·5	— 1·4	+ 0·51
„	+ 0·02	+ 0·081	+ 0·238	+ 0 319	25—20·5	— 1·2	+ 0·55
„	+ 0·026	+ 0 093	+ 0·182	+ 0·275	20—15·5	— 1·13	+ 0 47
AnZ	+ 0 019	+ 0·096	+ 0·234	+ 0·33	20—15 5	— 1·63	+ 0·56
KaZ	+ 0 031	+ 0 092	+ 0 158	+ 0·256	15—10·5	— 1 47	+ 1
„	+ 0 009	+ 0·093	+ 0 216	+ 0·308	10— 5·5	— 1·21	+ 2·99
AnZ	+ 0·018	+ 0·078	+ 0·2	+ 0·28	10— 5·5	— 0·58	+ 2 07
KaZ	+ 0·023	+ 0·064	+ 0 286	+ 0·37	5— 0·5	+ 0 26	+ 5 96
AnZ	+ 0·021	+ 0·058	+ 0·155	+ 0·21	5— 0·5	+ 0·77	+ 5 88

Ezek a számok tanúsítják, hogy a petyhüdt bénulás görbéinek minden mérete nagyobb, mint az egyenlő magas ép görbe méretei.

A lappangás ideje átlag kétszerese a rendesnek.

Az összehúzódás ideje több mint kétszerese a rendesnek.

Az elernyedés ideje a magasabb görbéken felével megnyúlt, az alacsony görbéken több mint kétszerese a rendesnek.

Az egész görbe, magas görbéken, idejének felével nyúlt meg, az alacsony görbék rángásideje kétszerese a rendesnek vagy annál is nagyobb.

Ezen adatok megegyeznek azokkal, melyeket *Mendelsohn* az atrophiás görbékre vonatkozólag talált. *Mendelsohn* azonban ezenkivül bénulásos görbékről is beszél. Ezeket szerinte a lappangás idejének meghosszabbodása, a görbe magasságának csökkenése jellemzi, a mellett a rángás ideje nem változik. Erre vonatkozólag nincs tapasztalatom, a mennyiben minden vizsgált peroneusbénulásban sorvadt volt az izomzat.

A görbe alakja egy esetben mutatta azt az eltérést, melyet *Mendelsohn* észlelt és a mely abban áll, hogy a leeső száron hullámzás látható. A görbe csúcsa valamennyi esetben lelapult.

Rosenbach és *Schtscherbak* az elfajulási reactioval biró izom görbéjének lappangásidejét átlagban 0·052″-ben állapithatják meg. Ez a szám az én leletemmel (0·043—0·053) megegyezik. A többi számok a kisérleti berendezés eltérő volta miatt nem hasonlithatók össze.

Amidon emberen és állatokon idevonatkozó vizsgálatokat végzett, melyet ugyanily eredményre vezettek, de a munka kivonatában összehasonlitható számadatok nincsenek.

5. *Dystrophiás görbék.*

Több dystrophiás esetben vettem fel a m. tibialis ant. inának görbéit. Ezek közül a következő adatokat közlöm.

1. F. H., pseudohypertrophiás, 16 éves leány, kórtörténetét az öröklött idegbajokat tárgyaló közleményem V. észleletében közlöm. A peroneusizmok gyengék. A vizsgálat 1904. deczember 5.-én történt. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
8	1	0·017	4	0·088	21	0 462	25	0·55	29	5·25	0 86
8	1	0·017	3	0·066	20	0·44	23	0·506	29	6·67	0·79
7	1	0·017	3	0·066	19	0·418	22	0·484	19	6·33	1·16
7	1	0·017	2	0·044	20	0·44	22	0·484	21	10	1·05
6	1·25	0·023	3	0·066	19	0·418	22	0 484	13	6 33	1 69
5	1·25	0·023	3	0·066	19	0 418	22	0·484	9	6·33	2·44
4	1 5	0·028	3·5	0·077	14 5	0 319	18	0 396	3	4 14	6
4	2	0·039	3·5	0 077	11·5	0·252	15	0·33	1	3 28	15
AnZ											
8	1	0 017	3	0 066	27	0·594	30	0·66	16	9	1·47
7	1	0·017	3	0 066	23	0 506	26	0·572	13	7·67	2
6	1·25	0·023	2·5	0 055	21·5	0·473	24	0 528	8	4 6	3
6	1·25	0·023	2·25	0·049	19·75	0·435	22	0 484	7	8 77	3·14
5	1·5	0 028	3	0·066	18	0·396	21	0·462	3	6	7

2. H. B., 26 éves férfi, juvenilis alakú dystrophiában szenved. A jobb tibialis ant. izmon 1904. decz. 5.-én történt a felvétel. Az izom működése lényegesen csökkent.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
18	1·75	0·034	4	0·088	20·75	0·456	24·75	0·54	10	5·19	2·47
17	1·75	0·034	3	0·066	19	0 418	22	0·48	10	6 33	2·2
16	2	0·039	3·5	0·077	19	0·418	22·5	0·49	7·5	5·43	3·13
14	2	0·039	4	0·088	1·75	0·385	21·5	0·47	4·5	4·38	4·78
10	1·75	0·034	5·25	0·116	16 75	0 368	22	0·48	3	3·19	7·33

3. S. F., 15 éves, pseudohypertrophiás fiú. Felvétel 1904. deczember 30.-án. 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
22	1·5	0·028	5·5	0·121	16	0·352	21·5	0·473	12	2·91	1·79
22	1·5	0·028	7·5	0·165	14	0·308	21·5	0·473	11·5	1·93	1·87
22	1·5	0·028	6·75	0·149	14·75	0·324	21·5	0·473	11	2·12	1·95
20	1·25	0·022	6·25	0·138	15·25	0·335	21·5	0·473	9	2·42	2·38
18	1·25	0·022	5·25	0·116	15·5	0·341	20·75	0·457	7	2·95	2·96
16	1·25	0·022	5·75	0·127	14·25	0·313	20	0·44	5	2·48	4
15	1·5	0·028	5·5	0·121	12·5	0·275	18	0·396	4·5	2·27	4

4. Sch. F., 23 éves leány, dystrophiában és merevgörcsös bénulásban szenved. Ezt az esetet és a következőt *Jendrássik* [1] közölte, egy harmadik testvér bonczolásleletét nemrég ismertettem.[2] Ebből kiderült, hogy a hereditásos elfajulásban dystrophiás és merevgörcsös tünetek egyesültek. Felvétel 1904. deczember 14.-én. 5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·02″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
8	1·25	0·02	5	0·1	41	0·82	46	0·92	40	8	1·15
7·5	1·5	0·025	6·5	0·13	37	0·74	43·5	0·87	33·5	5·69	1·29
7	1·5	0·025	6·5	0·13	33·5	0·67	40	0·8	31·5	5·16	1·27
6·5	1·5	0·025	5·75	0·115	31·75	0·635	37·5	0·75	28	5·52	1·34
6	1·5	0·025	5·5	0·11	33	0·66	38·5	0·77	27	6	1·68
5	1·75	0·03	6·5	0·13	27·75	0·555	34·25	0·685	16	4·25	2·14
4·5	2	0·035	5·75	0·115	25·75	0·515	31·5	0·63	10	4·48	3·15
4	2	0·035	6·5	0·13	23·5	0·47	30	0·6	5	3·61	6
AnZ											
9·5	2	0·035	6	0·12	25	0·5	31	0·62	20	4	1·2
9	2·25	0·04	6	0·12	24·25	0·485	30·75	0·615	12	3·3	2·56
8·5	3	0·055	6	0·12	22	0·44	28	0·56	5·5	3·67	5·09
8	3	0·055	6·5	0·13	16·5	0·33	23	0·46	3	2·54	7·67

5. Sch. E., — éves férfi, az előbbi testvére heredodegeneratioban szenved, melyben dystrophiás és merevgörcsös bénulás egyesül. A folyamat kevésbé előrehaladott, mint a testvérén. Vizsgálat 1904. deczember 16.-án. 4·75 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
8	1	0·016	2	0·042	36	0·756	38	0·79	31	18	1·22
7	1	0·016	2·5	0·047	30·75	0·646	33	0·693	24	13·67	1·37
5	1·5	0·027	5·25	0·11	26·75	0·562	32	0·672	11	5·09	2·91
4	2	0·037	5	0·105	26	0·546	31	0·65	4	5·2	7·73
4	1·5	0·027	4	0·084	18	0·378	22	0·462	3	4·5	7·33
AnZ											
11	1·5	0·027	2·5	0·053	27·5	0·577	30	0·63	30	11	1
10	1·5	0·027	3·75	0·079	26·25	0·551	30	0·63	14	7	2·14
9	1·5	0·027	3	0·063	26	0·546	29·5	0·619	4	8·67	7·39

A dystrophiás bénulás görbéiről átlagokat nem számitottam ki, a két első összehasonlitása az egyenlő magas egészségesekkel mutatja, hogy a lappangás ideje nem változott, az összehúzódás ideje körülbelül rendes, az elernyedés hosszabb ideig tart, mint az egészséges esetben és igy az egész rángás ideje is hosszabb. A görbe magassága egyenlő áramerővel az első esetben rendes volt, a másodikban csökkent.

A harmadik esetben rángás csak úgy állott elő, ha mind a két elektrodot az izomra helyeztem. Ebben az esetben a lappangás idő körülbelül rendes volt, de úgy az összehúzódás, mint az elernyedés ideje jelentékenyen megnyult. A görbe magassága egyenlő áramerővel jelentékenyen csökkent. Ugy látszik tehát, hogy a dystrophiás görbén legelőbb az elernyedés ideje nyúlik

[1] *Jendrássik:* Adatok az öröklődő bajok ismeretéhez. O. H. 1902. 676. lap.

[2] Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. O. H. 1905. 49—53. sz.

meg, később a magasság csökken, végül a görbe egész lefutása megnyúlik.

Külön említendő a 4. és 5. számú eset. Ezekben dystrophia és merevgörcsös bénulás társult, mint öröklött degeneratio.

A 4. számú esetben a folyamat előrehaladottabb, itt a lappangás ideje, az összehúzódás, az elernyedés és így az egész rángás is hosszabb, mint az egészséges emberen.

Az 5. számú eset kevésbé előhaladott, a lappangás ideje rendes, az összehúzódás a magas görbéken rövidebb, mint az ép esetekben, az alacsony görbéken hosszabb, az elernyedés mindenütt hosszabb, az egész rángás minden magasságban hosszabb, mint az ép esetben, tehát ugyanaz a viszony áll fenn, melyet fentebb a merevgörcsös bénulásra jellemzőnek találtunk, KaZ-rángás mind a két esetben hosszabb, mint az ugyanolyan magas AnZ-rángás.

6. Izomgörbék egynéhány más bajban.

A következőkben egynéhány más betegségben tett vizsgálatról számolok be. Olyan esetek voltak ezek, melyekben az izom tonusa rendesnek látszott.

1. F. J.-né, 40 éves, luesben szenvedő asszony, a ki abortus után nagyon elgyengülve került vizsgálatra.
2. Sz B.-né, tetaniában szenvedő, 40 éves asszony, alsó végtagjai is összehúzódnak.
3. Sz. E., 21 éves, myastheniás leány, a vizsgálatkor elég jó állapotban volt.
4. Sz. G.-né, 39 éves asszony, Basedow-kórban szenvedett.
5. M. J. 30 éves leánynak hysteriás torticollisa van.
6. H. K., 22 éves leány, epilepsia miatt van bromkezelésben.
7. O. F., 22 éves hysteriás leány baját chlorosis súlyosbítja.
8. Z. J.-né neurastheniában szenved.
9. T. S., 10 éves fiú, choreából van gyógyulófélben.

1. Felvétel 1905. márcz. 10.-én. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp	mm.		
KZ	1	0·016	2·5	0·053	38·5	0·808	41	0·861	39	15·4	1·05
„	1	0·016	3	0·064	35	0·735	38	0·798	30	11·66	1·27
„	1	0·016	5	0·105	29	0·609	34	0·714	21	5·8	1·62
„	1	0·016	5	0·105	25	0·525	30	0·63	9	5	1·58
„	1	0·016	6·25	0·131	19·75	0·415	26	0·546	6	3 16	4·33
AZ	0·75	0·011	3	0·063	39	0·819	42	0·882	39	13	1·08
„	1	0·016	5	0·105	34	0·714	39	0·819	19	6·8	2·03
„	1·25	0·015	5	0·105	24	0·504	29	0·609	15	4·8	1·93

2. Felvétel 1905. márcz. 28.-án. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	0·5	0·006	3·5	0 077	81·5	1·793	85	1·87	42	23·2	2·02
„	—	—	8	0·176	172	3·784	180	3 96	20	21·4	9
„	1	0·017	7	0 154	113	2 486	120	2·64	17	16·1	7 06
„	0·5	0·006	7·75	0 17	64·25	1·414	72	1·581	14	8·03	5·5
„	1	0 017	7	0·154	54	1·188	61	1·342	12	7·71	5·08
„	1·5	0·018	6·25	0·137	63·75	1·403	70	1·54	10	10·2	7
„	1	0 017	6·75	0·149	32·25	0·709	39	0·858	6	4·78	1 5
„	1	0·017	8	0 176	32	0·704	40	0·88	5	4	8
AnZ	1	0·017	8 5	0·187	87·5	1·925	96	2·112	16	10·29	6
„	1	0 017	9	0·198	76	1·672	85	1·87	13	8·99	6 38
„	1	0·017	9	0·198	127	2·794	136	2·992	12	14·1	11 33
„	1	0·017	9	0·198	60	1·32	69	1·518	9	6·67	7·67
„	1	0 017	10	0·22	58	1·276	68	1.496	5	5·8	13·6
„	2	0·039	10	0 22	22	0·484	32	0·704	4	2·2	8
„	1	0·017	8	0·76	33	0·726	41	0·902	2·5	4·12	16·4
„	1·5	0 018	7	0 154	32	0·704	39	0·858	1·5	4·57	19·33

3. 4·5 mm. = 0·1″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ											
12	1	0·017	3	0·066	22	0·484	25	0 55	22	7 33	1·13
11	1	0·017	3·5	0·077	23 5	0·517	27	0·594	16	6·71	1·68
11	1	0·017	3	0 066	27	0 594	30	0·66	18	9	1·4
10	1	0·017	3·5	0·077	24 5	0 531	28	0·616	16	7	1·5
10	1	0·017	3·5	0·077	22·5	0·495	26	0·576	16	6·42	1·62
9	1	0·017	2·75	0 061	23·5	0·512	25	0·576	14	8·45	1·84
8	1	0·017	2 75	0·061	19·25	0·424	22	0 484	10	6·63	2·2
7	1·25	0·027	4	0·088	15	0 33	19	0·418	5	3 75	3·5
AnZ											
12	1·25	0·027	2·75	0·061	11·25	0·247	4	0·308	25	4·09	5·6

4. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·016	3·25	0·068	19·75	0·415	23	0·483	28	6·08	0·82
	1	0 016	3	0·063	18	0·378	21	0·441	26	6	0·81
	1	0·016	3	0·063	17·75	0·368	20·5	0·431	17	5·83	1·21
	1	0 016	3·75	0·079	15·25	0·32	19	0·399	11	4·07	1·73
	1	0·016	4	0·084	11	0 231	15	0 315	4	2·75	3 75
AnZ	1	0·016	2·75	0·058	21·25	0·446	24	0·504	28	7·73	0 86
	1	0·016	3·75	0·079	15·75	0·33	19 5	0·409	11	4·2	1·77

5. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·0174	3·5	0·077	23	0·506	26·5	0·883	20	6·57	1·32
	1	0 0174	3	0·066	22	0·484	25	0·55	16	7·33	1·56
	1	0·0174	6·5	0·143	18·5	0·407	25	0·55	5	2·53	5

6. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a*+*b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·017	3·5	0·077	23·5	0·517	27	0·594	18	6·71	1·5
	1	0·017	3·5	0 077	21	0 462	24·5	0·539	17	6	1·44
	1·25	0·022	3·75	0·083	18	0·396	21·75	0·479	7	4·77	3·11
	1·5	0·028	4·5	0·099	13·5	0·297	18	0·396	2	3	9
AnZ	1	0·017	3·75	0·083	18·25	0·401	22	0·484	14	4·86	1·57
	1	0·017	5·5	0·121	15·5	0·341	21	0·462	5	2·82	4·2
	1·5	0·028	5	10·1	12·5	0·275	17·5	0·385	3	2·5	5·83
	1·75	0·034	5·25	0·116	9	0·198	14·25	0·314	1	1·71	14·25

7. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1·75	0·032	3·75	0·079	22	0·462	25·75	0·541	23	5·87	1·12
„	1·75	0·032	3·25	0·068	21·5	0·452	24·75	0·52	22	6 62	1·12
„	1·75	0·032	3·5	0·073	20·75	0·436	24·25	0·509	19	5·93	1·27
„	2	0·037	3·5	0·073	20	0·42	23·5	0·493	19	5·71	1·22
„	2	0·037	4	0·083	19 5	0·41	23·5	0·493	9	4·87	2·61
„	2·25	0 042	4·25	0·089	19·25	0·404	23·5	0·493	6	4·53	3·91
AnZ	2	0 037	4	0·083	19·5	0·41	23·5	0·493	20	4·87	1·17
„	2	0 037	3·5	0·073	20	0·42	23·5	0·493	16·5	5·71	1·42
„	2·75	0 053	4·75	0·1	15·5	0 325	20·25	0·425	7	3·26	2·89
„	2·75	0·053	5	0 105	14	0·294	19	0·399	3	2·5	6·33

8. 4·5 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·022″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm		
KaZ	1	0·017	3	0·066	25	0·55	28	0·616	19	8 33	1·77
„	1	0·017	2	0·061	25·25	0·555	28	0·616	17·5	9·18	1·6
„	1	0 017	3·25	0 071	23·75	0·523	27	0·594	13·5	7·31	2
„	1	0·017	3·75	0·082	21·75	0·479	25·5	0·561	9·5	5·8	2·68
„	1	0·017	6	0·132	17	0·374	23	0·506	5	2·83	4·6
AnZ	1	0·017	5·75	0·126	20 25	0·446	26	0·572	6	3·52	4·33
„	1·25	0·022	5·75	0·126	18·25	0·402	24	0·528	5	3 17	4·8

9. 4·75 mm. = 0·10″, 1 mm. = 0·021″.

Áram	*l*		*a*		*b*		*a* + *b*		*c*	$\frac{b}{a}$	$\frac{a+b}{c}$
	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.	mp.	mm.		
KaZ	1	0·016	3·5	0·053	25·5	0·535	28	0·588	38	10·2	0·73
„	1	0·016	3	0·063	22 5	0·473	25·5	0 536	35	7·5	0·67
„	1	0·016	3	0 063	22	0·462	25	0·525	22	7·33	1·14
„	1	0·016	4	0·084	17	0·357	22	0·462	11 5	4·25	1·91
„	1·5	0·026	4 5	0 095	14	0 293	18·5	0 388	5·5	3·5	3 7
AnZ	1	0·016	3	0·063	18·5	0 588	21 5	0 451	29	6·17	0·74
„	1	0·016	3	0 063	18	0·378	21	0·461	22	6	0·95
„	1	0·016	4	0·084	16	0 336	20	0 42	11·5	4	1·74
„	1	0·016	3·5	0·074	15·5	0 325	19	0 399	7	5·17	2·71
„	1·25	0·015	3·75	0·079	14·25	0 299	18	0·378	6	3 8	3
„	1·25	0·015	3·75	0·079	12·25	0·257	16	0·326	2·5	3·26	6·4
„	1·5	0·026	5	0·105	8·5	0 179	13·5	0·284	1·5	1·5	9

1. *Lues, elgyengülés abortus után.* Az első számú eset, a 40 éves elgyengült lueses asszony görbéi közel állanak a 8. sz. tabesos beteg görbéihez. Ez a beteg tabesén kivül nephritisben is szenvedett és szintén igen elgyengült állapotban került vizsgálatra. A két eset hasonlatossága bizonyitja, hogy ebben a tabesesetben az izomgyengeség okozta az elváltozást és nem a hypotonia.

A lueses asszony görbéin a lappangás ideje átlag alacsony volt. Az összehúzódás tekintetében másképen viselkedtek a magas görbék, mint az alacsonyak, a mennyiben az előbbiekben rövidebb, az utóbbiakban hosszabb volt az összehúzódás ideje. Az elernyedés ideje jelentékenyen megnyúlt, majdnem kétszerese az egészséges görbe elernyedési átlagának. A KaZ-görbék átlag rövidebbek az egyenlő magas AnZ-görbéknél, tehát ellenkező magatartást tanúsitanak, mint az egészséges esetben.

2. *Tetania.* A lappangásidő körülbelül rendes. Már az összehúzódás ideje is megnyúlt, sokszor 2—3-szorosa a rendes időnek, az elernyedés megnyúlása, mely némely görbén több mint tízszerese a rendesnek, eléggé ismeretes jelenség. Az áramerő és a görbe megnyúlása között nincs határozott viszony, az egyes görbék hosszában igen nagy ingadozások tapasztalhatók.

3. *Myasthenia.* A lappangás ideje rövid, az összehúzódás rendes, az elernyedés megnyúlt, különösen az alacsony görbéken.

4. *Basedow-kór.* A méretek nem különböznek az egészséges görbe méreteitől. Az AnZ-görbe hosszabb, mint az egyenlő magas KaZ-görbe.

5. *Hysteriás torticollis.* A lappangás ideje rendes. A magas görbék összehúzódása rendes, az alacsonyé megnyúlt. Az elernyedés hosszabb ideig tart, mint az ép esetben és igy az egész rángás ideje is hosszabb. Ezek az adatok érthetők, mert a beteg alsó végjaiban is mutatkozik bizonyos feszesség.

6. *Epilepsia.* A lappangásidő rendes. Az összehúzódás a magas görbéken rendes, az alacsony görbéken az átlag felett áll. Úgy az elernyedés, valamint az egész rángás ideje egyes görbéken valamivel felette áll az átlagnak, az adatok inkább a rendes felső határának felelnek meg. Az AnZ-görbék valamivel rövidebbek, mint az egyenlő magas KaZ-görbék.

7. *Hysteria és súlyos chlorosis.* A lappangásidő nagyobb, mint a rendes átlaga. Az összehúzódás átlag rendes, az elernyedés ideje az átlag felett áll.

8. *Súlyos neurasthenia.* Egyes görbék hosszabbak, mint az átlag az elernyedés idejének megnyúlása miatt.

9. *Chorea.* A görbék nagyobb része rendes, egyik-másik hosszabb, mint az egészséges emberé. Az AnZ-görbék átlag rövidebbek, mint az egyenlő magas KaZ-görbék.

* * *

A dolgozat sok számadata az áttekinthetőség rovására esik. Mindazonáltal ezek közlése szükséges volt, mert különben a felállított eredmények birálhatók nem volnának. Az áttekintés megkönnyitése czéljából a következő összefoglalást adom.

Összefoglalás.

A) Élettani viszonyok.

1. A galvan-áram behatása időtartásának változása 0·135—2·4⁰ között nincs befolyással az izom görbéjére.

2. A m. tibialis ant. görbéi különbözők a szerint, hogy az izom mely pontjának mozgását irják le. Ezen izom ina később ugrik előre, mint a mozgató pont, kilengését az elernyedés megnyúlása által valamivel hosszabbá teszi. Az in görbéje magasabb, mint a mozgató pont görbéje, a mely körülmény az izom elhelyezésének következménye. Az izom közepén felvett görbe átlag középhelyet foglal el a mozgató pont és az in görbéje között. Az in görbéje különféle esetek összehasonlitására alkalmasabb, mint valamelyik más pont görbéje. Minden egyéb vizsgálat ezért ezen izom inára vonatkozik.

3. Az izom passiv megfeszítésének különféle foka a következő változásokat okozza: Az összehúzódás időtartása legrövidebb a laza, hosszabb a középállásban, leghosszabb a passive feszitett izmon. A laza és középállású izom összehúzódása között vizsgálataimban körülbelül 0·026″ különbség állott fenn. A megfeszitett izom összehúzódása 0·02 - 0·08″-czel hosszabb ideig tartott, mint a középállásban levő izomé.

Az elernyedés ideje legrövidebb a laza izmon, hosszabb a középállásban és leghosszabb a passiv módon feszitett izmon. A középállásban levő izom elernyedése egyenlő áramerővel vizsgálva 0·079—0·109″-czel hosszabb, mint a laza izomé. A passiv megfeszitett izom elernyedése a megfeszités foka szerint 0·01—0·838″-czel hosszabb, mint a középállásban levő izom elernyedése.

Az egész rángás ideje tehát ugyanilyen megváltozásoknak van alávetve. A középállásban levő izom rángása 0·095—0·135″-czel hosszabb, mint a laza izomé. A megfeszitett izom egész rángása a feszesség foka szerint 0·022—0·964″-czel hosszabb, mint a középállásban levő izomé.

A görbe magassága legnagyobb a laza, kisebb a középállásban legkisebb a passiv megfeszitett izmon. A középállásban levő izom görbéje átlag 3 mm.-rel alacsonyabb, mint a laza izomé.

A kifeszitett izom görbéje a feszités foka szerint 1—22·5 mm.-rel alacsonyabb, mint a középállásban levő izomé. Ez a különbség nagyobb áramerővel felvett magas görbén nagyobb, mint kisebb áramerővel felvett alacsony görbén.

A görbe magassága és hossza között fennálló arány $\frac{\text{hosszúság}}{\text{magasság}}$ legkisebb a laza, nagyobb a középállásban, legnagyobb a megfeszitett izmon. A különbség laza és megfeszitett izom között 0·22—0·25, a passiv feszitett és középállásban levő, a feszesség foka szerint, között 0·7—12·43. Ez arány változása nagyobb az alacsony, mint a magas görbén. Tehát az alacsony görbék az izom feszitésekor inkább nyúlnak meg, mint a magasak, mert a nagyobb áramerő inkább győzi le az izom

feszességét, mint a kisebb. Az $\frac{\text{elernyedés}}{\text{összehúzódás}}$ átlag rövidebb a feszes izmon.

A lappangásidő és az izom passiv feszítése között állandó arányt találni nem lehetett. Kisérleti berendezésem azonban a lappangásidő rövidsége miatt erre a czélra nem elég pontos.

4. A m. tibialis ant. inának görbéi középállásban levő izmon egészséges emberen a következő sajátságokat mutatja. A görbe magassága az áramerő csökkenésével arányosan csökken. Minthogy a görbe magassága leginkább van befolyással a görbe egyes alkatrészeire, az egyenlő magas görbéket hasonlítjuk egymással össze.

A lappangás ideje magas görbén kisebb, alacsonyabb görbén nagyobb. Ahhoz, hogy a lappangásidő kisebbedjék, a magasságban nagy különbségnek kell lennie, igy pl. 10·5—30 mm. magas KaZ-görbék lappangásideje közel egyenlő volt: 0·021—0·028″, 31—40 mm. magasságban 0·006—0·014″, 0·5—10 mm. magasságban 0·03—0·034″. Az AnZ-görbéken az átlagok 0·017—0·032 között ingadoztak.

A görbe magassága illetve az áramerő nem áll az összehúzódás idejével szoros viszonyban, de az alacsonyabb görbéken átlag valamivel nagyobb időket kapunk. Az összehúzódás ideje KaZ-görbéken 0·06—0·078, AnZ-görbéken 0·07—0·081 között változott.

Ha ebből leszámítok 0·026″ időt, mint a laza és középállásban levő izmok összehúzódása között fennálló különbséget, a számok *Mendelsohn* és *Edinger* adataihoz közelállók lesznek.

Az elernyedés ideje nagyobb árammal felvett, magasabb görbén hosszabb, az alacsonyabb görbén rövidebb, de kis magasságbeli eltérés esetén nem áll elő különbség az elernyedésben. Az elernyedés ideje 0·5—31 mm. magas KaZ-görbén 0·198—0·476″-re, AnZ-görbén 0·227—0·407″-re emelkedik.

Az egész rángás ideje tehát magasabb görbén hosszabb, alacsony görbén rövidebb, különbség csak nagyobb magasságeltérésekben jön létre. Igy pl. 15·5—25 mm. magas görbék egyenlő rángásidőket adtak. A rángás ideje 0·5—31 mm. magas KaZ-görbéken 0·273—0·548″-re, AnZ-görbéken 0·308—0·484″-re emelkedik. Ha az adatokból 0·095–135″-et, a laza és középfeszes izom közötti különbség fejében levonok, e számok *Edinger*-nek a m. bicepsre vonatkozó adataival megegyeznek.

Az egész rángás idejének változásában az elernyedés megváltozása játszik nagyobb szerepet.

A görbe magassága és hossza között fennálló viszony $\frac{\text{hosszúság}}{\text{magasság}}$ a görbe esésével nő, azaz a görbe kevesebbet rövidül, mint a mennyit magasságából veszit.

Minthogy a görbe rövidülésével főleg az elernyedés ideje kisebbedik, ennek következtében az összehúzódás és elernyedés között fennálló viszony megváltozik. Az $\frac{\text{elernyedés}}{\text{összehúzódás}}$ a görbe rövidülésével csökken.

Az egyenlő áramerővel felvett KaZ- és AnZ-görbe egymástól eltér, a mennyiben az anod görbe lappangásideje hosszabb, az elernyedés ideje és ez által az egész rángás ideje rövidebb, a görbe magassága kisebb. Ezen adatok azonban nem mondanak többet, mint azt, hogy a KaZ nagyobb inger, mint az AnZ. Ezért nem az egyenlő árammal létrehozott, hanem az egyenlő magas görbéket kell összehasonlitanunk. Ebből az összehasonlitásból kiderül, hogy az egyenlő magas KaZ- és AnZ-görbék lappangásidejében, a görbe összehúzódásának idejében törvényszerű különbség nincs. Az elernyedés ideje másképen viselkedik a magas és másképen az alacsony görbéken. 15·5—31 mm. magas görbéken az elernyedés és ennek folytán az egész rángás ideje AnZ-kor kisebb, mint KaZ-kor, 15 mm.-nél alacsonyabb görbéken a viszony forditott. A különbség az egész rángás idejében a magas görbéken —0·064, —0·019, —0·006, —0·011; a 15 mm. magas görbéktől lefelé +0·002, +0·036, +0·035.

B) Görbék kóros esetekben.

5. A hypertoniás görbére az áramerő ugyanolyan hatással van, mint az ép görbére. Az egyenlő magas KaZ- és AnZ-görbék közt, az egész rángás ideje tekintetében, ugyanaz a különbség áll fenn, mint az egészséges izmon.

A hypertoniás görbe és az egészséges görbe összehasonlitására egyenlő magas görbék szolgálnak.

A lappangás ideje a hypertoniás görbén egyenlő vagy átlag valamivel rövidebbnek látszik, mint az egészséges izmon. Az összehúzódás ideje a magas hypertoniás görbéken átlag valamivel (0·01—0·039″) kisebb, az alacsony görbéken valamivel nagyobbnak látszott, mint az ép esetben, de a különbség ez utóbbiakban oly csekély volt, hogy az alacsony hypertoniás és ép görbét körülbelül egyenlőnek mondhatjuk. Az elernyedés és az egész rángás ideje nagyobb a hypertoniás, mint az ép görbén. A különbség az elernyedésben 0·056—0·234″, az egész rángásban 0·03–0·234″ között ingadozik. Különbség csak nagy hypertoniában van.

A mondottakból következik, hogy az $\frac{\text{elernyedés}}{\text{összehúzódás}}$ és a görbe $\frac{\text{hosszúság}}{\text{magasság}}$ közötti arányszám a hypertoniás görbén átlag nagyobb, mint az ép esetben.

Némelyik hypertoniás görbe leeső szárában sajátságos módon megakad, mi által az illető görbe a vele egyébként egyenlő görbénél sokkal hosszabb lesz.

6. A hypotoniás görbe az áramerő nagysága szerint ugyanoly változásokat szenved, mint az ép görbe. Egyenlő magas AnZ és KAZ közt a következő különbségek vannak: a KAZ-görbéken 0·001—0·009″-czel rövidebb lappangásidőt kaptam, mint AnZ-ban; KaZ-ban 0·006—0·033″-czel hosszabb ideig tart az összehúzódása, mint az AnZ-görbéé. Az elernyedés és az egész rángás ideje a 15·5—30 mm. magas AnZ-görbéken rövidebb, a 0·5—15 mm. magas AnZ-görbéken hosszabb, mint a KaZ-görbéken. A különbség a magas görbéken 0·015—0·058″ az elernyedésben, 0·002—0·026 az egész rángásban. Az alacsony görbéken az elernyedés 0·001—0·046″, az egész rángás 0·008—0·04″-czel hosszabb az AnZ-, mint a KaZ-görbén.

A hypotoniás görbe és az egészséges görbe között a következő különbségek vannak: az elernyedés ideje 0·102—0·197″-czel, az egész görbe 0·07—0·194″-czel hosszabb, mint az egészséges görbén, ennek megfelelőleg $\frac{\text{elernyedés}}{\text{összehúzódás}}$, a görbe $\frac{\text{hosszúság}}{\text{magasság}}$ közötti arányszám nagyobb. Ez az eltérés csak nagy hypertoniában áll fenn. A többi alkatrészben nincs különbség.

Ha a tabesos beteg elgyengült, akkor az összehúzódás ideje is nagyobb és az elernyedés megnyúlása túlhaladja a hypotoniás görbét.

A tabesos beteg, ha hypotoniája nincs és ép erőben van, rendes görbét ad.

7. A környéki bénulásból származó petyhüdt bénulás görbéi az áramerő szerint ugyanúgy változnak, mint az egészséges görbe. Egyenlő erős árammal eseteimben a bénulásos görbe alacsonyabb volt, daczára ennek, úgy összehúzódásuk mint elernyedésük hosszabb, mint az ép esetben. Az éppel egyenlő magas bénulásos görbe lappangásideje, összehúzódása, elernyedése és az egész rángás hosszabb, mint az ép esetben. A lappangásidőben az eltérés 0·009–0·031″, az összehúzódásban 0·058—0·096″, az elernyedésben 0·155—0·286″, az egész rángásban 0·21—0·33″.

Az $\frac{\text{elernyedés}}{\text{összehúzódás}}$ arányszáma 5—30 mm. magas görbéken a petyhüdt bénulásban kisebb, 5 mm. alatti magasságban nagyobb, mint az ép esetben. A rángás $\frac{\text{hosszúság}}{\text{magasság}}$ arányszáma nagyobb a bénulásos görbén.

A bénulásos görbe leeső szára néha hullámos, csúcsa többnyire lelapult.

8. A dystrophiás bénulásban legelőbb a görbe magassága csökken, azután az elernyedés ideje nyúlik meg, végül a görbe összes méretei meghosszabbodnak.

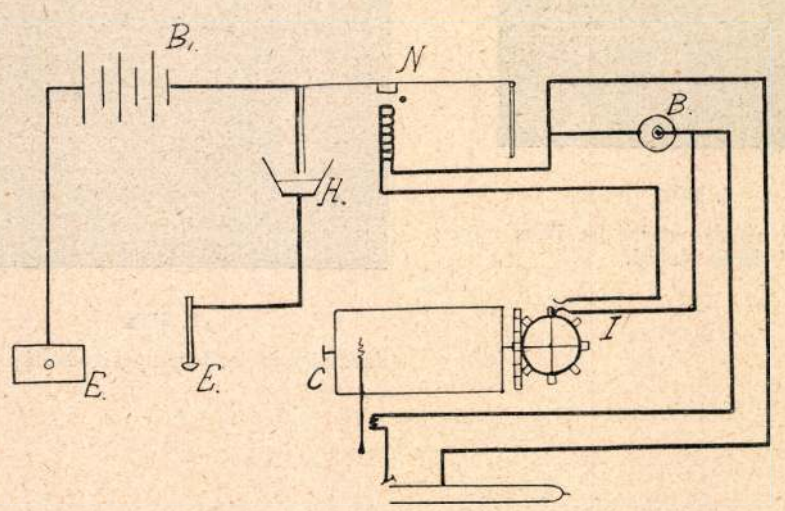
9. Ha a dystrophia merevgörcsös bénulással szövődik, akkor eleinte a görbe úgy viselkedik, mint a hypertoniás görbe, később az összes alkatrészek megnyúlnak.

10. A nagyfokú elgyengülésben a görbe lefolyása minden részben megnyúlik.

11. A Basedow-kórban a görbe körülbelül rendes.

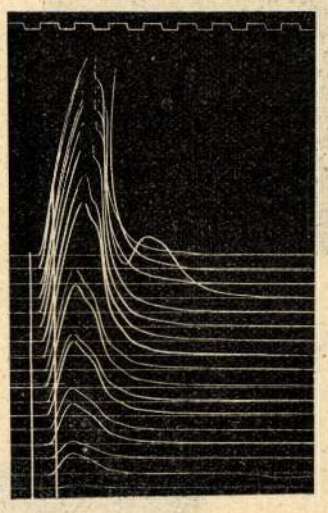
12. A tetaniában az összehúzódás is megnyúlt, kétháromszorosa lehet a rendesnek.

13. A többi vizsgált eset, ú. m. myasthenia, hysteriás torticollis, súlyos chlorosis, súlyos neurasthenia, epilepsia, chorea, görbéi közül némelyiknek az elernyedése és ez által az egész rángás ideje valamivel hosszabb lehet, mint az ép izomgörbének átlaga.



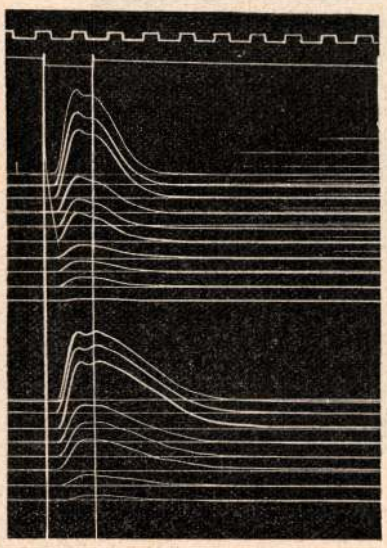
1. ábra.

B. Száraz elem. *B*1. Az izomingerlésre szolgáló áram telepe. *E.* Elektrod. *N.* Neef-kalapács. *H.* Kéneső-tartó. *I.* Interruptor. *D.* Deprez-féle elektromágneses jelző. *C.* Kormozott henger.



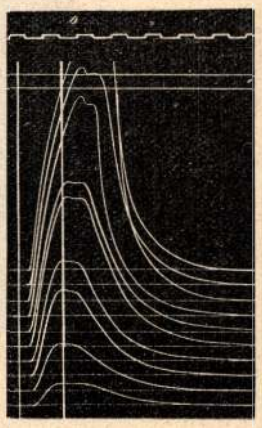
2. ábra.

Egészséges ember középállásban levő elülső tibiális izmának ináról felvett görbék. A 4. rángást önkéntelen összehúzódás zavarja meg.



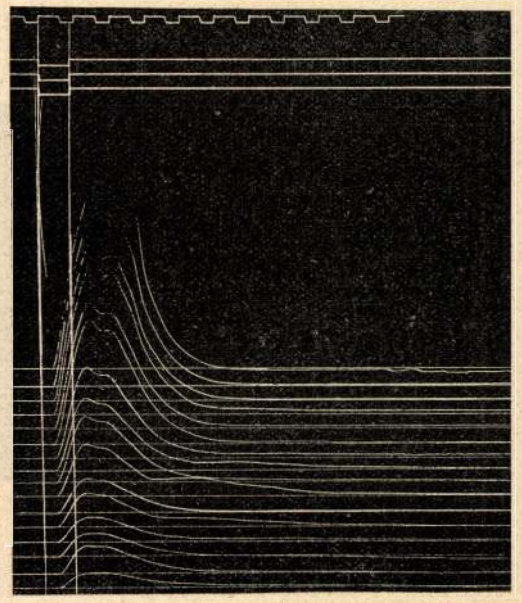
3. ábra.

Az elülső tibiális izom mozgató pontja alatt 3 cm.-rel felvett görbék. Az első csoportban az izom középállásban van, a másodikban passive feszítve.



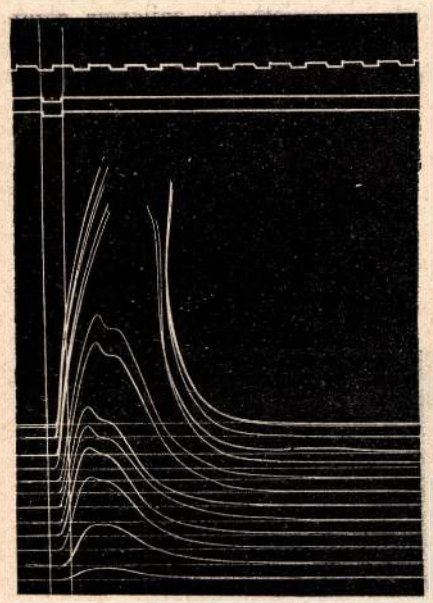
4. ábra.

Hypertoniás görbék.



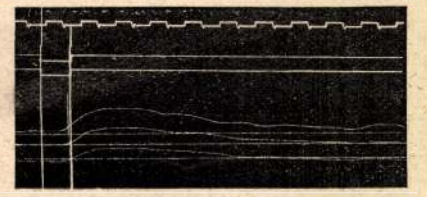
5. ábra.

Hypertoniás görbék, melyek közül némelyiken utólengés vagy megnyúlás látszik.



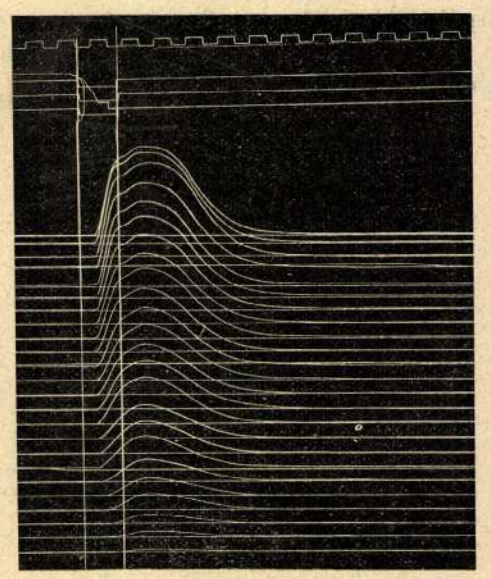
6. ábra.

Hypotoniás görbék.



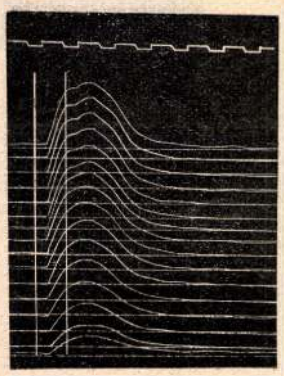
7. ábra.

Környéki bénulás görbéi hullámos leeső szárral.



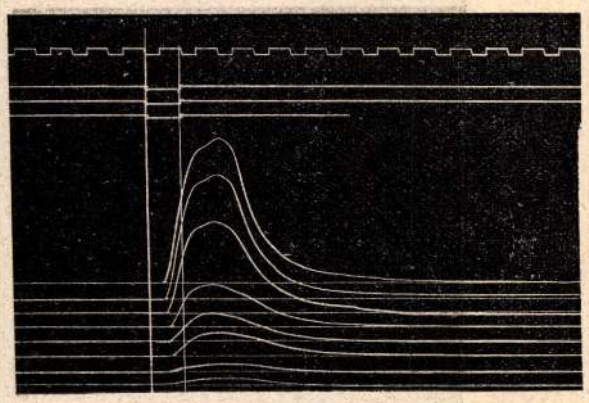
8. ábra.

Javulófélben levő környéki bénulás görbéi.



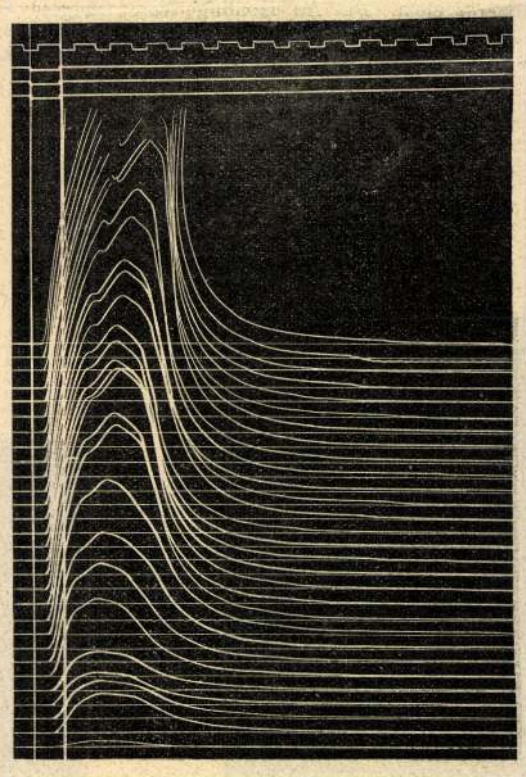
9. ábra.

Súlyos dystrophiás bénulás görbéi.



11. ábra.

An. Z. R-görbék ugyanezen esetben.



10. ábra.

Kat. Z. R-görbék öröklött degeneratio esetében, melyben dystrophia és merevgörcsös bénulás társult.

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.

Ötvenedik évfolyam. 11. szám. *Budapest, 1906. március 18.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tóth Imre: Küzdelem az ólommérgezés ellen. 374. lap.

Váli Ernő: Vitás pontok a heveny középfülgyuladás kezelésében. 376. lap.

Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez. 378. lap.

Tárcza. Feleki: Nitze † — **Günther József**: Egészségügyi szolgálat az óceánon. 380. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. H. P. T. Oerum*: Methodik der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen am Krankenbette. — *A. af Forselles*: Über die frühzeitige Diagnose und Operation des Empyems des Wartzenfortsatzes bei Otitis media suppurativa acuta. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Odier*: A rosszindulatú daganatok újfajta gyógyitásmódja. — *Hecht*: Zsiroknak a bélsárban való kimutatása. — *Mac Lennan*: A syphilis aetiologiája. — *Belorvostan. K. W. Burnet*: Kis mennyiségű fehérje és czukor jelentősége a vizeletben. — *Hochheim*: A g-strophantin. — *Stegmann*: Basedow-kór. — *Crofton*: Uraemia. — *Roith*: A vastagbél teltségi állapota és ennek jelentősége az enteroptosisra és az obstipatiora. — *Sebészet*: *Hildebrand*: A struma gyógyitása. — *Nordmann*: Az appendicitis kezelése. — *Lücke*: Extraperitonealis húgyhólyagsérv. — *Borelius*: Az elsődleges varrat a féregnyúlványlob korai műtevésénél. — *Aderhold*: Az ujjizületnek veleszületett ankylosisa. — *Hoffa*: A csípőizület torzító lobja. — *Gyermekgyógyászat. Ballin*: A stridor inspiratiorus congenitus kóroktana. — *Scheier*: Túltengett garatmandolákkal biró gyermekek vérvizsgálata. — *Monod*: Meningitis perotitis kapcsán. — *Húgyszervi betegségek. Karwowski*: Urotropin használata után haematuria és albuminuria. — *R. Kutner*: Az élősdiek által okozott vérvizelés. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Stackhouse*: Pneumonia orvoslása creosotallal. — *Statham*: Dyspepsia flatulenta. — *Tison*: Fersan. *Werner*: Pneumin. — *East*: Golyva. — *Depage*: Idült monarticuláris izületlobok kezelése judipin-befecskendezésekkel. — *Beyer*: Veronal. — *Bökelmann*: Bromipin 382—385.

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyülésére. 385.

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

Vegyes hirek. Rovás. — Árkövy József. — Friedrich Vilmos. — Kinevezés. — Választás. — Egyetemi alkalmazások. — Az országos halotthamvasztó egyesület. — A genfi lakásügyi congressus. — 85 éves keresetképtelen collega. — A specialista orvosok qualificatioja. — Belügyministeri rendelet. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — A heidelbergi rákintézet. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A főváros egészsége. — Lapunk mult évi folyama kapható. 386—387. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Pegnin“ czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Küzdelem az ólommérgezés ellen.

Irta: *Tóth Imre* dr., bányakerületi főorvos.

Valamely betegség veszélyességét és kiterjedését csak több éven át folytatott részletes statistika alapján ismerhetjük meg. Ezért az itteni fémkohó munkásai között előfordult ólommérgezésekről már 1885 óta pontos statistikát vezetünk, melyből kiviláglik a könnyebb és súlyosabb megbetegedés, a mulasztott munkanapok és a munkások száma, a megbetegedés százalékos aránya a munkások létszámához, a könnyü és súlyos megbetegedés aránya. A statistika arról is ad számot, hogy mikor szaporodtak és súlyosbodtak a megbetegedések a kohó-üzem intensitásával, s hogy mily fokban következett be javulás a helyes egészségügyi berendezéseknek eleinte csak részleges, majd teljes bevezetésével kapcsolatban. (L. a táblázatot.)

Az első óvrendszabály az ólommérgezés megszüntetésére 1882-ből való. Ez az üzem mellett keletkező ólomgőzök eltávolítását szellőztetéssel kivánta foganatosítani; ezenkivül az érczek és ólomkészítmények nedvesen tartását, a száj gyakori öblítését, a kezeknek evés előtt szappannal való mosását és a munkából való távozás előtt is mosakodást, ólomgőzmentes helyiségben való étkezést, naponta vagy legalább is minden héten való fürdést, külön munkaruhát hozott javaslatba. A szeszes italoknak élvezetét, főleg a részegeskedést károsnak jelezte, ennek elkerülése végett a munkások megbüntetését is ajánlotta, s az ólommérgezésnek inkább kitett munkásoknak müszakonként 1 liter tej nyujtását ajánlotta.

Ezen óvintézkedéseket azonban komolyan nem foganatosították; külön étkező helyiséget és fürdőt nem rendeztek be; a munkásokat ugyan utasították, hogy étkezés előtt és munkából való távozáskor kezeiket szappannal megmossák, de ha ezt elmulasztották, nem büntették meg őket; külön munkaruha még

Évben	Ólom-megbetegedések	Munkaképtelen	Járó beteg[1]	Betegségnap	Munkáslétszám	Megbetegedés %	Munkaképtelen %	Járóbeteg %
1885	103	82	21	1493	204	50·40	40·00	10·40
1886	94	82	12	1168	205	45·85	40·00	5·85
1887	90	77	13	1024	205	43·85	37·50	6·35
1888	101	74	27	970	205	49 26	36·00	13·26
1889	51	44	7	596	210	24·27	20·90	3·37
1890	47	40	7	601	236	19·91	17·00	2·91
1891	73	59	14	461	229	31·87	25·76	6·11
1892	98	74	24	1099	261	37·66	28·35	9·31
1893	148	101	47	1504	306	48·36	33·00	15·36
1894	163	106	57	1709	294	55·44	39·45	14 99
1895	241	189	52	2612	328	73·47	60·67	12·80
1896	140	110	30	1749	365	38·35	30·13	18·22
1897	147	94	53	1214	363	40·49	24 60	15·89
1898	213	144	69	1661	386	55·18	37·30	17·88
1899	196	136	60	2247	386	50·77	35·23	15·54
1900	110	55	55	1855	382	28·80	14·40	14·40
1901	113	65	48	1006	382	29·58	17·01	12·57
1902	47	15	32	289	359	13·09	4·16	8·93
1903	40	9	31	303	296	13·85	3·04	10·81
1904	25	6	19	104	290	8·45	2·07	6·38
1905								
11 hó	6	5	1	151	271	2·21	2·00	0·21

[1] A járó betegek közé az emésztési zavarokban szenvedő kohómunkások mind be vannak számitva, tehát kik fájdalomról panaszkodtak gyomrukban, beleikben, kik étvágytalanságban és dugulásban szenvedtek, s kiknek foghúsán ólomszegély látszott.

ma sincs, nincs zuhany vagy fürdő, nem adnak tápláló ételt, csupán annyi történt, hogy a lángpestek fölé a tetőn kivül 4 meter magas tágabb kémény készült deszkából, a lángpest munkanyilása felett négyszögletes tölcsért alkalmaztak, mely tölcsér tágabb vascső útján vaspléh-reservoirba vezetett, hol vízben törekedtek az ólomgőzöket felfogni, s ide az ólomgőzöket ventilatorral nyomatták be. A lángpestek helyiségeiben ezen berendezés folytán az ólomgőzök mennyisége megkevesbedett.

Ezen javaslatok többé-kevésbé betartásával arányosan az ólommérgezés-esetek apadtak is; ezen időben az egyes üzemek mellett alkalmazott munkások 2—3 hónaponként felváltották egymást, azaz más munkára alkalmaztattak. Az ólommérgezés-esetek 103-ról 47-re apadtak és intensitásuk is csökkent, a mennyiben a súlyos esetek fogytak és rövidebb ideig tartottak, a betegségnapok leszállottak 1493-ról 461-re, azonban 1891-ben, a mikor a 3. és 4. pörkölőpestet beállították, a megbetegedések ismét szaporodtak. 1892-ben megkezdte működését a 3. lángpest és 1893-ban a 3. Pilz-féle olvasztó, mire az ólommérgezés-esetek rohamosan szaporodtak; 1895-ben megindult a 4. lángpest és a 4. Pilz-féle olvasztó s ekkor az ólommérgezési esetek 241-re szaporodtak.

Ezen megbetegedési szaporodást hathatósan előmozdította a munkások egészségi állapotával való nemtörődés, az egészségügyi szabályok teljes elhanyagolása (az akkori bányaigazgató megtiltotta tudományos értekezések irását és közzétételét).

Azonban nemcsak az ólommérgezés-esetek szaporodtak ily feltünő módon, gyengitették a munkásokat, aláásták egészségüket, hanem karöltve az ólommérgezéssel más betegségek is szaporodtak, annyira, hogy egy időben 50—70 kohómunkás is betegen feküdt lakásán. A kohómunkások között gyakori volt a halálozás, mert az ólomtól elgyengült szervezet csekély ellenállással birt más betegségekkel szemben, a kohómunkások között alig volt nyugbérérett, mert az elgyengült szervezet még az 50. életév elérése előtt, ha nem az ólommérgezésnek, akkor más heveny vagy fertőző betegségnek esett áldozatul.

Midőn a kohómunkások között az ólommérgezés-esetek 55%-nál magasabbra emelkedtek s egyéb betegségek is sanyargatták és pusztitották őket, a humanismus parancsolólag lépett fel s a kapott tilalom ellenére 22 évi orvosi megfigyelés és tapasztalás álta! megérlelt tanulmányaimat a felügyeletem alatt álló fémkohóról nyilvános előadáson az illetékes szakemberek (kohászok és bányászok) előtt előadtam, s ugyanakkor újabb javaslatokat is tettem az ólommérgezés megszüntetésére, melyek a képződő ólomgőzök eltávolítására, a külön étkező helyiség fontosságára és felszerelésére, mosakodó és fürdőhelyiség felállítására, a külön munkaruhára, műszakonként egy liter tej nyújtására stb. vonatkoztak.

A nagymélt. ministerium s a bányaigazgatóság a statistikai adatok alapján meggyőződvén a veszélyről s a munkásélet pusztulásáról: 1898-ban készültek el az első ilynemű berendezések, s pedig először a 4 pörkölőpestnél a füstelvezető készülék, mely teljesen bevált, csakhogy a füst nem a pestbe lett visszavezetve, hanem az épület teteje fölé; ugyanezen évben készült el a 4 Pilz-féle olvasztónál a füstelvezető tölcsér a tető fölé kéménynyel, csak sajnos, a tölcsér a pest körül emberfeletti magasságban végződött s azt a csapolásnál nem lehetett a földig lehúzni, mint a hogyan azt ajánlották, de azért így is igen jó szolgálatot tett, a mennyiben a csapoláskor keletkezett füst felét eltávolította az épületből, s így az épületbe áramolt füst már sokkal kevesebb volt és gyorsan eloszolt. Minthogy a pörkölőpesteknél a lehúzható pléhszekrény tejesen bevált, az 1900. és 1901. években a mostani szerkezet készült el 2 kéménynyel a tető fölé, mely a csapoláskor képződő füstöt gyorsan és teljesen eltávolítja az olvasztó térből; ezen füstelvezetés annyira tökéletes, hogy csapoláskor semmi sem jut a pest körüli levegőbe, s így a pest körül foglalkozó munkások meg vannak védelmezve.

Ugyanezen évben a lángpestek munkanyilása felett a tölcsér alsó szélét kiszélesitették, lejebb eresztették s a központi kéménynyel kötötték össze; ezen berendezés mellett a pestből kiáramló ólomoxyd-gőzök jól távoznak s a központi kéménybe szivatnak.

A munkásokat is jobban rászorították a tisztaság betartására és az étkező helyiségben való étkezésre, de külön munkaruha még nem volt, fürdőt vagy zuhanyt nem rendeztek be, tejet sem kaptak a munkások, csak a régi 30—50 gm.-os szalonnaadagot. Azokat, a kik a mosakodást nem tartották be, vagy a kik a tilalmat megszegve a munkahelyiségekben étkeztek, ezen kihágásért nem büntették meg, vagy valamely más módon nem szorították ezen szabályok betartására.

Mindazonáltal, minthogy a füstelvezető készülékek tökéletesen működnek s a mérgező ólomgőzöket mondhatni teljesen elvezetik, a munkások egészsége tetemesen javult; az 1904. évben az ólommérgezések száma már csak 25 volt, a munkaképtelen ólommérgezetteké pedig 6, összesen 359 betegségnapon. Ismeretes, hogy a szervezetbe került ólom az emberi tesből csak lassan, több év alatt távozik el, a kohómunkások testét pedig a hosszas munkaidő alatt az ólom többé kevésbé telítette s mégis feltünő módon kevesbedett az ólommérgezés. Még meg kell jegyezni, hogy az orvos részéről némi elfogultság is csatlakozott a diagnosishoz, a mennyiben a kohómunkásnál jelentkező étvágytalanságot, gyomor- vagy bélfájdalmat azonnal ólommérgezésnek tartotta kivétel nélkül s innét van, hogy a járó betegek száma a munkaképtelenekhez képest az újabb időben feltünően nagyobbodott. A kohómunkás-személyzet új, ólommentes tagokkal nem igen szaporodott, a mennyiben a munkások egészsége javulván, a munkáslétszámot tetemesen lehetett apasztani, a fontosabb munkálatot végző begyakorolt munkások nem betegedtek meg egy időben tömegesen s a művek zavartalan ellátása végett annyi munkásra nem volt szükség; újabb időben a pörkölő, olvasztó, üző munkás nem változtatja foglalkozását 2—3 hónapi időközökben, hanem egy foglalkozás mellett egy évnél tovább is kitart egészsége veszélyeztetése nélkül. Mindezekből látható, hogy az egészség megjavulását ugyanazon munkásoknál értük el, kiknek szervezete a korábbi időkből ólommal többé-kevésbé már telítve volt.

Teljes szigort csak ez év junius hónapja óta alkalmaztak, midőn is büntetés és munkából való elbocsátás terhe alatt kényszerítették a munkásokat kezeiket alaposan megmosni és csak az étkező helyiségben étkezni, de sem külön munkaruha, sem fürdő vagy zuhany, sem flanell-respirator nem áll a munkások rendelkezésére, tejet sem kapnak. De a fenti szigorú intézkedésnek máris meglett a feltünő eredménye, a mennyiben junius óta igen ritka lett az ólommérgezésben való megbetegedés: csak juliusban és augusztusban volt egy-egy megbetegedés (12 illetve 7 betegségnappal), a többi hónapban új megbetegedés nem fordult elő.

Az ólomgőzöknek a tető fölé vezetése, a szállóporkamrák alkalmazása s a központi kémény magasabb légrétegben való szájadzása azonban még nem teszi ólommentessé a kohó helyiségeit, s így nem helyezi veszélyen kivül a kohóban foglalkozó munkásokat, még ha egyébként be is tartják a lehető tisztaságot; kiviláglik ez a levegő- és talajelemzésből ólomra, és azon vizsgálatokból, melyeket abban a tekintetben végeztünk, hogy újabb időben még mennyi ólom tapad meg a munkás testén és kezein.

A levegőt 10 literes palaczkkal egy órai csurgatással szivattuk salétromsavon keresztül, még pedig egy helyiségben összesen 500 liter levegőt 50 óra alatt. Az eredmények a következők voltak:

1. A lángpestek helyiségeiben 1 m^3 levegő 0·0136 gm. ólmot tartalmazott.

2. A kohó udvarának 1 cm^3 levegőjében 0·0040 gm. ólom volt.

3. Az olvasztók elegypadján ólomnak nyomai voltak kimutathatók.

4. Az olvasztók helyiségében 1 cm^3 levegő 0·0094 gm. ólmot mutatott.

5. A pörkölőpestek helyiségében 1 cm^3 levegő 0·0026 gm. ólmot tartalmazott.

A vizsgálatot csak egy izben végezvén, a levegő átlagos ólomtartartalmát ezen adatok természetesen nem mutatják, mert a levegő ólomtartalma a szél irányától, a levegő nedvességtartalmától, a ködtől, esőtől nagyon függ. Az adatok mindazonáltal mégis igen tanulságosak, mert megállapitották, hogy a levegőben aránylag sok ólom van. Felnőtt ember egyszeri lélegzéssel 0·50

liter levegőt szív tüdejébe be, 20 lélegzést számítva tehát egy perczre — mert nehéz munkát teljesítő emberekkel van dolgunk — egy percz alatt 10 liter levegőt lélegzik be, 12 órai munkaidő alatt pedig 7200 litert; ennyi levegőben már tetemes mennyiségű ólom van, s ha ebből orrában, szájában, garatjában $^1/_5$—$^1/_{10}$ rész lerakódik, megtapad, akkor 12 órás munkaidő alatt a lángpest helyiségében 0·019—0·0095 gm., a kohó udvarán 0·0057—0·0029 gr., az olvasztók helyiségében 0·0135—0·0068 gr., a pörkölők helyiségében 0·0037—0·0019 gm. ólom rakodhatik le. Ezen mennyiség bár igen csekély, de napról napra jutván a szervezetbe, az egészségre nem lehet közömbös. Azután meg a levegőből az ólom arczára, fejére, nyakára, kezeire s ruháira is lerakódik és innét is bejuthat szervezetébe.

A talaj elemzése a következő eredményeket mutatta. A próbákat a talaj felső rétegéből vettük, s bennük nem az összes ólmot határoztuk meg, hanem csak a kénsavas ólmot és az ólomoxydot:

A lángpestek talajában, mely nincs burkolva, hanem föld: $PbSO_4$ 5·40%, PbO 5·66%.

II. A kohó udvarán $PbSO_4$ 2·30%, PbO 3·01%.

III. Az olvasztók helysége talajában: $PbSO_4$ 3·50%, PbO 1·25%.

IV. A pörkölőpestek helyisége talajában: $PbSO_4$ 3·20%, PbO nyom.

Az összes ólomtartalom sokkalta több volt, az 20—24%-ra is rúgott.

Ezen vizsgálati eredmények mutatják, hogy a munkás ilyen ólmos talajon járva és dolgozva, kell hogy magát ólommal bepiszkítsa. A talajba az ólom részben a levegőből jut, részben az érczekből, illetőleg az ólomkészítményekből, mert az itteni érczekben csak galenit fordul elő, erre pedig vizsgálat nem is történt.

Ismerve a kohóban a talaj- és levegő-elemzés eredményeit s tudva azt, hogy a pörköléskor, olvasztáskor és üzéskor a keletkező ólomgőzök lehetőleg eltávolíttatnak az épületből a tető fölé s így az 1896. évi állapottal a mostani össze sem hasonlítható, mindazonáltal fontos volt megtudni, vajjon mennyire piszkolják be a munkások kezeiket és testüket ólommal? E czélból minden egyes üzemág két-két munkásán végeztünk vizsgálatot. A vizsgálat eredményei a következők:

Vizsgálat összesen 17 esetben történt; ezek közül 12 a kezekről, 5 pedig az egész testről eltávolítható ólom mennyiségének meghatározását czélozta.

A kezekre egy nap alatt tapadt ólom mennyisége 0·0959 és 0·388 gramm között ingadozott. Legkevesebb ólom volt a körolvasztóknál, és legtöbb az üzelésnél dolgozó munkások kezein.

Az egész testre tapadt ólom mennyisége 0·236 (márag-örlésnél és szitálásnál dolgozó munkás) és 1·709 gramm (szállóporkamrák tisztogatásával foglalkozó munkás) között ingadozott.

Ezen vizsgálatok még junius hóban történtek, s kézi kefe nem alkalmaztatott a kézmosáskor. A vizsgálatokból kitünik, hogy igen tekintélyes mennyiségű ólom tapad meg a munkások kezein és testén. Ezen vizsgálatok beigazolják, hogy piszkos, nem alaposan megtisztított kézzel és az üzem helyiségeiben való étkezés az ólommérgezés veszélyével jár, nemkülönben azt is, hogy a munkaruha szükséges, és hogy a munkás testének a bevégzett munkaidő után való megmosása, tehát a kohóban fürdő és zuhany felállítása és annak kötelező használata nagyon fontos.

A közölt adatok tehát mutatják, hogy az ólommérgezés ellen való küzdelem már 1882 óta folyik, s hogy 23 év telt el, míg végre sikerült a munkásokkal megértetni az utasításul adott szabályzatok pontos betartásának üdvös voltát, nemkülönben az igazgatóság és tiszti személyzet is belátta az egészségügyi berendezéseknek hasznosságát. Első időben közönynyel, nemtörődéssel találkoztam, sőt az egészség javítását czélzó irodalmi tevékenységemet be is tiltotta a felettes hatóság, s akkor éveken keresztül nem történt semmi a kohóban, a szegény munkások szenvedtek s velük együtt szenvedett a kohóüzem és a társpénztár. Az egészség javítására való küzdelemben azonban más téren is működtem, mint az egészségtan tanára a bányaiskolán, a bányászati és erdészeti főiskolán iparkodtam híveket szerezni törekvéseimnek. S a midőn tanítványaim a haza különböző bánya- és kohóvállalatainál elszéledtek és működő tisztviselőkké lettek, megértették az egészségtan fontosságát, s javaslataimnak kivitelében segítő társakul szegődve, mindenütt törekednek az egészségtan hirdette igazságoknak érvényt szerezni.

Vitás pontok a heveny középfülgyuladás kezelésében.

Irta: *Váli Ernő* dr., kórházi főorvos.

A midőn azt állítjuk, hogy az otologiában a heveny középfülgyuladás összelnevezése alatt ismert bántalom tudományos elnevezése még ma is vitás, nem mondunk meglepőt, ha azt is állítjuk, hogy a leggyakoribb és legegyszerűbbnek tartott fülbetegség: a heveny középfülgyuladás therapiájában még ma is diametrásan ellentétes felfogások iparkodnak érvényesülni. Egységes megállapodást nem találunk; nemcsak a finom részletekben, hanem még a sarkalatos pontokban is ellentétes nézeteket vallanak az egyes iskolák.

A középfülben lefolyható gyuladásos jellegü megbetegedések a betegedés foka és jellege szerint többféle categoriába oszthatók és osztandók. Annyira azonban még nem sikerült jutni, hogy az elnevezések egységes alapon megállapíthatók lennének. Igy pl. *Bezold* szerint a heveny középfülgyuladásnak három fő alakja van: 1. a *heveny (savós) középfülhurut*, 2. a *heveny középfülgyuladás* (savós-genyes) és 3. a *genyes középfülgyuladás*. *B.* szerint ezen háromfajta betegség path. anatomiai és aetiologiai szempontból egy és ugyanazon jellegű bántalom, csak az intensitásuk változó. A váladék a legbiztosabb megkülönböztetést nyujtja, mert míg a catarrhalis folyamatnál a váladék savós jellegű, addig a második kettőnél savós-genyes, véres-genyes, avagy tisztán genyes. A *Tröltsch-*, *Schwartze* és *Politzer*-féle iskolák tanai szerint is a catarrhalis megbetegedés csak enyhébb alakja a gyuladásnak és így ők *otit. m. cat. ac.* és *otit. m. pur. ac.* megbetegedéseket ismernek el; míg *Lucae*, *Jakobsohn* és mások azt vallják, hogy e két betegség teljesen különfajtájú megbetegedés, miért is felvesznek egy *catarrhus auris med. ac.* és *otit. m. acuta* kórképet. Szerintük a középfül catarrhusa nem kisfokú gyuladás a dobüregben, hanem a tuba Eustachiinek, a szellőztető készüléknek mechanikus elzáródása következtében előállott beteges állapot a dobüregben. Magát az elzáródást vagy a nyálkahártya gyuladásos duzzanata, vagy valamely daganat okozhatja. Bármi okozta azonban az eldugulást, a következménye az, hogy a dobüregben légritkulás áll be és a negativ nyomás következtében transsudatum jelenik meg. E transsudatum tehát nem gyuladás következtében támadt és így nincs is benne bakterium. Ezzel szemben az exsudatum mindig középfülgyuladás következtében állhat csak elő és ekkor már a dobhártya is jelzi mindig a középfülgyuladásra jellegző kórképet. Nehezíti azonban a meghatározást, hogy ismerünk *vegyes* jellegü alakokat is, a midőn a dobhártya képe és a többi tünet ma középfülgyuladás képét mutatja, de holnapra a dobhártya feltisztul, s kórisménket hajlandók volnánk középfülcatarrhusra átváltoztatni, hacsak a még mindig jelenlevő jellegzetes vonala az exsudatumnak nem mutatná, hogy igazában mégis mily bántalommal van dolgunk.

Már most azután ez a középfülgyuladás akár *primaer* (genuin), akár *secundier* támad, az anatomiai elváltozások majdnem mindig ugyanazok, csak az intensitás lehet különböző. Gyuladásba jön az egész dobüreg nyálkahártyája, az üregben savós-genyes, véresgenyes, esetleg genyes exsudatum jelentkezik és a dobhártya vagy csak erősen belövelt, vagy pedig mindhárom rétege lobosan duzzadt lesz és az exsudatum tömege szerint többé-kevésbé kidomborodik. A *klinikus* kép is majdnem mindig ugyanaz, csak az intensitása különböző, nevezetesen: borzongás, hőemelkedés, nehéz hallás, szédülés, fülzúgás; gyermekeknél delirium, görcsök, stb. stb.

A *gyógyeljárás* egészen az újabb időkig *egységes* volt, csak a nem lényeges részlet-kérdésekben merültek fel nézeteltérések. Egész az újabb időkig az antiphlogistikus eljárás volt az irányadó azon elvek alapján, melyek *Itard* tól kezdve *Krämer*, *Toynbee*, *Wilde*, *Tröltsch* és *Schwartze* alapvető munkálkodásai alapján a *Schwartze*-féle gyüjtőmunkában rögzítve is lettek. És a míg *Schwartze* és *Bezold*, valamint követőik a heveny esetek legtöbbjében ma is *jeges borogatásokat*, Leiter-féle hűtőt stb. alkalmaz-

nak, egy másik újabb áramlat *(Lucae, Heine, Zauffal, Piffl, Körner, Brieger, Eitelberg,* stb.) a jeges borogatásokkal szemben a *felmelegedő, illetve a meleg borogatásokat* vélik alkalmazandónak.

Szerintük a hideg és a meleg borogatásoknak végeredményesen ugyanazon hatásuk van, csakhogy a meleg borogatásokkal ugyanazon eredményt sokkal hamarabb érjük el. Ugyanis *Brieger* vizsgálatai szerint az állandó jeges borogatás alkalmazása mellett is a hő a dobüregben csak 0·5—1° C.-sal száll alá; hosszabb alkalmazása után pedig érhüdés következtében *vérbőség* támad, tehát épen ellenkezője annak, a mely miatt alkalmaztuk. Ugy látszik azonban, hogy a heveny középfülgyuladás gyógyulásához *vérbőségre* van szüksége a fülnek és a szomszédos környezetnek A meleg behatása következtében ugyanis az erek tágulnak, a vérbőség fokozódik, a vérkeringés meglassul, és így a vér bakteriumölő tulajdonsága mindjobban érvényesül a szervezetbe jutott kórokozókkal szemben. És ha ezen theoriának, t. i. hogy a meleg által előidézett vérbőségnek gyógyító hatása van a heveny középfülgyuladásra, csakugyan van létjogosultsága, akkor feltétlenül el kell ismerni a létjogosultságát az otiatriában a legújabb gyógyeljárásnak: a *Bier-féle pangásos vérbőségi eljárásnak.* Bier tanár ugyanis felveszi, hogy a gyuladás hasznos reactioja a szervezetnek a betolakodó betegségi csirák ellen. A gyuladást tehát nem kell gátolni, hanem épen ellenkezőleg fokozni kell mesterségesen is, és erre a czélra a *pangási vérbőség a legalkalmasabb segédeszköz.* A pangási vérbőség akként hat, hogy a vérkeringés meglassításával a szervek több vért kapnak. Az egyes sejtek tovább érintkeznek a vérrel és így több tápanyagot vesznek fel, mint máskülönben. A jobban táplált sejtek pedig jobban is tudnak ellentállni és így a lobosodás által előidézett káros hatások is könnyebben egyenlítődnek ki. De a gyuladás nemcsak a fertőző anyagokat iparkodik megsemmisíteni, hanem az általuk okozott roncsolásokat is regenerálja. Végtelen előnye a *Bier*-féle eljárásnak, hogy az alkalmazandó vérbőség fokát szabályozni lehet, *tehát mintegy adagolhatjuk a vérbőséget a betegség foka és jellege szerint.* Ezt az előnyt a meleg borogatással nem tudjuk eléggé kihasználni, a jeges borogatással pedig épen nem szabályozhatjuk a vérbőség fokát.

Bier eljárása és gondolatmenete csak látszólag ellenkezik az eddigi módszerekkel; a kisérletek azonban, a melyek nemcsak az ő sebészeti klinikáján,[1] de a Lucae-féle klinikán[2] is végeztettek, azt mutatják, *hogy a Bier-féle eljárással az esetek egy része valóban gyógyult. Heine* (Lucae klinika) szerint a Bier féle eljárással feltétlenül kisérletezni kell már csak a czélból is, hogy kiderüljön, hogy *milyen fajtájú* középfülgyuladások alkalmasak az ilyen gyógykezelésre. Tisztázandó lesz ama körülmény is, hogy milyen *időpontig* szabad a Bier-féle eljárást alkalmazni, nehogy a müvi beavatkozás idejét elszalaszszuk.

A heveny középfülgyuladás gyógyításánál vitás és még ma sincs eldöntve a *paracentesis* kérdése.

A régi antiphlogistikus eljárás keretébe tartozott ama tantétel, hogy olyan esetekben, midőn a heveny középfülgyuladásnál hőemelkedés, nagy fájdalom és a dobhártya kiöblösödése jelentkezett, javalva volt — a többi lobellenes eljárás mellett — a paracentesis végzése. A paracentesis még *Itard* idejéből való mütét, mely azonban időközben discreditálva lett és csak *Schwartze* elevenítette fel a 60-as években. *Schwartze* pontokba is foglalta az indicatiokat, a melyek legfontosabbika az, hogy e mütétet végezzük váladékkibocsátás, antiphlogistikus és diagnostikus czélból. Ezen tudományosan is elfogadott indicatiók ellen emelt szót 1900-ban *Zauffal*[3] és megszorította azokat. Azt állítja, hogy a genuin középfülgyuladásnak *cyclikus lefolyása* van és hogy ez ép úgy gyógyul magától is, mint pl. a genuin pneumonia. Megerősítette *Zauffalt* véleményében a bakteriologiai vizsgálat is, a mennyiben heveny genyes középfülgyuladásnál a genyben diplococcus pneumoniaet (Fränkel-Weichselbaum) és pneumococcus Friedländer-t talált és csak igen ritkán, a sokáig tartó és súlyos esetekben látott még streptococcus és staphylococcus pyogenest is. *Zauffal* azt a középfülgyuladást tartja ideálisnak, hol otorrhoea nem fejlödik, hanem minden lobtermény felszivódik. A genyes váladék megjelenése a dobüregben magában véve nem életveszélyes; akkor rosszabbodik az állapot, ha a virulentia fokozódik és a test ellenálló képessége gyengül, avagy egyáltalában kevés. Súlyos középfülgyuladásnál — szerinte — nem sokat segitünk, ha csak a dobüregben levő genyet iparkodunk eltávolitani. Mert hiszen itt már *többüregü tályoggal* van dolgunk, a mely nem javulhat, ha a nagy tályogüregnek csak egy kis rekeszét nyitjuk meg; pl. a csecsnyújtvány váladéka a dobhártya kis nyilásán úgy sem ürülhet ki. De viszont ama súlyosabb esetekben, midön *Zauffal* módszere (a meleg Burow-oldatos borogatás, a cocain-becsepegtetés, a salicyl-készitmények, a jodfestvény, a fül környékének masszálása) nem tudja meggátolni a váladék képződését, avagy a jelenlevő váladék felszivódását, a csecsnyújtvány fájdalmassága pedig folyton növekedik, úgy a 7—8. napon *Zauffal* is megengedhetönek tartja a paracentesist, *de utána csakhamar a felvésést sürgeti. Zauffal* szerint, ha a bántalom az ő módszerének alkalmazásával is rosszabbodik, úgy ennek okát a bántalom virulentiájának erössége, kedvezötlen anatomiás vagy path.-anatomiás viszonyok teszik. A genuin középfülgyuladások *Zauffal* szerint ezen gyógyeljárás mellett is szépen gyógyulnak; szinte úgy látszik, hogy a *paracentesis alkalmazásával lassúbb a gyógyulás.* A secundaer esetek már súlyosabb jellegüek; de súlyosak akkor is, ha korán végezzük a paracentesist. A paracentesis ilyen esetekben szinte felesleges is, mert a bántalom súlypontja többé már nem a dobüregben van, hanem a csecssejtekben. Ilyenkor pedig helyesebb időt nem mulasztani, hanem mindjárt a felvéséshez fogni.

Zauffal-nak és tanitványának *Piffl*-nek emígy felállított tantétele eddigelé meglehetösen hideg fogadtatásra talált. Nemcsak egyesek, de a német, franczia és amerikai otologus-társaságok is vitatkoztak több izben e thema felett, de megegyezni nem tudtak. Ez a körülmény mégis mond valamit! . . .

Igy a német fülorvosok társaságának 1902.-i vándorgyülésén vitapont volt a heveny középfülgyuladás gyógykezelése, a melynek kapcsán *Bezold, Korner, Delseaux, Leutert, Kretschmann, Ostmann, Brieger, Jansen, Siebenmann* nyiltan állást foglaltak Zauffal tantétele ellen, melyet egyedül csak *Piffl* védelmezett. Szerintük *kell* végezni a paracentesist, ha diagnozálva van az exsudatum és *nem szabad kitérni elöle* föleg akkor, ha hőemelkedés és nagy fájdalmak kisérik az exsudatum megjelenését; *felszólalók véleménye egységesen az, hogy a paracentesis csökkenti az eset súlyosságát és megkevesbíti a mastoideális mütétek számát.* (*Zauffal* ezt határozottan tévesnek tartja.) Hogy pedig a dobüregben felgyülemlő genyes váladék a szervezetre közömbös lenne, ez nagyon *veszedelmes tantétel*; mert nem minden complicatio kezdödik már azzal, hogy a csecsnyújtványban geny képződik; kezdetben legtöbbször csak vérbőség van jelen a csecssejtekben, és erre a vérbőségre igen jó hatással van, ha a dobüregből genyet kibocsátva, a nyomást csökkentjük. Sokszor látni, hogy a csecsnyújtvány érzékenysége máról holnapra csökken, felette az oedema eltünik, ha idején paracentesist végezünk; a gyors javulás itt csak úgy magyarázható, hogy a paracentesis után a középfül gyorsan megszabadul a toxikus elemektől s így a complicatiók ritkábbak lesznek. Ezt a gyors eredményt meleg borogatásokkal nem lehet elérni. Genyes középfülgyuladásnál *Zauffal*-on kivül még csak *Heiman* észlelt *cyclikus* lefolyást. (De viszont az is igaz, hogy épen a heveny középfülgyuladást — már csak a fülklinikák szük volta miatt is — klinice nem is szokták észlelni.) A salicyl-készitmények adagolását pedig azért nem tartják helyesnek, mert zavarják a hőmenet megfigyelését.

Kissé tartózkodóbb felfogást nyilvánitottak a franczia fülorvosok társaságában *Lermoyez, Loubet, Burbon* és *Moure* egy közös jelentésükben,[1] melyet megbizás folytán terjesztettek társaságuk elé a heveny genyes fülgyuladás kezeléséről. A paracentesis kérdésében mérsékelt álláspontra helyezkednek, t. i. csak akkor tartják javaltnak, ha a többi tünet mellett föleg nagy fájdalom és jelentékenyebb hőemelkedés van jelen. Ök előbb jeges boroga-

[1] *W. Keppler:* Behandlung eitriger Erkrankungen mit Stauungshyperämie. Zeitschrift für Ohrenheilk. 1905.

[2] *Heine:* Über die Behandlungen der acuten eitrigen Mittelohrentzündung mittelst Stauungshyperämie nach Bier. Deutsche Otolog. Ges. 1905.

[3] Prager Med. Wochenschrift, 1900. és Archiv. für Ohrenh. 57 k.

[1] Annales des maladies de l'oreille etc. 1904.

tást, becsepegtetéseket, izzasztást, stb. kisérelnek meg és csak a végső esetben paracentesist. Kivételt tesznek scarlatinánál, valamint gyermekeknél, ha meningeális tünetek jelentkeznek; ilyenkor rögtön végzik a mütétet. De ha már szükségesnek találják a mütétet, úgy inkább a *felhasítást* végzik az átfúrás helyett. Alsóbbrendü kérdés ugyan, de erre sincs pontos megegyezés, hogy a paracentesist megelőzőleg *desinficiáljuk-e* a külső hangvezetőt vagy nem? *Körner* szerint ez felesleges, mert lehetetlenség is; elég az egyszerü tisztogatás. A franczia otologusok *sebészi álláspontra* helyezkedve megkövetelik a pontos desinficiálást.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.)

Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

A pityriasis rubránál eddig végzett szövettani vizsgálatok azt mutatták, hogy a histologiai elváltozások főbb vonásaikban teljesen megegyeznek azon elváltozásokkal, melyeket az exfoliativ erythrodermiák egyéb alakjainál is leirnak, úgy hogy e folyamatok közt boncztani tekintetben sincsenek lényeges különbségek. Kivételt ez alól csak a pityriasis rubránál későbben kifejlődő bőratrophia képez, mely a subacut formáknál egyáltalában nem, sőt a dermatitis exfoliativa chronicánál is csak a legritkább esetekben keletkezik. A pityriasis rubranál fennálló szöveti elváltozásokat pontosabban először *H. Hebra* tanulmányozta, utána *Cohn, Elsenberg, Tommasoli, Petrini, Jadassohn, Doutrelepont, Sellei, Kopytowszki* és *Wielowieyski*, valamint *Tschlenow* foglalkoztak e kérdéssel. Az egyes leirások közti eltérések abból magyarázandók, hogy a vizsgálati anyag a betegségnek más-más stadiumából származott. Egyébként az egyes szerzők lényegtelen részletektől eltekintve meglehetős egyforma képet adnak a szöveti elváltozásokról. A betegség kezdeti szakában a hámrétegnek fokozott proliferativ működése állapitható meg, mely azonban nem vezet nagyobbfokú hámhypertrophiához. Az elszarúsodási folyamat nem normalis, a mit az jelez, hogy a szarúrétegben még elég jól festődő magvakat találni. E mellett a szemölcsös rétegben és a stratum subpapillareban reactiv lob van jelen, mérsékelt fokú sejtes beszürődés alakjában, mely az erek körül a legsürübb. A legtöbben azonkivül nagyszámú pigmentes sejt és festenyrög jelenlétéről tesznek említést. A folyamat későbbi szakában atrophiás elváltozások állanak be, a hámréteg egészben véve, de különösen a rete Malpighi erősen sorvad, a papillák lelapulnak, esetleg teljesen eltünnek, a bőr mirigyes képletei tönkremennek, a sejtes infiltratum megfogy, illetőleg kötőszövetté, majd zsugorodó hegszövetté alakul. *Petrini* ezenfelül a véredényeknek hyalin elfajulását és elzáródását észlelte, a mit azonban a többi szerző nem erősit meg. A részleteket illetőleg ismétlések elkerülése végett az eredeti czikkekre és *Jadassohnnak* 1892-ben megjelent forrásmunkájára utalok, a mely a különböző szerzők által leirt kórboncztani elváltozásokat ismerteti és a mely saját vizsgálatainknak is kiinduló pontját képezte.

Mielőtt ezekre áttérnék, csak röviden akarnék a Jadassohn munkája óta megjelent közleményekkel foglalkozni. *Doutrelepont* mindenben megerősiti Jadassohn leletét, ép úgy *Sellei*, a kinek vizsgálatai szerint a pityriasis rubra későbbi szakában végbemenő szöveti elváltozások teljesen megfelelnek az öregkori pruritusnál, illetőleg a senilis bőrben lejátszódó degeneratiós folyamatoknak. *Kopytowszki* és *Wielowieyski* óriássejtekről tesznek említést. Esetükben a papilláris réteg lobos infiltratumai leukocytákból, nagy epitheloidsejtekből és festenysejtekből állottak, de a cutis felső határán levő sejtes beszürődésekben az említett sejtformákon kivül eiszórtan typikus óriássejtek voltak találhatók, melyek szerintük az epitheloidsejtekből keletkeztek. Koch-féle bacillust azonban a metszetekben nem találtak, hasonlóképen negativ eredménynyel jártak a kimetszett bőrdarabkákkal tengerimalaczokon végzett intraperitoneális oltások. Ellenben úgy a hátról in vivo, valamint a fejről és hónaljüregből post mortem kimetszett bőrben, nemkülönben az egyik kimetszett lágyéki mirigyben elég nagy számmal diplococcus-csoportokat találtak, melyek anilinfestékekkel, különösen polychrom methylenkékkel élénken festődtek, Gram- és Weigert-festéssel pedig nem színtelenedtek el.

Ezen diplococcusokat, melyeket sikerült különböző bőrdarabokból aseptikusan készített pépből tiszta culturában kitenyészteni, szerzők a betegség pathogenesisével közvetlen összeköttetésbe hozzák. Szerintük „ezen parasita a bőrnek felületes, de részben mélyebb rétegeiben is, a verejtékmirigyek és szőrtüszők körül góczokban jelentkező gyuladást okoz, melynek termékei teljesen azonosak a lobos fertőző granulomák szöveti elemeivel. A kötőszövet és vérerek elsődleges elváltozásait a bőr epitheliális elemeinek másodlagos elváltozása követi, a mely a faggyúmirigyek és szőrtüszők atrophiájához vezet. Később a lobos góczok rostos kötőszövetté alakulnak át, a mi a bőrszemölcsöknek sorvadását és általában az egész bőrnek, különösen pedig a hámrétegnek megvékonyodását eredményezi (atrophia fibrosa cutis)". *Tschlenow* két esetben végzett szövettani vizsgálatot. Lelete a főbb vonásokban megegyezik Jadassohn leirásával, legfeljebb kiemelendő, hogy a bántalom előrehaladottabb stadiumából származó metszetekben a nagyobb vérerek atheromatosus elváltozását és az irha mélyebb részeinek sclerotikus hegszövetté alakulását állapította meg.

Saját szövettani vizsgálataimat, a még évekkel ezelőtt in vivo, valamint post mortem a testfelület különböző részeiről (hajzatos fejbőr, felkar hajlító oldala, mell, has, czomb) kimetszett bőrdarabokon és a lágyéki, hónalji és nyaki mirigycsoportokból származó mirigyeken végeztem. Az anyag alkohol- és sublimat-rögzítés után a szokott kezelés mellett celloidinba beágyazottan bocsáttatott rendelkezésemre feldolgozás czéljából. A metszetek festésére, melyeknek vastagsága 8—12 μ között ingadozott, haematoxylin-eosint, van Giesont és Apáthy-féle hármasfestést használtunk. Azonkivül egyes speciális festési eljárásokat alkalmaztunk a ruganyos rostok, plasmasejtek, bakteriumok feltüntetésére.

Készítményeink átnézésekor mindenek előtt feltünt, hogy azok bizonyos közös vonások ellenére oly különbségeket tüntetnek fel egymással szemben, melyekből arra lehet következtetni, hogy a folyamatnak más-más szakából származtak. A metszetek egy részében normális, sőt helyenként kisebb fokban hypertrophiás hámréteget, a subpapilláris rétegben reactiós lobnak acut jeleit és aránylag ép kötőszövetet találtunk, egyszóval olyan jelenségeket, melyek a folyamat fiatalabb stadiumára engedtek következtetni. Más metszetekben a hámnak mérsékelt atrophiája, a lobos beszürődésnek kisebb foka, ezzel szemben a corpus papillarenak sorvadt volta és a mélyebben fekvő collagen szövet hypertrophiája volt szembeötlő, úgy hogy e készítményeken a folyamatnak későbbi stadiumát véltük felismerhetni. De már itt megjegyzem, hogy úgy a lobos beszürődés, illetőleg a hám proliferatioja kezdetben, valamint a bőrnek sorvadása a folyamat későbbi szakaiban nagy fokot nem ért el és hogy a két extrem állapotot feltüntető szöveti képet átmeneti formák fokozatos sora kötötte össze egymással.

A metszetek azon részein, melyek a folyamat fiatalabb szakát látszottak feltüntetni, a következő elváltozásokat állapithatjuk meg:

A *szarúréteg* a legtöbb helyen elég nagyfokú hypertrophiát mutat, úgy hogy vastagsága a normális vastagság két-háromszorosának felel meg, néhol azonban rendes vastagságú Felső részeiben teljesen egynemü szarúlemezekből áll, melyeken kóros eltérést nem lehet megállapitani, mélyebb rétegeiben azonban több sorban látni párhuzamosan elhelyezett és elég jól festődő magvakat, sőt sok helyen a sejthatárok is, bár homályosan, felismerhetők. Mindenütt feltünik a szarúréteg lazasága, mely erős rétegzettségben, a rétegek laza összefüggésében, felrostozott voltában nyilvánul.

A *keratohyalin réteg* sehol sem hiányzik. A legtöbb helyen azonban meg van fogyva, a mennyiben csak egy sejtsorból áll, melynek erősen megnyúlt, csenevész sejtjei csak gyérszámú és rendetlenül elhelyezett keratohyalin-szemcsét tartalmaznak. Ilyen stratum granulosumot különösen ott látunk, a hol az elszarúsodás kórosan ment végbe, tehát a szarúrétegnek magvas sejtekből álló részei alatt. De vannak metszetek és egy metszeten belül is a redukált szemcsés réteggel biró helyek között oly helyek is, melyeken a szemcsés réteg rendes vastagságú és jól kifejlődött keratohyalin-szemcséket tartalmazó 2—3 sejtsorból áll.

A *stratum germinativum* (Malpighi) határozott megvastagodást mutat, az interpapilláris hámléczek a rendesnél hosszabbak és szabálytalan, elágazó nyúlványok alakjában nyomulnak a kötőszövetbe. Atrophia jeleit ezen stadiumban a Malpighi-rétegen nem lehet megállapítani. Maguk a Malpighi-sejtek normális nagyságúak és alakúak, magvaik kissé duzzadtak, jól festődnek, az intercelluláris ürök kitágulva nincsenek, az epithelrostozat jól ki van fejlődve. A mélyebb sejtsorokban a rendesnél nagyobb számú magoszlási alakot találtunk. De leukocytáknak nagyobb számban való jelenlétét a Malpighi-réteg sejtjei között nem tudtuk megállapítani. A basális sejtek sok helyen szabálytalan alakúak, a változatlan cylindrikus alakú sejtek mellett köbalakú vagy egészen szabálytalan formákat is lehet látni. Pigmentet a basális sejtekben nem találtunk, ép oly kevéssé a stratum spinosum felsőbb rétegeiben.

A bőrnek kötőszöveti részében főkép a *papilláris réteg* és a *stratum subpapillare* van megtámadva, míg az irhának reticuláris része alig mutat elváltozásokat. A fiatalabb stadiumoknak megfelelő készítményeken mindenekelőtt azt látjuk, hogy az interpapilláris hámléczek meghosszabbodásának megfelelőleg a papillák is hosszúkásak, keskenyek, daczára annak, hogy kis fokban oedemásak, a mi a kötőszöveti rostok laza összefüggésében, széttolásában nyilvánul. A papilláris erek kitágultak, kanyargós lefutásúak, endotheljük duzzadt. A kötőszövet általában véve sejtdúsabb, mint rendesen.

Mindenekelőtt meg vannak szaporodva a fix kötőszöveti sejtek, a melyek sok helyen oly szorosan simulnak a kötőszöveti kötegekhez, hogy endothelszerű hüvelylyel látszanak körülvenni azokat. Nagy számban vannak jelen Ehrlich-féle hízó-sejtek, különösen az erek körül. Ezek jól láthatók polychrom methylenkékkel festett készítményeken. Az említett sejtformák között találunk végre fehérvérsejteket is, melyek majdnem kizárólagosan lymphocytáknak, azaz kis egymagvú fehérvérsejteknek felelnek meg. Mindezen sejtformák minden rendszer nélkül vannak a papillák kötőszöveti reczéjében elszórva, legfeljebb azt lehet mondani, hogy az erek körül valamivel sűrűbben, mint a széli részeken, de körülirt sejthalmazokat sehol sem képeznek.

A subpapilláris rétegben az infiltratum sokkal intensivebb, de azért nagy fokot itt sem ér el. A beszűrödés a kitágult és tátongó ereket egyenletesen fogja körül, a hol pedig 2 vagy több ér közelebb fekszik egymáshoz, ott az infiltratumok is találkozván, nagyobb halmazokat képeznek, sőt sok helyen egészen összefolynak, úgy hogy némely metszeten egy folytonosságában meg nem szakított, egészben véve keskeny, sávalakú infiltratiós zóna foglal helyet a subpapilláris rétegben. Ezen infiltratióknak kepzésében különböző sejtformák vesznek részt. Kétségtelen mindenekelőtt, hogy a fix kötőszöveti sejtek meg vannak szaporodva. A sejthalmazokban kisebb vagy nagyobb számban mindig megtaláljuk azon nagy, halványra festődő, hólyagalakú és a legtöbbször ovális maggal biró sejteket, melyeknek fix kötőszöveti sejtekből való származását a legtöbben felveszik. A lobos góczok alkotó elemeit azonban első sorban fehérvérsejtek képezik, melyek mellett a többi sejtformák számra nézve jóformán elenyésznek. A fehérvérsejtek majdnem kizárólagosan lymphocytákból állanak, többmagú fehérvérsejtet csak gyér számban találunk. Hízósejtek csak elvétve láthatók, ellenben elég tekintélyes számban vannak sejtformák, melyek gömbölyded nagy polygonális alakúak, a sejt egyik polusában excentrikusan fekvő és sajátságos jellegzetes chromatintartalommal biró maggal és a szélén sötétebben festődő protoplasmával birnak, egyszóval olyan alaki tulajdonságokkal, melyekből a plasmasejtet lehet felismerni.

A *subpapilláris erek*, melyek körül az infiltratum elhelyeződik, kitágultak, tátonganak, falaik meg vannak vastagodva, az endothelsejtek duzzadtak, sok helyen meg is szaporodtak, némelyikben mitosis is látható. Az erek belsejében számos fehérvérsejt foglal helyet, melyek az érfalakat magukat is infiltrálják. Azon elváltozásokat, melyekről Petrini tesz említést, nevezetesen a vérérfalaknak nagyobbfokú „sclerotikus“ megvastagodását és a nagyobb venák űrterében hyalin thrombusok jelenlétét sehol sem láttuk.

A subpapilláris réteg kötőszöveti kötegei mérsékelt fokú oedema által széjjel vannak tolva, az infiltratum helyén pedig a kötőszövet a lymphoid szervek reticulumára emlékeztető finom hálózattá redukálódott. Egyébként a kötőszöveti fibrillumok morphologiai és tinctoriális tekintetben nem mutatnak eltérést.

A tulajdonképeni *cutis* csak annyiban változott meg, hogy a fix kötőszöveti sejtek szintén kissé meg vannak szaporodva. Itt ott igen csekély perivascularis beszűrödés is látható, mely főleg gömbsejtekből áll. A kötőszöveti kötegeken nagyobb átalakulások nem láthatók, legfeljebb kissé duzzadtabbak a rendesnél. A mélyebb erek is ki vannak tágulva, endotheljük kisfokú duzzadást mutat.

A legtöbb szerző, köztük *Jadassohn* is, nagy mennyiségű pigmentet talált a subpapilláris rétegben és az irha mélyebb részeiben. Ezen nagyobb fokú pigmentfelhalmozódást készítményeinken nem tudtuk megállapítani. A kötőszövetben csak elszórtan találtunk részint szabadon fekvő, sárgásbarna, erősen fénytörő festenyszemcséket, részint nagyobb, szabálytalan alakú pigmenthalmazokat, itt-ott melanoblastokat is. Azonban azt, hogy a pigment a bőr kötőszöveti részében kórosan meg volna szaporodva, egyáltalában nem állíthatjuk.

A metszeteknek egy másik nagy részében a bőr histologiai képe az épen vázolttal szemben bizonyos eltéréseket tüntet fel, melyek a bántalom előrehaladottabb állapotára engednek következtetni. Ezeken a készítmenyeken a *stratum germinativum* az atrophiának kisebb vagy nagyobb fokát mutatja. Néhol az interpapilláris léczek még meg vannak hosszabbodva, de a papillák felett már látszik az atrophia, a mennyiben ott a rete csak 1—2 lelapított sejtsorból áll. Más metszeteken a léczek már nincsenek meghossszabbodva, hanem ellenkezőleg rövid, legömbölyített végű nyúlványokká redukálódtak, úgy hogy a hám és corium határát egy gyengén hullámos vonal jelzi. A retenek ezen részében a sejtek megnyúltak, majdnem orsóalakúak, magvaik a rendesnél kisebbek, kissé zsugorodottak, rosszabbul festődnek. Az infiltratum a *subpapilláris rétegben* sokkal kisebb fokú, csak egymástól nagyobb távolságban találunk nehány kis kiterjedésű, perivasculáris lobos góczot, melyek azonban sehol össze nem folynak; sok helyen a hám alatt pedig beszűrödés egyáltalában nem látható. Az infiltratumok képzésében a leirt sejtformák részt vesznek ugyan, de feltünik, hogy a fehérvérsejtek száma sokkal kevesebb, ellenben sokkal nagyobb mennyiségben vannak jelen orsó- és csillagalakú sejtek, melyek fiatal kötőszöveti sejtek benyomását teszik. Ilyen sejtformákat párhuzamosan a kötőszöveti kötegekkel nagyobb számban látni a subpapilláris réteg azon részeiben is, a hol sejtes beszűrödésnek már nyoma sincsen.

A papilláris réteg és a stratum subpapillare kötőszövete a rendesnél lazább szövésű és gyérebb számú, vékonyabb, sorvadt rostokból áll, melyek savanyú festőanyaggal csak halványan festődnek, a nélkül azonban, hogy nagy affinitást mutatnának basikus festőanyagokkal szemben. A corium felső része eosinnal, pikrorubinnal élénkvörösre festődő, a rendesnél vaskosabb, durvább, teljesen homogen, a hyalin-szövetre emlékeztető kötőszöveti kötegekből áll, melyek között sejtek csak elszórtan láthatók. Ezen réteg hypertrophizált collagen-szövet benyomását teszi. Ezen elváltozások azonban sehol sem olyan nagyfokúak, hogy mint *H. Hebra*, valóságos hegszövetről beszélhetnénk. A kötőszövetnek *Tommasoli* által leirt degeneratiojat sem lehetett eseteinkben megállapítani. A corium mélyebb része, valamint a bőr alatti kötőszövet kóros elváltozást nem mutat, legfeljebb az említendő, hogy zsírszövet csak kevés helyen található, és itt is rendkivüli mértékben megfogyott.

A *rugalmas rostok* feltüntetésére savanyú orceint használtunk, utána a metszeteket haemateinnel festettük. Készítményeinken azt találtuk, hogy a ruganyos rostok a papillákban és subpapilláris rétegben közvetlenül a hám alatt megfogytak, csak nagy nagyításkor és akkor is gyér számban lehetett ezeken a helyeken rendkivül elvékonyodott, halványan festődő rugalmas rostszálacskákat találni. A subpapilláris érhálózat körül már valamivel sűrűbb, de a normálishoz képest még mindig megfogyott a rugalmas rostok hálózata. Magukban az infiltratumokban szintén tetemesen redukálódott a rugalmas szövet, de a cutisban már rendes mennyiségben van jelen, a hol úgy morphologiai, valamint tinctoriális tulajdonságaiban alig tér el a normálistól.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Nitze †

Rég nem ébresztett oly általános részvétet tudományunk valamely úttörőjének kidőlése, mint a minőt *Nitze Miksának* mult hó 23.-án Berlinben történt hirtelen elhalálozása.

Immár minden oldalról babérral halmozzák el sírját annak a férfinak, kinek sok éven át bántó kicsinyléssel és rosszindulattal kellett szembeszállania, mindaddig, míg korszakalkotó vívmányai az egész művelt világon ismertté és tiszteltté nem tették nevét.

Mintegy két évtizede, hogy lankadatlan fáradozás után sikerült neki, a technika legújabb vívmányának, az Edison-lámpácskának felhasználásával, az első kifogástalan tökéletességü *hólyagtükröt* megszerkeszteni. Ezzel a húgyszervek betegségeinek kórjelzése és orvoslása egy csapásra oly alig remélt szerencsés fordulatot nyert, hogy ez időtől kell a tudományos alapon nyugvó urologia kezdetét számítanunk. Egy egyszerü vizsgálati eljárás pótolja immár a diagnostikai czélból végzett műtéteket és lehetővé teszi a szabatos kórjelzést és tervszerü helyi beavatkozást ott, a hol azelőtt ingatag pathognostikus momentumokra kellett támaszkodnunk.

De *Nitze* kutató elméjét és előretörtető ambitioját e siker nem elégítette ki. Gyors egymásutánban készültek egyes új, kiváló jelentőségü vizsgáló és orvosló eszközei. Tökéletes *ureter-cystoskopot* szerkesztett a vizeletnek a vesemedenczékből való közvetlen lecsapolhatása czéljából és *operatiós cystoskopot* endovesikális műtétekhez, *fotografáló hólyagtükrével* pedig remek felvételeket készített és ezeket örökbecsü atlaszában közkincsecsé tette.

Nagy elmét, igazi mestert és szerencsés búvárt veszitett tudományunk, a szenvedő emberiség pedig jótevőinek egyikét gyászolhatja. *Nitze* neve idővel fogalommá lesz, mely munkálkodását jellegző, örök emléket fog neki biztositani. *Feleki.*

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

III.

Ha a behajózási eljárást nézzük, ez az első pillanatra úgy tünik fel, mint kiegészitője azoknak a rendeleteknek, melyeket az amerikai kormány léptetett életbe a bevándorlást illetőleg. Pedig, ha közelebbről vizsgáljuk, kitünik, hogy a dolog nem igy áll. Mert hiszen az amerikai kormány partraszállást gátló esetei kilencz-tizedrészben nemcsak hogy nem esnek a közegészségügy keretébe, de egészséghábori tást sem okoznak; sőt a trachomát leszámitva és az esetleges kötelező vesztegzárt figyelembe véve, semmiféle fertőző betegség a partaszállásnál nem szolgál gátló okul. A közegészségügyi szolgálat szempontjából az amerikai intézkedések erősen másodrangú kérdések. A behajózási eljárás tulajdonképen nem egyéb, mint az utasok egészségi védelme.

Mert nem közömbös dolog, vajjon kerül e a hajóra fertőző kórhatány, vagy nem? A kivándorlást lebonyolító hajónak egészségügyi viszonyai nagyobbrészt a szerint alakulnak, hogy milyen lelkiismeretességgel bonyolittatott le a behajózási eljárás. Az utasok felületes vizsgálata a legnagyobb kellemetlenségeket idézheti elő, nem is beszélve az esetleges szerencsétlenségről. New-yorki tartózkodásom alatt jutott tudomásomra, hogy a Savoie franczia hajón ötven fedélközi utason állapitott meg florid trachomát az ellis-islandi egészségügyi hatóság. Mit méltóztatnak gondolni, hány embert fertőzhetett meg ez az ötven ember?

Az előadottakból könnyen belátható, hogy az amerikai tiltó szabályok legnagyobb része olyan, a mely a kivándorlók egészségét semmi irányban nem érinti s hogy tulajdonképen politikából soroztattak az egészségi védelem alá, hogy annál nyomatékosabban akadályozhassák meg a bevándorlást. Ez Amerikának tisztán házi törvénye, a melyet mi még csak nem is kritizálhatunk, mert végre is a házigazdának megvan az a joga, hogy csak olyan vendéget fogadjon be, a ki az izlésének megfelel.

Ezekre a külön intézkedésekre nézve előzőleg már kifejtettem nézetemet. Nagyon természetes, hogy ezeket a korlátozó pontokat nekünk is be kellene venni, még pedig azon szabályok közé, melyek az útlevél kiadását gátolják meg.

De ugyancsak fontos és kivánatos dolog volna, ha az egészségügyi védelmet részben már az útlevél kiadása helyén is foganatositanák.

Ha figyelmen kivül hagyjuk a BM. rendelet súlyos betegségben szenvedőit, a kik különben sem szoktak és tudnak utazni, nem marad más hátra, mint a fertőző betegségek. Félreértések elkerülése végett hangsúlyoznom kell újra és ismételten, hogy az amerikai bevándorlási törvény értelmében a trachoma nem mint fertőző betegség, hanem mint apodictikus gátló ok szerepel a partra szállásnál, tehát evidens, hogy az illetőnek még útlevelet sem volna szabad adni. Kétségtelen, hogy heveny fertőző bajjal sem igen kelnek útra az emberek. Ha a behajózásnál mégis akad fertőző beteg, úgy az a betegséget a legnagyobb valószinüséggel már lakóhelyéről hozta magával, vagy a legjobb esetben az úton kapta meg.

Az 50,000/904. sz. BM. rendelet 38. §-ának *c)* pontja intézkedik az iránt, hogy „a kik heveny fertőző betegekkel közvetlen érintkezésben voltak“, a hajóra szállásból kizárandók. Hogy kik voltak ragályos betegekkel érintkezésben, azt a hajóorvos csak akkor tudja megállapitani, s ilyenkor is csak felületesen, ha a megérkezett csoportok valamelyikében véletlenül kiüt a küteges bántalom. Mert azt csak nem veszi tagadásba senki, hogy már a lakóhelyen történt érintkezést nem lehet a behajózásnál megállapitani. Igy történik azután, hogy akárhányszor a hajón tör ki a baj, mint a hogy a Slavonián minden útban meg is történt. Hogy ez milyen kellemetlen ott, a hol rendesen kétszázötven-háromszáz gyermek van összezsufolva, azt annak, a ki csak némileg is ismerős a hajó egészségügyi viszonyaival, nem szükséges bővebben magyaráznom.

A hajón a fertőző bántalom kitörése veszedelmes hogy úgy mondjam az egész kis társadalomra, a melynek zárt területét a hajó korlátjai alkotják, a honnan tehát elfutni, a járványt lehelő levegőt elkerülni nem lehet. De ha nem a hajón, hanem a kikötő felé utazásban, a vasúton tör ki valamely fertőző bántalom, akkor is elég súlyosan nehezedik magára a családra és a kellemetlenségeket viselni kell ártatlanul azoknak is, a kik akaratlanul is a kór rayonjába kerültek. Ezek a kikötői szabályok értelmében részben kórházba internáltatnak, részben megfigyelés alá kerülnek és legalább is tizennégy napig kell vesztegelniök Fiumében, vagyis a legjobb esetben is addig, a míg a legközelebbi hajó megérkezik.

Igy tehát nyilvánvaló, hogy a behajózásnál az utasok egészségi védelmét czélzó intézkedések mindaddig félintézkedések jellegét viselik magukon, a míg ezeket az óvórendszabályokat nem léptetik életbe az útlevelek kiállítási helyein is.

Mennyivel könnyebb és rationálisabb lenne ezeket az intézkedéseket már akkor foganatosítani. Ezeknek a részben partraszállást gátló, tehát politikai, részben behajózást akadályozó pontozatok felvétele a 40,000/904. sz. BM. rendelet 2. §-ába szerény nézetem szerint semmi akadályba nem ütköznék, annál kevésbé, mert mindezeknek hivatalos megállapítása semmi nehézséggel nem jár, mert ezeknek vizsgálatával már a községi elöljáróság is fel van hatalmazva (u. a. rendelet 65. §-a).

Hiszen a kivándorlók legnagyobb százalékát a falvak szolgáltatják. Nem is szólva járványról, ott a helyszinén még a szórványosan előforduló esetekben is könnyebb megállapitani a közvetlen érintkezést, mint a behajózás alkalmával. Semmi fáradságba nem kerülne ez, mert hiszen a falvak kis társadalmában hamar elmegy a fertőző baj híre és arról nemcsak az orvos, hanem a bejelentés után az elöljáróság és az elsőfokú közegészségügyi hatóság is a lehető legrövidebb idő alatt tudomást szerez. Még igy sem volna ugyan teljesen kizárva a fertőző betegségnek eshetősége a hajón, de az esetek száma mindenesetre jelentékenyen csökkenne és a szegény nép is könnyebben viselné el otthon, mint az idegenben, nem is szólva arról az igen könnyen beállható eshetőségről és kétségbeesésről, a mikor azt látja, hogy gyermekét hullámsírba süllyesztik.

Az említett BM. rendelet 2. §-ába tehát felveendők, mint a partraszállást feltétlenül gátló okok a trachoma, a nagy felületen lévő conjunctivitis follicularis és az I. fejezetben felsorolt nem annyira egészségügyi, mint inkább politikai esetek, melyeknek fennállása esetén haszontalan minden lépés. Az egészségi védelem szempontjából pedig ideiglenesen felfüggesztendő volna az útlevelek kiadása az olyan falvakban, a melyekben járvány van, a járvány

tartamára; míg a szórványosan előforduló esetekben, ha szomszédság vagy érintkezés révén gyanu van a közvetlen érintkezésre, arra a tizennégy napra, a melyet a betegség kitörése esetén úgyis Fiumében, vagy a mi még rosszabb, New-Yorkban a fertőző kórházban kellene tölteni.

Az egészségi védelem szempontjából ez volna a helyes intézkedés, annyival is inkább, mert ezeken az állapotokon egy tollvonással lehetne segíteni. És ez azt eredményezné, hogy a fertőző betegségek száma minimumra redukálódnék, és a mi ezzel egy, nem volna olyan nagy a visszautasítottak száma.

Ugyanezek az elvek irányadók a hajószemélyzet megvizsgálásánál is.

Természetes, hogy az egészségi védelemre szorítkozó intézkedések nem érnek véget a behajózás befejeztével. Ez az elv úgyszólván piedestálja azoknak a közegészségügyi szolgálatoknak, melyeknek a hajón mint szigorúan zárt, szük területen érvényre kell jutniok. A fedélköz utasai, rendes körülmények között, tizenhat napot töltenek a tengeren és e tizenhat nap alatt éjjel-nappal a legszorosabb érintkezésben vannak és így könnyen érthető, milyen körültekintéssel, figyelemmel kell alkalmazni az egészségi szabályokat, hogy kellemetlen esetek ne történhessenek.

Ezen a téren körülbelül a legnagyobb szerepet játszsza az elszállásolás kérdése. Ennek kell olyannak lenni, hogy, daczára a szükre szabott helynek és a viszonylag nagy embertömegnek, lehetőleg távoltartson minden olyan befolyást, mely az egészséghaborításra alkalmas lehet.

A kivándorlást teljesítő hajókon a kivándorlók legnagyobb részét a fedélközi utasok alkotják.

Fedélköz! Álljunk meg ennél a szónál egy pillanatra. Nem lévén hajós nemzet, a közönség legnagyobb részének sejtelme sincs arról, hogy mi az a fedélköz. Pedig ez a szó, sajnos, innen-onnan már fogalommá válik. Ha azt mondom, hogy a fedélköz a hajónak az a része, mely az első és második fedélzet alatt van, nem sokat mondottam. A ki nem látta és nem tanulmányozta legalább egy út alatt, annak hiába magyarázom. A fedélköz charakteristikonját nem az elhelyezés, hanem a milieu adja meg. Csodálom, hogy a mi iró embereink nem szánják rá magukat egy amerikai útra csak azért, hogy a fedélközt megismerjék. Más irányban, más viszonyok mellett nem kevésbé érdekes világot nyujt és typusokat szolgáltat, mint a milyeneket Gorkij éjjeli menedékhelyében rajzolt. Ez a ma mi előttünk még ismeretlen világrész egy az ó- és újvilág között lebegő terrenum, melynek levegőjében izzanak a szenvedélyek, jajgat a kétségbeesés, eltorzult arczczal vigyorog a nyomor és pőrére vetközik a becstelenség, s mindezeket lenge, szakadékony fátyollal boritja be a remény derüje. Itt nincs osztályharcz; itt csak typusok vannak. Itt, a nyomorban válnak egyenlővé az emberek és az egyenlő ágy, a közös asztal összetereli őket, mint a vezérürü a szétszórt birkanyájat. A jog, a kötelesség, az élelem, a kényelem, a kellemetlenség egyformán jár ki mindenkinek és senki sem panaszkodik, hogy a másiknak több jutott vagy jut, mint neki. A rongyokba burkolt paraszt, a ki bagózik és a vasalástól fényes utolsó uri ruhájában ficzánkoló faczér pinczér, a ki nagy hangon magyarázza a socialismus egetrengető tételeit; a tisztán, gondosan felöltözött sváb parasztasszony — nagy ritkaság — és a kifestett arczú, felpiperézett utczai leány — mind, mind egyenlő. Egymás mellé sodorja őket a közös élet, a közös asztal, az egymás mellett fekvő ágy és a közös, mindent összeolvasztó nyomor. És a mi a legszomorubb a dologban: ez egy darab Magyarország. Sirt a lelkem, a mikor minden útban 1000—1500 embert láttam betódulni a hajó gyomrába. Fenn az árboczon gúnyosan lengeti a szél a czímeres nemzeti lobogót, de sajnos, a korona mellől hiányzanak az angyalok, a kik őriznék ezt a nyomorult népet. Ne a ministeri szobákban törjék a fejöket a kivándorlás okain és ne a zöld asztal mellett szüljék meg szörnygondolataikat a kivándorlás meggátlására, hanem jöjjenek ide a fedélközbe tanulmányozni a kivándorlás kérdését. Nem kéjutazást kell rendezni protectiós kormánykiküldöttek számára, a kik a hajón a hölgyeknek udvarolnak, szidnak az ételtől kezdve fel- és lefelé mindent; a kik, ha egyszer lemennek a fedélközbe, orrfintorgatva jönnek onnan fel és méltóságos lépteikkel iparkodnak emelni tekintélyöket, hogy az a nyomorult fedélközi utas mint egy félistenre tekint fel reá, eszébe jutván az otthoni főszolgabiró; a kik nagy kegyesen megnézik New-York bolond nagy házait és hazajöve, re bene gesta valami jelentésfélét irnak, a miben semmi sincs, a mit senki sem olvas el. Tessék olyan embereket kiküldeni, a kik komolyan veszik kiküldetésüket, a kik nem gőzzel főzött gulyásról tartanak praelectiókat, hanem a fedélközi utasok, mint legcompetensebbek között iparkodnak megtalálni a folyton-folyvást szaporodó és növekedő kivándorlásnak okait. Ez többet fog érni minden zöld asztal melletti tanácskozásnál, anketnál és kétségbeesettnél kétségbeesettebb törvénynél és ministeri rendeletnél . . .

No de hiszen ezek kiáltó szavak a pusztában.

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Methodik der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen am Krankenbette. Von Dr. **H. P. T. Oerum**, Privatdozent in Kopenhagen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1906.

Az összesen 127 kis oldalra terjedő munka azt a feladatot tüzte ki czélul, hogy megismertesse azon chemiai és mikroskopi vizsgálómódokat, a melyekre a gyakorló orvosnak a betegágynál úgyszólván állandóan szüksége van, s a melyeket minden költségesebb berendezés nélkül maga is végezhet. Ezen feladatát a kis munka nagyon jól oldja meg: egy-két kivétellel helyes gyakorlati érzékkel választotta ki az idetartozó eljárások nagy tömegéből a gyakorló orvos által csakugyan használhatót és ezt olyan módon adja elő, hogy mindenki könnyen megértheti, s az egyes vizsgálatokat az adott útmutatások alapján minden nehézség nélkül elvégezheti. A munka 6 fejezetre oszlik, melyek elseje a vér, másodika a köpet, harmadika a gyomortartalom, negyedike a bélsár, ötödike a vizelet és hatodika a kóros folyadékok (ex- és transsudatumok, cysták tartama, cerebrospinális folyadék stb.) vizsgálatával foglalkozik. A részint a szöveg között, részint külön táblákon adott rajzok kevés kivétellel jól megválogatottak, jól magyarázók.

A. af Forselles: Über die frühzeitige Diagnose und Operation des Empyems des Wartzenfortsatzes bei Otitis media suppurativa acuta. Helsingfors, 1905.

Szerző 112 oldalra terjedő monographiájában az otitis media acuta kiséretében keletkező csecsnyújtványtályog korai felismeréséről és műtevéséről szól. Igaza van, midőn arra mutat, hogy a fülorvoslásban az utóbbi tizenöt év alatt főleg az idült fülgenyedéseknek és következményeiknek gyógyitása köti le a figyelmet és hogy az általa tárgyalt kérdéssel aránylag mostoháu bántak el. Szerinte az eddigi vizsgálómódszerek nem nyujtanak biztos támaszt az empyema diagnosisának felállításához. Miután felsorolta az irodalomból a csecsnyújtványtályog felismerésére és a trepanatio javasolására vonatkozó nézeteket, ezeket szorgos megfigyelésekkel kiegészíti és rátér saját módszerének leirására, a melyet az empyema diagnosisának korai megállapitására használ.

Szerző Körnerrel egyetért abban, hogy tartózkodik minden oly therapeutikus beavatkozástól, a mely a csecsnyújtvány állapotának pontos megfigyelésében zavarólag hatna, mint a milyen a pióczák feltevése, jodtinctura stb. Az empyema felismeréséhez az eddig ismert, nagyobbára bizonytalan tüneteken kivül a secretum genysejtjeinek mennyiségét használja fel. A secretum fajsúlyát meghatározza, a mely egyenes arányban áll a genysejtek számával. A fajsúly meghatározásában Hammerschlag közvetett eljárását alkalmazza.

Saját maga által észlelt eseteiben a tiszta otitis media acutáknál az első héten a secretum középfajsúlya 1034, a csecsnyújtványlobbal szövődötteké 1043, a második héten az előbbieké 1036, az utóbbiaké 1042, a harmadik héten 1037, illetőleg 1042, a negyedik héten 1032, illetőleg 1043. Mint e számokból látható, mastoiditis jelenlevése a secretum fajsúlyát jelentékenyen növeli. Ezen körülményt szerző onnan magyarázza, hogy a csecsnyújt-

ványban az antrum és csecssejtek nyálkahártyájának sarjadzása folytán a genysejtek száma igen megszaporodik. Végeredményben azon nézetének ad kifejezést, hogy ha az acut otitis media tartama alatt a geny fajsúlya 1045 fölé emelkedik, a csecsnyújtvány empyemája gyanítható, ha pedig 1046—1047, vagy még magasabb, akkor az empyema jelenlevése biztos.

A mindennapos tapasztalásból tudjuk, hogy mily előnyös volna teljes határozottsággal felismerni úgy az eseteket, hogy az orvos a trepanatio indicatioját biztossággal felállíthassa. Bizonyára minden fülorvos praxisában előfordult már, hogy a legsúlyosabb subjectiv és objectiv tünetek szólottak a műtevő beavatkozás mellett, de ez a beteg vagy hozzátartozói ellenkezése miatt elmaradt. A legnagyobb szemrehányások érik az orvost, ha az ilyen esetek békés úton meggyógyulnak és a közönség előtt igen alkalmasak az ilyen esetek az orvost discreditálni. Ezért, ha Forselles vizsgálatai megerősítést nyernek, igen értékes diagnostikus adattal lesz gazdagabb a fülgyógyítás. *Falta.*

Uj könyvek. *A. Most*: Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. Berlin, A. Hirschwald. — *H. Boruttau*: Die Elektrizität in der Medizin und Biologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *W. Ebstein*: Charlatanerie und Kurpfuscher im Deutschen Reich. Stut gart, F. Enke. — *B. Hatschek*: Hypothese der organischen Vererbung. Leipzig, W. Engelmann. — *F. Kornfeld*: Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. Wien, F. Deuticke. — *V. Schmieden*: Neuere Anschauungen über das Wesen und die Behandlung der Prostatahypertrophie. Berlin, Simion's Nf. — *P. Delaurcay*: Le monde médical parisien au 18. siècle. Paris, J. Rousset. — *Debove* et *Achard*: Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A rosszindulatú daganatok újfajta gyógyításmódját ismertette *Odier* a párisi „Académie des sciences“ február 19.-én tartott ülésén. Abból indult ki, hogy már sokan kimutatták a daganatok növekedési energiája és glykogentartalma közötti szoros összefüggést. Előadó véleménye szerint gyorsan növő, rosszindulatú daganatokban azért olyan sok a glykogen, mert a vérben a glykolytikus fermentum erősen megkevesbedett. A feladat tehát az volna, hogy ezt a hiányzó glykolytikus fermentumot pótoljuk és erre a czélra pankreas-, máj- és izomkivonat elegyének befecskendezését ajánlja. Fejlődésben levő daganatokkal biró állatokba fecskendezve ezen elegyet, a daganatokban a sejtszaporodás megszünt és a daganatok mintegy egyszerű inactiv idegen testekké váltak. Előadó eddig még csak állatokon kisérletezett, de az elért kedvező eredmények alapján embereken is kipróbálandónak véli az eljárást. (La semaine médicale, 1906. 9. szám.)

Zsíroknak a bélsárban való kimutatására *Hecht* a klinikán és a gyakorlatban is könnyen végezhető eljárást dolgozott ki. A zsírokat kalilúggal való főzés által elszappanosítja, a szappanokat savval elbontja, és az ilyen módon felszabadult zsírsavak mennyiségét térfogatuk leolvasása által határozza meg. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 7. szám.)

A syphilis aetiologiájára vonatkozólag igen érdekes, és talán nagy jelentőségű megfigyelést tett *Mac Lennan*. Spirochaeta pallidát keresve luetikus fekélyekben és bubókban, ezek mellett vagy helyett más organismusokat talált. Apró, kissé vastag, csaknem körbehajlott testü szalagok, vagy más fejlődési stadiumokban megnyultabb, esetleg szélesebb „fejü“ lények voltak elzárva a sejtek között. A különböző fejlettségü alakok egyik végletben a Siegel-féle cytorrhyctes luisnak, másik végletben a Schaudinn-Hoffmann-féle spirochaete pallidának feleltek meg. Mac Lennan szerint e két név egy és ugyanazon parasitának két stadiumát jelöli. (Brit. med. Journ., 1906. február.)

Belorvostan.

Kis mennyiségű fehérje és czukor jelentősége a vizeletben. *R. W. Burnet* megvizsgálva nehéz szigorlatot sikerrel letett fiatal emberek vizeletét, azt tapasztalta, hogy aránylag igen sok esetben (12 közül 1-ben) volt czukor és fehérje a vizeletben. Az esetek legnagyobb részében rövid időn belül normálissá lett a vizelet, de voltak esetek, melyekben az idegen alkatrészek huzamosabban megmaradtak. Ez észlelet indította szerzőt arra, hogy a jelzett themával közelebbről foglalkozzék. Véleménye szerint a vizeletben kis mennyiségben megjelenő czukor és fehérje, ha nem is közös közvetlen oknak, de mindenesetre közös körülményeknek köszöni eredetét. Kimerítő testi munka, gond, aggodalom, szellemi megerőltetés nem ritkán úgy megzavarja az egyén egész szervezetének müködését, hogy valósággal betegséget okoz. E betegségnek szokott egyetlen objectiv tünete lenni a vizelet csekély fehérje- és czukortartalma. Az esetek egy másik csoportjában a köszvényes diathesis az indító ok. A köszvényesek vizeletében gyakran van kis mennyiségü fehérje, s hébe-korba megjelenik a czukor is. Rendezett életmód, szigorú diaeta eltünteti e jelenségeket. A „physiologikus albuminuria“ elnevezés hibás. A fehérjevizelés normális nem lehet. Ha rövid ideig tartó, múlékony, jelentéktelen, ám nevezzük jobb kifejezés hijján functionálisnak, de normálisnak nem mondhatjuk. Csekély albumen, egy-két vesehámsejt, nem jelent még Bright-kórt, de mégis czélszerü, ha a gyanus esetet a legkedvezőbb körülmények közé hozzuk. Pihenés, gondtalan élet, szabályozott diaeta, esetleg tengeri út vagy enyhe klima feltétlenül ajánlható. Életbiztosítás szempontjából a szóban forgó jelenséget mutató egyéneket nem tartja feltétlenül elutasítandóknak, de életük nem is „first rate life“, még akkor sem, ha az albumen teljesen el is tünik a vizeletből. Nem nagy ritkaság, hogy előbb-utóbb mégis csak Bright-kór bontakozik ki. A czukor jelenléte mindig komolyabb jelentőségü, mint a fehérjéé. Fiatal korban a legkisebb czukormennyiség is aggasztó jel; középkorú embernél, különösen köszvényes diathesisnél nem ily veszedelmes, s kellő életmód mellett könnyen eltünik, hogy változott viszonyok között esetleg újra visszatérjen. Ha kis mennyiségü czukor és fehérje egyszere található a vizeletben, rendesen az idegrendszer valamely túlerőltetéséből származó anyagforgalmi zavarral van dolgunk, mely normális viszonyok között hamarosan el szokott múlni. (Brit. med. Journ. 1906. január 20.) *Dalmady* dr.

A g-strophantin *Hochheim* tapasztalatai szerint, a melyeket Unverricht osztályán szerzett, compensatio-zavar eseteiben sokszor nagyon jó hatású. Következőképen rendelhető: Rp. g-strophantini Thoms 0·03—0·06; Syr. aurant. 20·0; Aquae destill. ad 200·0. M. D. S. Naponként 3—6 evőkanálnyit. Némely esetben a gyomor és a bél részéről kellemetlen tünetek (hányás, hasmenés) jelentkeztek. Heveny betegségek kapcsán keletkezett szívgyengeség eseteiben is használt gyermekeknél 2—10 milligrammos napi adagban. Bőr alá fecskendezés alakjában nem használható ezen szer, mert nem csupán helyi, hanem általános kellemetlen tüneteket is okoz, a nélkül, hogy gyógyhatását kifejtené. (Zentralblatt für innere Medizin, 1906. 3. szám.)

Basedow-kór három esetét közli *Stegmann*, melyekben a pajzsmirigy röntgenezése után klinikai értelemben gyógyulás következett be. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

Uraemiában *Croften* szerint a vér és a vizelet húgyanyagtartalma sokszor megkisebbedett, ammoniatartalma megnagyobbodott, a purinbasisok és a húgysav mennyisége aránylag nagyobb, a szénhydrat-tolerantia pedig akárhányszor csökkent. Mindezek arra mutatnak, hogy az uraemiát anyagcserezavar okozza, a melynek keletkezésében a májnak lényeges szerep jut, a veséknek azonban nem kell mindig szerepelniök. Ennek megfelelően nem használ diureticumokat és izzasztást, hanem a heveny szakban vért bocsát, konyhasó oldatot infundál és a májat kiméli (bélantisepsis, koplalás), később pedig cholagog szereket (salicyl, calomel) alkalmaz. (Journal of the Amer. Med. Association, 1906. 1. szám.)

A vastagbél teltségi állapota és ennek jelentősége az enteroptosisra és az obstipatiora. Az enteroptosis pathogenesisében a vastagbél teltségi állapota és ennek okai nem kis szerepet játszanak. Hullákon és laparotomiák közben szerzett tapasztalatok szerint ugyanis legtöbb a bélsár és a bélgáz absolute és relative véve (azaz a bél hosszához viszonyítva) a coecumban és a colon ascendensben; a colon descendens többnyire üres, vagy alig van benne pár gramm bélsár. A colon transversumban absolute véve több a bélsár, mivel ez a leghosszabb része a vastagbélnek, de relative alig fele a coecumban s colon ascendensben talált mennyiségnek. Ennek okát a felszívódási viszonyokban nem

látja *Roith*, ellenben felteszi, hogy a béltartalom tovajutása az egyes vastagbélrészekben nem egyenlő sebességgel megy végbe, mivel a coecumnak és colon ascendensnek muscularisa gyengébb, mint a colon transversumé, s ez viszont a colon descendensnél gyengébb. Ezzel azonban nincs megmagyarázva a jelzett különböző teltségi állapot, tehát az akadályokat is számba kell venni. Akadályul szolgál mindkét flexura coli, főleg a bal, mely hegyes szögű és erősen rögzített (a ligamentum phrenico-colicum által), míg a jobb csak lazán van az alsó vesepolusnál rögzítve. Fontos az is, hogy a flexura coli sin. magasabban is van, mint a jobb, és annak concav oldala rancz alakjában betüremkedik s bizonyos körülmények között szükíti a lument. Feltünő, hogy coloptosisnál épen a colon ascendens és transversum a flexura coli dextrával, tehát a legmegterheltebb darab vesz részt, míg a flexura coli sin. és a colon descendens ritkán változtatja helyét. Absolut gáztartalma pedig legnagyobb lévén a colon transversumnak, ez ha gázzal megtelődik, lefelé ívalakban meggörbül, a mi által a flexurák is hegyes szöget alkotnak és növelik az akadályt, melyhez járul, különösen nőknél, az alsó mellkasi nyilás szük volta (természettől fogva, vagy mesterségesen szükítve), a mi által a flexurák közelednek is egymáshoz. Ha ehhez még a hasfal ellazulása és atrophiája is társul, nem csudálatos, ha a leirt állapot habituális lesz, azaz coloptosis keletkezik. Hogy a coloptosisban a jobb görbület gyakrabban vesz részt, mint a bal, az abból magyarázható, hogy a jobb flexura jobban és tartósabban terhelt, kevésbé jól fixált, mint a bal; ha pedig a colon transversum és ascendens lejebb száll, a ligamentum gastrocolicum útján vongálja a gyomrot, de lejebb húzza a májat és a jobb vesét is. Az enteroptosisra általánosan hajlamosító körülmények, mint a hasfal ellazulása, az alsó thoraxapertura szükülése pl. füzés által és a helyi peritonitisek természetesen szintén jelentőséggel birnak a kórkép előidézésében.

A leirt mechanikus viszonyoknak nagy szerepük van az obstipatio előidézésében is, akár a flexura coli sin. egyszerü éles szögletbetörése által okozott a bélsárpangás, akár obturatiós stenosis képében folyik is az le. Az ilyen mechanikus alapon lassan fejlődő obstipationak klinikai képe változatos, annál is inkább, mert kis pangás is hosszabb idő alatt idült vastagbélgyuladást, atrophiás és hypertrophiás folyamatot idézhet elő, chron. peritonitis keletkezik. Diagnosis tekintetében különösen két pontra támaszkodhatunk: 1. a bal hypochondriumban jelentkező heves fájdalomra, melyet a bélfal megnyúlásából és a másodlagos lobos folyamatokból magyarázhatunk; 2. a hosszabb székszorulás után gyakran látható és ki is kopogtatható puffadtságára a proximális colondarabnak.

A therapia ilyen esetekben megfelelő diaetából, a hasizmok tornáztatásából, massageból áll. Csak olyan esetekben, hol ezekkel czélt nem érünk, s a beteg igen szenved, ajánlatos a colosigmoideostomia, mely a colon descendenst kirekeszti (Payr). (Mediz. Klinik. 1906. 1. és 2. szám.) *Szinnyei* dr.

Sebészet.

A struma gyógyítására vonatkozó véleményét mintegy 600 eseten tett tapasztalatai alapján a következőkben foglalja össze *Hildebrand*. Fiatal egyének folliculáris strumája ellen eredményes lehet a jodkalium- vagy a thyreojodin-kezelés; akárhányszor azonban nem mutatkozik hatás. Felnőtt egyének folliculáris vagy fibrosus strumájának kiirtásával nem szabad sokáig késlekedni, ha a jod rövid idő alatt nem hat; hasonló mondható a több cystát tartalmazó strumákról. Solitaer cysta esetén az enucleatio javalt. Struma vasculosánál megkisérthető a verőerek lekötése, nagyobb meszes csomóknál pedig az enucleatio. E műtétek mind helyi cocain érzéstelenítés mellett végezhetők. A műtétek prognosisa rendkivül kedvező: a halálozás csak $^1/_4$—$^1/_3$ %, a recidivák szerfelett ritkák. A struma-műtétek veszélyeit az utóvérzés és a pneumonia képezi. A laryngeus sérülése többnyire könnyen elkerülhető. A veszélyek általában nagyon csekélyeknek mondhatók, feltéve, hogy nem késlekedünk sokáig a műtéttel; mert ha igen, akkor a szív már annyira szenvedhetett, hogy egy esetleg keletkező pneumoniát nem bír ki. A légutakat szükítő struma minden esetre veszélyesebb, mint a műtét. Rosszindulatú strumáknál csak az exstirpatio jöhet tekintetbe; de ez is csak akkor jár eredménynyel, ha nagyon jókor avatkozunk be, mert a pajzsmirigy daganatai már nagyon korán szoktak betörni a környező gyüjtőerekbe, ezekben daganat-thrombusokat képezve. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 1. füzet.)

Az appendicitis kezeléséről kimerítő tanulmányt közöl *Nordmann*, Körte tanár assistense. A monographia-jellegü dolgozat kiterjeszkedik a vakbélgyuladás kórbonczlanára, kórjelzésére s végül érdekes összeállítást találunk benne a therapeutikus elvekről és az operativ eredményekről.

A) Acut perityphlitis 137 esetét operálták az első 3 napon belül. Ezen esetek 2 csoportba osztandók: 1. körülirt, 2. nem körülirt perityphlitis. Az első csoportba 80, a másodikba 57 eset tartozik.

a) Körülirt féregnyújtványgyuladás 80 esete közül az 1. napon jött 17, a 2. napon 32, a 3. napon 31 eset; az esetek felében már 1 vagy több roham ment előre. A hasfal feszültsége az ileo-coecális tájon megvolt az esetek 85%-ában, 15%-ban általános volt a feszültség. Anatomice az esetek 10%-ában appendicitis simplex, 90%-ában appendicitis destructiva volt jelen oly eloszlással, hogy 50%-ban ulceratiót, 40%-ban empyemát találtak. Az empyema 10%-ban partiális nekrosisra, vagy részleges gangraenára vezetett. Tekintve, hogy *az operatiós lelet a klinikai symptomákkal nem vág egybe, a korai beavatkozás az egyedül helyes eljárás.* Az esetek 90%-ában zavartalan volt a lefolyás, 10%-ában szövődmények (bronchitis, bélsársipoly) támadtak. Az 1—2. napon circumscript perityphlitis esetén az operatio veszély nélküli, a 3. napon végzett radikális beavatkozás mellett is még jó a prognosis, de itt már varrat insufficientia miatt inkább fenyeget a bélsársipoly szövődménye.

b) Peritonitissel szövődött appendicitist az első 3 napon belül 57 esetben operáltak. A peritonitis az appendicitishez az 1. napon 8, a 2. napon 19, a 3. napon 30 esetben csatlakozott. Az esetek 87%-ában a hasfalon diffus erős nyomási érzékenység és feszülés volt; 70%-ban meteorismust találtak. A féregnyújtványon súlyos destructiók voltak, igy az esetek felében perforatio, $^1/_3$-ában gangraena. Zavartalan volt a gyógyulás 29, szövődményes 12 esetben, meghalt 16, még pedig oly eloszlással, hogy az első 2 napon operáltak 18·6%-a, a 3. napon operáltak 36·6%-a halt meg. Minthogy nincs biztos diagnostikai jel, a melyből e destructio speciális anatomiai jellegét, avagy a peritonitis kiterjedését megállapithatnók, arra kell törekednünk, hogy a peritonitis prophylaxisa érdekében minden megtörténjék. A prophylaxis kulcsa a korai műtét.

B) Az intermediaer szakban, vagyis a korai szak és az intervallum közti időben operáltak 2 csoportba osztandók: *a)* körültokolt perityphlitis; *b)* peritonitissel szövődött perityphlitis.

a) Körültokolt perityphlitis esetén a 3. napon túl beavatkoznak, ha magas láz van jelen a 3—5. napon túl is, ha a közérzet ezen időben rosszabbodik, ha a resistentia fokozódik, abscessustünetek fejlődnek ki. Ezen szakban operált 345 esetből meghalt 22, a mi 6% halálozásnak felel meg. A műtéti methodust illetőleg a 3. napon túl az appendix csak akkor távolítandó el az elsődleges műtétkor, ha az könnyen kifejthető, ha a topographiás viszonyok nem szenvedtek nagyobb változást, egyébként csak a tályog megnyitására szorítkozzunk. 269 esetben történt csak tályognyitás 3·3% halálozással, mig elsődleges radikális mütétet az intermediaer szakban 76-szor végeztek 12% halálozással. Továbbá kizárólag tályognyitás mellett az esetek 5%-ában, radikális exstirpatio mellett az esetek 20%-ában keletkezett bélsársipoly.

b) Peritonitissel szövődött appendicitist az intermediaer szakban 154 esetben operáltak 60% halálozással. A hashártyagyuladással szövődött esetek operativ statistikája akkor javul, ha a reménytelen eseteket, melyek collapsusban kerülnek a sebészhez, előbb conservative kezeljük s csak akkor történik beavatkozás, ha a beteg a collapsuson átvergődött. A mütét, ha lehetséges, a féregnyújtvány eltávolításában álljon, ha azonban a betegek általános állapota rossz, úgy elégedjünk meg az incisioval, drainagezsal, tamponade-dal. A 154 eset közül 88 esetben elsődlegesen történt a féregnyújtvány kiirtása 51% halálozással, 66 esetben csak incisiora szorítkoztak, ez esetek közül 73% halt meg. Ebből

azonban nem szabad azon következtetést vonni, hogy az incisio rosszabb operativ eredményt ad, mint a primaer appendicectomia, hanem azért volt nagyobb a halálozás az egyszerű megnyitásnál, mert e betegek oly gyenge állapotban kerültek műtőasztalra, hogy a nagyobb beavatkozás már nem volt végezhető.

c) Chronikus appendicitis miatt 625 esetben történt beavatkozás 1% halálozással. Az esetek 21%-ában 1, 79%-ában több roham ment előre. Az intervallumban való műtét végzésére elve az, hogy *egy* előrement roham után operáljunk, mert recidiva mindig fenyeget, továbbá, hogy az acut roham lezajlása után várjuk be az összes acut lobos tünetek megszünését, a mi rendesen 6 héten belül megtörténik.

Az appendicitis sok részletkérdését kimerítően tárgyalja e dolgozat, mely méltán foglal helyet az ezen tárgyat felölelő munkák legjobbjai közt. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905, 78. k. 1—2. f.)

Az extraperitoneális húgyhólyagsérvekről értekezik *Lücke* assistens *Sonnenburg* tanár osztályáról. A hólyagsérvek lehetnek 1. *intraperitoneálisak*, ha a hólyagnak hashártyával borított részlete esik elő, ez esetben természetesen mindig van peritoneális sérvtömlő jelen; 2. *extraperitoneálisak*, ha a hólyagnak hashártyától nem borított része lép ki, ez esetben hiányzik a peritoneális boríték; 3. *paraperitoneálisak*, ha üres vagy kitöltött sérvtömlő mellett rendesen mediálisan és alul lép ki a hólyag. Mily fontos a hólyagsérvek ismerete, mutatja az a körülmény is, hogy 152 műtett húgyhólyagsérveset közül (*Sjövall* statistikája) 19·7%-ban állott be halálozás; azon esetek, a melyek a hólyag megsértése nélkül operáltattak, 8·7%, a melyek a hólyag egyidejü megsértésével jártak, 26·8% halálozást mutattak. *Lücke* 15 éves férfibetegnél *extraperitoneális crurális húgyhólyagsérvet operált*, a beteg per primam intentionem gyógyult. Az irodalomban ez eseten kivül eddig 4 esetben irtak le hasonló sérvet. Fontos, hogy a műtétnél felismerjük, hogy hólyaggal van dolgunk, mert a hólyag esetleges megsértése a kórlefolyást nagyon kedvezőtlenül befolyásolja. Hogy mennyire kell műtét közben a hólyagra ügyelni, mutatja *Brunner* és *Hermes* statistikája is, a mely szerint 16 extraperitoneális hólyagsérvből 10 esetben sérült meg a hólyag. *Brunner* 126 összegyüjtött húgyhólyagsérvesete közül 81 esetben történt a hólyag sértése 21 halálozással. E 21 halálból 13 a hólyagsértéssel közvetlen összefüggésben állott. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1905. 80. k. 5—6. f.) *Steiner Pál* dr.

Az elsődleges varratról a féregnyúlványlob korai műtevésénél következőleg nyilatkozik *Borelius* (Lund). Minél korábban műtünk, annál inkább zárhatjuk a sebet drainezés nélkül. De tekintetbe kell vennünk a féregnyúlvány anatomiai elváltozásait és a hashártya állapotát. Ha a féregnyúlvány még nem fúródott át és megpukkadása nélkül volt kivehető, a sebet bevarrhatjuk, még ha gangraenás is az appendix és a hasüregben friss izzadmány van. Ha a hashártya izzadmánya savós-rostonyás, még akkor sem kell okvetlenül drain; csak genyes vagy eves izzadmány mellett szükséges a levezetés. Borelius tapasztalatait 108 esetben szerezte, melyeket 1905-ben műtett. (Zentralblatt f. Chir. 1906. 4. szám.) *Gergő.*

Az ujjizületeknek veleszületett ankylosisát észlelte *Aderhold* Hoffa tanár intézetében. A 35 éves férfiúnak mindkét kezén a III—V. ujjnak alap- és középső percze csontosan egybeforradt; a deformitás veleszületett. Az esetnek Röntgen-képét mellékli. Szerző a bántalmat a csira fejlődési zavarára vezeti vissza; analog esetet az irodalomban csak egyet talált. (München. med. Wochenschr. 1906. 3. sz.) *Gergő.*

A csípőizület torzító lobja eseteiben következőleg jár el *Hoffa*. Kezdődő elváltozásoknál tehermentesítő gépezetet rendel, a mellett az izomzat elsorvadását masszálással gátolja meg. Előrehaladottabb esetekben, de főleg olyankor, midőn a fájdalmak semmikép sem szünnek, a deformálódott czombfejecs resectiojával ért el állandó javulást. 2 idevágó eset kórtörténetét mellékli. (Therapie d. Gegenwart. 1906. 1. f.) *Gergő.*

Gyermekgyógyászat.

A stridor inspiratorius congenitus kóroktanával és klinikájával foglalkozik *Ballin*. Ismeretes, hogy e kóralakot különféleképen magyarázzák. Igy *Bruder, Variot* stb. a gége abnormis képződését, alakbeli eltérését veszik fel, mert azt találták, hogy az epiglottis meg van görbülve, úgy hogy egy keskeny vályut képez, s a laza aryepiglottikus redők szorosan egymás mellett feküsznek. Mások nem tagadják ugyan ez alakváltozás jelenlétét, azonban csupán másodlagos jelenségnek tekintik, mint a mely előáll aspiratio következtében az állandó, más októl feltételezett légzési akadályozottság miatt. Ezen elsődleges okot *Thomson* az incoordinált légzésben látja, ellenben *Löri* a glottisgörcsben, míg mások, főleg *Hochsinger*, a légzési akadály okát a thymus-hypertrophia által feltételezett légcső-szükületben keresik. A kérdés eldöntését megnehezíti, hogy csecsemőknél gégetükri vizsgálat nehezen végezhető, s hogy a baj jóindulata miatt bonczoláseredményekkel nem igen rendelkezünk. Öt esettel járul a kérdés tisztázásához *Ballin*. Ezek közül kettő bonczolásra került, s a bonczasztalon a gége leirt rendellenes alakja és kis thymus volt észlelhető. A harmadik esetben a gégetükri vizsgálat mutatta a gége jellegzetes elváltozását, a negyedik és ötödik esetben Röntgen-vizsgálat segélyével sem lehetett megnagyobbodott thymust kimutatni. Szerinte mindezek alapján a thymusnak semmi szerepe sincs a stridor inspiratorius létrehozásában, a mit mutat többek közt az is, hogy hypertrophiás thymusokat találunk olyan gyermekeknél, kiknél stridornak legcsekélyebb foka sincs jelen. A fősúlyt azért a gége abnormis alakjára helyezi. Eldöntetlenül hagyja azonban azon kérdést, hogy a gége e rendellenes alakja elsődlegesen, avagy coordinatio-zavar folytán másodlagosan létrejöttnek tekintendő-e. (Jahrb. für Kinderheilk., 1905. 808. sz.)

Flesch Ármin dr

Túltengett garatmandolákkal biró gyermekeknél vérvizsgálatot végzett *Scheier* s azt találta, hogy a vér haemoglobintartalma csekélyebb, a vörösvérsejtek száma változatlan, a fehérvérsejtek kissé megszaporodtak és sok esetben úgy a nagy, mint a kis lymphocyták megszaporodtak. Bár az eredmények nem teljesen egyöntetüek, mégis felveszi, hogy adenoidos gyermekeknél chlorosis könnyű foka van jelen lymphatikus leukocytosissal. További vizsgálatokkal azt iparkodott kideriteni, vajjon megváltozik-e és miként a vérlelet a garatmandola eltávolítása után nehány hét leforgása alatt. Kiderült, hogy a haemoglobintartalom minden esetben megnövekedett, míg a vörösvérsejtek száma nem igen mutatott változást. A fehérvérsejtek száma majd minden esetben alászállott, a neutrophil leukocyták relative megszaporodtak, míg a lymphocyták relative megkevesbedtek, azaz a vérlelet az egészséges gyermekekének megfelelőhöz közeledett. Ámde a vérlelet e megjavulását azon gyermekeknél tapasztalta, kik a műtét után több hétre szünidei gyermektelepre mentek, s így a vidéki tartózkodásnak is volt erre befolyása. *Scheier* azonban pusztán a megnagyobbodott garatmandola eltávolításának hajlandó e javulást beszámítani, mert ha a garatmandolát a vidékre való távozás előtt nem távolította el, súlygyarapodást az esetek többségében nem tapasztalt. Vérvizsgálatokat ez utóbbi csoportnál nem eszközölt, s bár vita tárgyát nem képezheti ma a megnagyobbodott garatmandola sok irányú káros befolyása, bizonyító értékűeknek e vizsgálatokat nem tekinthetjük. (Zeitschr. für klin. Med. 58. kötet, 336. lap.) *Flesch Ármin* dr.

Meningitis parotitis folyamán a cerebrospinális folyadék lymphocytosisával. Meningeális jelenségek fültőmirigylob kapcsán régen ismertek, de *Monod* volt az első, ki rendszeres lumbalpunctiók alapján a cerebrospinalis folyadékban feltünő lymphocytosist mutatott ki. *Nobécourt* és *Brelet* 12 éves leányt észleltek, kinél a fültőmirigylob 3. napján heves fejfájás, szédülés, gyakori hányás jelentkezett, e mellett retardált és arhythmiás pulsus, mérsékelt tarkómerevség, *Kernig*-tünet és a térdreflexek hiánya volt észlelhető. Lumbalpunctionális víztiszta cerebrospinális folyadék ürült mérsékelt nyomás mellett; mikroskoppal kifejezett lymphocytosis volt észlelhető. A meningeális jelenségek két napi tartam után visszafejlődtek; az újabb lumbalpuntioval nyert folyadék vizsgálata teljesen normális viszonyokat mutatott. Beteg meggyógyult; a további lefolyást középsúlyos hastyphus complikálta. (Bull de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1905. 8. szám.)

Faludi Géza dr.

Húgyszervi betegségek.

Urotropin használata után haematuriát és albuminuriát látott *v. Karwowszki* egy betegnél, a ki húgyhomok ellen naponta 3-szor vett be egy egy 0·50 gm.-os pastillát. Alig két hét multán az erőteljes 38 éves beteg heves fájdalmak közepette zavarosat vizel és a sürü üledékben 0·2% fehérje volt kimutatható. Az urotropin abbahagyásával az összes tünetek elmaradnak, a kúra felvételével ismét jelentkeznek, úgy hogy tejlesen bebizonyosodott az, hogy a kedvezőtlen jelenségek kizárólag az urotropinnak tulajdoníthatók. Szerző az orvosirodalomban 13 ilyen eredetü haematuriára és 2 albuminuriára akadt és azt veszi fel okul, hogy ily esetekben a formaldehyd nem, miként rendesen, a vizeletben, hanem már előbb a vérben válik ki. (Monatschr. f. prakt. Derm. XLII. köt. 1. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Az élősdiek (distoma haematobium Bilharz) által okozott vérvizelésről (haematuria intertropica) igen érdekes részleteket közöl *R. Kutner* tanár egy beteg észlelése kapcsán, a ki Transwaalból került kezelése alá. A 21 éves fiatal ember kórtörténetéből megtudjuk azt, hogy 6—7 éves kora óta, 3—6 hóig terjedő szünetektől eltekintve, állandóan véreset vizel; a kórkép eléggé változatos, a mennyiben hol csak az utolsó cseppekkel jelentkezik vér, máskor már egyes közbeeső vizeletsugarak is erősen festenyesek, majd pedig a vizelet egészben véres. Az acut jellegü vérzések külső körülményektől mindenkor teljesen függetlenek, soha fájdalommal, bármely más kellemetlen közérzettel, avagy testi kimerüléssel nem járnak, legfeljebb hébe-korba hevesebb és gyakoribb vizelési inger kél nyomukban. Az erősen zavaros és alvadékszerü gombolyagoktól sürü vizelet górcsövi képében minden kétséget kizáróan a Bilharz-parasita petéi kerültek észlelés alá, az élősdit magát azonbn sem a centrifugált vizeletben, sem a vérpályában nem lehetett kimutatni. Cystoskoppal — eltéröleg a Leuckart és Ziegler által leirt „csomóktól, a melyek bab nagyságot érhetnek el", „papillosus és polyposus képződményektől" — föként a hólyag oldalfalain és tetőzetén majd sima felületü, majd pedig már szétesésben levő, galambtojásnagyságú valóságos tumorok voltak láthatók. A parasiták a visszérrendszerben élősködve petéiket a végbél, főleg pedig a hólyag körül levő visszérhálózatba rakják le és ezzel az azt környékező szövetet izgatva, abban kezdetben proliferatiót, később már daganatképződést idéznek elő, a mely mint rosszindulatú álképlet belülről kifelé szétesésre és ha a felszinig jutott áttörésre vezethet. A haematuria fokozódása és csökkenése, valamint a szünet igy már érthető, úgyszintén az is, hogy a helyi kezeléstől — minthogy a befecskendezett gyógyszerek az élősdieket el sem érik — eredményt nem várhatunk. Délvidékeken, a hol ezen betegség gyakoribb, a kopaiva-balzsam és a terpentin olaj szerepelnek mint specifikumok; szerző kezdetben a stypticintől némi vérzéscsökkenést észlelt; a később megejtett magas hólyagmetszés ez esetben tartós gyógyulásra nem vezetett. Az infectio létrejöttét a tisztátlan víz ivásának, újabban még inkább a fertőzött vízzel való mosakodásnak tulajdonítják. (Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u Sexualorgane XIII. kötet, 12. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Pneumonia orvoslása creosotallal. *Stackhouse* azt ajánlja, hogy a láz megszünése után még két napon át adjuk a rendes adagot (gyermekeknek 0·25—4·5 grammot naponként, felnőtteknek 8—12 grammot) és azután lassan csökkentsük a beadott mennyiséget. Tapasztalatai szerint a hatás gyermekeknél kifejezettebb, mint felnőtteknél. (Medical review of reviews, 1905. junius 25.)

Dyspepsia flatulenta nagyon makacs esetében kitünő eredménynyel használta *Statham* a gyomor masszálását. A rohamok, a melyek máskor a legkülönfélébb kezelésmódok mellett 1—12 óráig eltartottak, a gyomor erélyes masszálása után 10 percz alatt megszüntek. (The lancet, 1906. február 24.)

Fersannal kiterjedt kisérleteket végzett *Tison* a „Hopital Saint-Joseph"-ben. Eredményei alapján nagyon dicsérően nyilatkozik ezen vastartalmú táplálókészitményről, mint a mely a gyomrot semmiképen sem támadja meg, a bélben pedig rendkivül gyorsan felszivódik. (Bull. offic. de la société médicale des praticiens, 11. évfolyam, 5. szám.)

A pneumin nevü kreosotkészitménynyel, a mely formaldehydnek kreosotra hatásakor keletkezik és sárgás-fehér, kissé aromás szagú, csaknem teljesen iznélküli port alkot, elég jó eredményeket ért el tüdőgümőkór eseteiben *Werner*. Naponként 1·5—2·5 gramm adandó belőle. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 2. füzet.)

Golyva ellen nagyon jó eredménynyel használta *East* a jodkámforoldatot. Tömény alkoholos jodoldathoz annyi kámfort ad, a mennyi ebben oldódik és ezen folyadékkal borogatásokat végeztet. Szerző mintegy 300 esetben használta ezen módszert, melylyel néha rendkivül rövid idő alatt érte el a golyva tartós teljes eltünését. Tapasztalatait Birmában a benszülöttek között szerezte, a kiknek bőre nem nagyon érzékeny; nálunk talán a tömény jodoldat helyett a hivatalos jodtincturával kellene megelégedni. (Ref. La semaine médicale, 1906. 1. szám.)

Idült monoarticuláris izületlobok kezelése jodipin-befecskendezésekkel. *Depage* 6 esetben nagyon kedvező eredményt ért el ezen kezelésmóddal. Gümőkóros csípőizületi lob 2 esete körülbelül két hónap alatt gyógyult meg; a hasonlóképen kedvezően befolyásolt többi 4 eset közül 1 typhus után keletkezett coxalgia, 3 pedig polyarthritis rheumatica után a térdizületben localizálódott lob volt. Valamennyi esetben naponként 10—20 cm³-t fecskendeztek a bőr alá a 10 vagy 25%-os jodipinből. A befecskendezések fájdalmatlanok, nem izgatók, a betegek jól türik, jodismus nem szokott jelentkezni. Csak arra kell ügyelni, hogy a használt készitmény átlátszó sárga színü legyen és ne barnás, mert ez utóbbi szabad jod jelenlétére utal, a mely esetben a befecskendezés fájdalmat okozhat. A befecskendezéskor ügyelni kell arra is, hogy véreret ne sértsünk, mert zsirembolia keletkezhetnék. (Journal médical de Bruxelles, 1905. 15. szám.)

A veronal *Beyer* szerint annyiban részesitendő előnyben más hypnoticumokkal szemben, mert huzamosabb időn át használható az adag fokozása nélkül mindig prompt eredménynyel. 0·5—1·0 grammos adagokban kellemetlen melléktüneteket nem okoz. Hypnotikus hatása mellett kifejezett sedativ hatása is van. (Berliner klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1905. 29. szám.)

Bromipinnel szerzett tapasztalatait a következőkben foglalja össze *Bökelmann*: 1. A bromipin használata javait mindazon esetekben, a melyekben bromsók használata folytán bőrbajok keletkeztek; ez utóbbiak bromipin használata mellett aránylag gyorsan és teljesen megszünnek. 2. Ha a betegek a szájon vagy a végbélen át adást nem türik, a bromipin capsulákban vagy emulsioban adható aqua menthae piperitae-vel. 3. Mint antispasmodicum a bromipin néha még felül is müja a bromsókat. 4. Nagyobb adagok használata esetén depressiós állapotok következhetnek be. Az adagok hirtelen nagyobbitását lehetőleg kerülni kell. (Ärztliche Rundschau, 1905. 27. szám.)

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyülésére.

A M. O. K. Társulat évi közgyülését folyó évi márczius 21.-én délután 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A mult évi közgyülés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. Az igazgató tanács egyharmadának megválasztása az alapszabályok 14. és 15. § a értelmében.
4. Öttagú bizottságnak megválasztása az alapszabályok 25. §-a értelmében.

Midön az igazgató tanács meghagyásából a társulat tisztelt tagjait e közgyülésre meghivni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyülésen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz irásban is beküldhetik. A jelenleg kilépő tagok a következők: Genersich Antal, Grósz Emil, Hegedüs János, Navratil Imre. Vidékiek: Konrád Márk, Petz Lajos, Szabó Dénes, Tóth Imre. A kilépő tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1906. márczius 15.-én. *Koller Gyula* dr. főtitkár.

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 10. szám. *Imrédy Béla*: A gyomorbetegségek korai felismeréséhez. „Szülészet és nőgyógyászat“ melléklet 1. sz. *Bäcker József*: Az endometritis gyógyitása. *Róna Dezső*: A clitoris-rákról. *Dirner Gusztáv*: 1. Jelentés egy császármetszésről. 2. Fibroma cysticum esete. 11. sz. *Királyfi Géza*: Elsődleges tüdősarkoma. „Gégészet“ melléklet 1. sz. *Baumgarten Egmont*: Az alypin az orr-, torok- és gégegyógyászatban. *Donogány Zakariás*: A Vincent-féle anginárol.

Gyógyászat, 1906. 9. szám. *Fischer Ignácz*: Vezet-e a paranoia elbutuláshoz? *Rotter Henrik*: Foetus papyraceus és graviditas tubaria rupta operált esete 10. sz. *Strössner Ödön*: Vizsgálatok a nyers lysoform fertőtlenitő hatásáról. *Balázs Ernő*: A tabes dorsalis hydrotherapiája. *Auszterveil László*: Elmeállapot meghatározása halál után a periratokból.

Orvosok lapja, 1906. 10. szám. *Barabás József*: Érdekesebb purpura-esetek. 11. sz. *Herzfeld L. Lajos*: A légzőszervek inhalatiós therapiája.

Vegyes hirek.

Rovás. (Folytatás.) 9. *A helytelen szórend* egyik legközönségesebb hibája orvosi czikkeink magyarságának. Néha a kéziratnak jóformán minden mondatában hibás a szavak elhelyezése. A szórendnek a magyarban annyi csinja-binja van, hogy törvényeit elméletileg megtanulni szinte lehetetlen; az ember a fülében kell hogy érezze, mint valami melódiát, a szavak helyes sorrendjét. A ki nem az anyatejjel szívta magába a magyar nyelvet s a kinek ezért talán nincs meg ez a hallása, olvastassa át a czikkét közlés előtt olyannal, a kinek a helyes magyar nyelvérzékében megbizik.

10. *Visszaélés az idegen szavakkal.* Még a 60-as és 70-es években szinte szentségtörésnek vélték orvosaink, ha csak egy idegen szót is használtak czikkeikben. Ezt a teljes magyarságot persze csak azzal tudták kierőszakolni, hogy nyakra-főre gyártották a czifrábbnál czifrább és félszegebbnél félszegebb magyar műszavakat. Ma már nem félünk annyira az idegen szavaktól és úgy vélekedünk, hogy a mire nincs jó magyar szavunk, azt bátran nevezhetjük latin vagy görög nevén, sőt jobb is, ha ezt a nevét használjuk valami „magyar“ csodaszülött helyett. Ámde újabban a másik szélsőség kezd lábra kapni. Némelyek a legközönségesebb dolgokra is, a mikre régi, jó, széltiben használt magyar szavunk van, következetesen a tudákos latin szót használják, igy pl. állandóan uterust, urethrát, mamma-carcinomát, recidivát, infectiót, reconvalescentiát, peritoneumot, resorptiót irnak méh, húgycső, emlőrák, kiújulás, fertőzés, lábadozás, hashártya, felszivódás helyett. Mire való ez? Ragaszkodjunk ahhoz az elvhez, hogy a mire jó magyar szavunk van, azt mindig a magyar nevén nevezzük.

11. *Virchow és Traube kimutatták.* . . . Hibás! A magyar nyelvszokás, akárhány alany van is, ha ezek külön-külön egyes számúak, az állitmányt inkább egyes számba teszi. Tehát: Virchow és Traube *kimutatta*. Csak ha van az alanyok közt egy többes számú, használunk többes számú állitmányt.

12. *Az összetett szavakat egy szóba irjuk*, kötőjellel vagy a nélkül, s ne kettőbe. Ez a legközönségesebb helyesirási hibája a müvelt embernek. Ne irjunk Röntgen sugarakat, hanem vagy Röntgensugarakat, vagy Röntgen-sugarakat.

13. A kórtörténetekben nem ritka az *ugrándozás a jelen időről a multra s viszont.* Lépten-nyomon olvashatunk ilyent hogy: A beteg hirtelen összeesik s két óra mulva meghalt. Használjuk legalább egy-egy kikezdésben következetesen vagy a mult időt, vagy a gyakran elevenebb, drámaibb hatású praesens historicumot.

14. Az ujjak végei *szederjesekké* lettek. A „szederjesekké“-ben a többes szám helytelen. „Valamilyenné vagy valamivé lenni“-ben a két szó úgyszólván egységgé olvadt össze, melyben csak a „lenni“ igét szabad conjugálni. Akárhány emberről van szó, a magyar mindig csak azt mondja: lóvá tették őket, s nem lovakká.

15. Szemek *nyitvák*. A nyelvújitás óta élnek ezzel a mesterkélt többes számú alakkal, a melyre semmi szükség sincs. A szemek nyitottak vagy nyitva vannak: mindkettő egyaránt helyes. (Folytatjuk.)

Árkövy József dr. nyilvános rendkivüli tanári czimmel és jelleggel felruházott budapesti tudomány-egyetemi magántanárt a király a fogászat rendkivüli tanárává nevezte ki.

Friedrich Vilmos dr. egyetemi magántanárnak, a budapesti kerületi munkás-betegsegélyző pénztár főorvosának ő Felsége a királyi tanácsosi czimet adományozta.

Kinevezés. Csanádmegye tiszti főorvosává *Hoffer Lipót* dr.-t, a kolozsvári járás orvosává pedig *Kolosváry Sándor* dr.-t nevezték ki.

Választás. *Budai Mór* dr.-t tiszaszentimrei községi orvossá, *Hertskó Adolf* dr.-t kápolnai, *Becsági János* dr.-t szemlaki, *Pap Zsigmond* dr.-t zsibói és *Guytmann Gyula* dr.-t felsőstubnyai körorvossá választották.

Egyetemi alkalmazások. Egyetemi intézethez megválasztattak: A II. sz. belklinikához: Zittel József dr. és ifj. Szinnyei József dr. díjazott gyakornokoknak (meghosszabbitás); a börkórtani intézethez: Apaticzky Sándor dr. és Kelemen Géza dr. dijtalan gyakornokoknak (meghosszabbitás); az elmekórtani klinikához: Hudovernig Károly dr. első és Reuter Kamillo dr. második tanársegédnek (meghosszabbitás); az ált. kór- és gyógytani intézethez: Marikovszky György dr. első tanársegédnek (meghosszabbitás); az élet- és kórvegytani intézethez: Hári Pál dr. tanársegédnek (meghosszabbitás). 600 koronás állami ösztöndijra az orvosi tanártestület a következőket ajánlotta első helyen: Bródy Sándor, Garai Lajos és Uram József.

Az országos halotthamvasztó egyesület e hó 13.-án tartotta alakuló közgyülését, a melyen elfogadták az alapszabály-tervezetet és megválasztották a tisztikart Elnök lett *Kétly Károly*, alelnök pedig többek között *Kovách Aladár*, *Liebermann Leo*, *Schwarz Arthur*, *Tauffer Vilmos* és *Tauszk Ferencz*.

A genfi lakásügyi congressuson Magyarországot képviselő bizottságot a napokban alakitották meg. A bizottság elnöke *Hosvay Lajos*, jegyzője *Schuschny Henrik* és *Schodits Lajos*. A pártoló bizottság tagjai *Hieronymi Károly*, *Müller Kálmán*, *Hauszmann Alajos*, *Bókay Árpád*, *Liebermann Leo* és *Heuffel Adolf*.

A 85 éves keresetképtelen collega részére az utóbbi időben érkezett adományok (Kollarits Jenő 10 K., Székesfővárosi jobbparti orvostársaság 20 K., Hütl Hümér 20 K., Áldor Lajos 20 K., N. N. 24 K., összesen 94 K.) a segélyzendőnek időközben bekövetkezett elhalálozása miatt már nem voltak kézbesithetők, miért is azokat az adományozóknak még a mult héten utalványnyal visszaküldöttük. A előbb befolyt adományokat (Grósz Emil, Lenhossék Mihály, Müller Kálmán, Novotny Lajos, Róna Sámuel, Navratil Imre, Korányi Sándor, Jendrássik Ernő egyenként 20 K., Temesváry Rezső, Huray István, Bársony János, Bókay János, Petőfi-kiadóvállalat egyenként 10 K., Donath Gyula 6 K., Halász Andor, Deutsch Ernő egyenként 5 K., P. R. 2 K.) összesen 228 K. értékben még mult év deczember 14.-én juttattuk el a szenvedésétől azóta megszabadult kartársnak, a ki hálás szavakkal mondott akkoriban köszönetet a nemesszivü adakozóknak. Fogadják részünkről is mindazok, kik egyszerü felszólitásunkra hozzájárultak a nemes czélhoz: egy hosszú, küzdelmes élet utolsó napjainak tűrhetőbbé tevéséhez, hálás köszönetünket.

A specialista orvosok qualificatioja. Az Orvosi Hetilap ez évi 4. számában azon beadványt közli, melyet az országos orvos-szövetség igazgató tanácsához a specialista czim használatának tárgyában benyujtottak. A kétségtelenül fontos kérdés megvitatásának nem akarok elébe vágni, de a beadvány két tévedésére már most reá mutatok, nehogy ezen alapon induljon meg a tárgyalás.

Az egyik tévedés az, hogy a németországi orvosi akademiák specialisták számára *képesitő* iskolákul szolgálnak. A már megnyilt kölni orvosi akademia statutumait e folyóirat 1904. évfolyamában részletesen ismertettem, ebből kiderül, hogy az alapszabályok a következő feladatokat tüzik ki: 1. a kötelező kórházi gyakorlati év eltöltésére alkalmat nyujt, 2. az orvosi tudományok speciális szakmáiban való kiképzést eszközli, 3. ismétlő tanfolyamokat tart gyakorló orvosok számára, 4. a betegápolásban képzést nyujt, 5. samaritanus cursusokat tart, 6. a gyakorlati orvostant tudományos irányban müveli. „A specialista orvosok képzése az által történik, hogy egyes orvosok több évi assistensi szolgálatot teljesitnek a megfelelő osztályokon“ — tehát úgy, mint bármely klinikán vagy rendszeresitett osztályon. A gyakorlatban az akademia első sorban az orvosok továbbképzését szolgálja ismétlő tanfolyamok útján s e mellett alkalmat ad speciális képzésre, de *nem* képesitésre.

Sőt a porosz kormány a képviselőházban egyenesen kijelentette, hogy specialista diplomák létesitését *nem* tervezik. De nagyon tévesnek tartom azon javaslatot is, hogy a tisztiorvosi vizsgálatokhoz hasonló képesitő vizsgálatokat szervezzenek. Ez intézkedés czélszerűtlen lenne, mert nem nyujthat kellő garantiát. Épen olyan eredménytelen azon mód, melyet Althoff ajánlott, hogy t. i. a kamarák sanálják a visszaéléseket. E folyóirat jubileumi számában közölt székfoglalómban csak nem rég fejtettem ki, hogy „az egyedüli mód, melylyel e kérdést szabályozni lehet, abban áll, hogy a specialista czim használatát a megfelelő klinikai vagy rendszeresitett kórházi osztályon töltött időhöz kötjük.“ Ezen megoldást tartom most is czélra vezetőnek, legfeljebb az lehet vita tárgya, hogy *mennyi* legyen a megkivánt idő. *Grósz Emil.*

Tiszteletbeli megyei főorvossá a belügyminister egy legújabb rendelete szerint tisztiorvosi minősitéssel biró községi vagy körorvos nem nevezhető ki. Ez ugyanis a járási orvosnak van alávetve, mint tisztelotbeli megyei főorvos pedig a megyei főorvos helyettesitésével bizatván meg, oly helyzetbe kerülhetne, hogy feljebbvalójának, a járásorvosnak föléje helyeztetnék, a mi a közszolgálat érdekében meg nem engedhető ellentétekre vezetne.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletébe mint új tagok beléptek, felvétettek és folyó évre tagsági dijat fizettek: Áldori Mór Esztergom, Auszterweil László Arad, Ardai Károly Szabadszállás, Abt Alfréd Nákófalva, Bernhardt János Baja, Balogh Benő M.-Bánhegyes, Bácskai Béla Arad, Berényi Gyula Esztergom, Bródi Sándor Tiszaszill, Balogh Dezső Budapest, Deési Pál Hidalmás, Donáth József Kabold, Déri Henrik Ó-Moravácz, Ernyei János Nyiregyháza, Erdős János Inaszó, Farkas Elemér Budapest, Friedler Ernő Bazin, Freund Ignácz Tolna, Gebhardt Ferencz Budapest, Grósz Samu Berettyó-Újfalu, Gerzselyi Arthur Arad-Mácsa, Grünwald Elek Tevel, Hunyady János Budapest, Huszár Gyula Esztergom, Hübner Viktor Cseszte-Pozsony, Ittzés Zsigmond Szill, Istók Barnabás Földeák, Klein Jakab S.-Alja-Újhely; Kádár Gyula S.-Alja-Ujhely, Kain Sándor Szeged, Kugler Károly Pozsony, Kerekes Pál Lakócsa, Kálmán Ignácz Somlyó, Kuszing János Nagy-Becskerek, Laky Árpád Budapest, Lugossi István Bábolnapuszta, Lévai Dezső Dunaföldvár, Löwinger Miksa Arad, Molnár Hugó Sárospatak, Márton Imre Letenye, Matolcsi Kálmán Földes, Nikolay István Szarvas, Neumann Miksa Szombathely, Neuwirth Nándor Pőstyén, Nagy Imre Gyula, Papp Ernő Kolozsvár, Pécsváradi József Deés, Popper Sándor Tiszahegyes, Rózsa Imre Budapest, Raisz Gedeon Budapest, Rosenfeld Bernát Munkács, Spányi Géza Diószeg, Stern Adolf Krompach, Stahovszky

Antal Kotterbach, Sarlai Vilmos Borostyánkő, Serédi Jenő Miskolcz, Sembei Géza N.-Károly, Sauder Zsigmond Budapest, Steiner Károly Albert Budapest, Steinhardt Albert Privigye, Steller Ferencz Gomba, Schröder Gyula Győr, Schlesinger Samu Ulma, Szirtes Alajos Budapest, Szana Sándor Temesvár, Szerémy Gyula Budapest, Székely Miklós Tiszalucz, Szász Géza Budapest, id. Telegdi Zsigmond Boglár, Török Arthur Hunyad-Kristyór, Taub Ferencz Budafok, Ulmann Antal Kaposvár, Völgyi Elemér Csúz, Vándor Ödön Esztergom, Varga Samu Nagy-Bajom, Villányi Béla Budapest, Wagner György Budapest, Weisz Jakab Nagy-Atád, Weiszfeld Béla Kúnhegyes, Zappe Ede Versecz.

Alapitványt fizettek: Tegze Lajos uradalmi orvos Gödöllő 100 kor., Genersich Antal egyet. tanár 20 kor., Albecker Károly Duna-Vecse 100 kor., Gömöri Elek Losoncz 20 kor., Imrédy Béla egy. tanár 100 kor., VII. ker. orvostársaság 25 kor., Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár 100 kor. Soproni O. O. Sz. fiókja 50 kor.

Tagdijat fizettek: Hofbauer Miklós, Krömer Béla, Czukor Lajos, Martinovszky János, Brauner Samu, Udránszky László, Steiner József, Kétly László, Hochstein Mór, Rudos Gerő, Lukács Imre, Chudovszky Móricz, Lőwy Zsigmond, König Henrik, Dabasi Ödön, Kozma Jenő, Molnár Elek, Kaczvinszky János. Rajz Miksa, Schwarcz Sándor, Filkór Lajos, Molnár Hugó, Moskovicz Ignácz, Cserháti Mór, Trajtler István, Klein E., Bargar Adalbert, Engel Gábor, Maros József, Gál Adolf, Kiss Gyula, Gyenes Antal, Glück Soma, Székely Mór, Schulmeister Márton, Strelinger Samu, Spatz Adolf, Lovrich József, Bella József, Zemplényi Dávid, Jendrássik Ernő, Balogh Jenő, Aaron Sándor, Haas Jakab, Feles Adolf, Engel Ignácz, Mayer Árpád, Papp Gábor, Tauffer Jenő, Balogh Benő, Vincze Jenő, Somosi Lajos, Klein Jakab, Halász Lajos, Soltész (Singer) József, Stauber Hugó, Lányi Géza, Dömötör József, Lenkei Vilmos, Juba Adolf, Diamant László, Stern Mór, Kircz Mór, Bothár Samu, Friedlender Simon, Kanarik Jakab, Anisfeld Endre, Burger Simon, Szommer Antal, Haftl Dezső, Kroustein Vilmos, Frommer Ignácz, Khor Dezső, Schwalb Ármin, Grünwald Adolf, Székács Béla, Urbanetz Ede, Hugel József, Weisz Bernát, Kóczián Géza, Berkes Sándor, László Samu, Deutsch Ernő, Koreitz József, Vizi Henrik, Hasenberg Károly, Décsi Mór, Misner Antal, Nádai Lipót, Jászi Ferencz, Vakovics Gyula, Schmideg Zsigmond, Sági Samu, Földi Adolf, Halle Henrik, Gottlieb Ede 4—4 kor. Engel Imre, Jekel László, Unger Mátyás, Halász István, Fischer Samu, Triebesz Alajos, Csáky Károly, Dembitz Sándor 8—8 kor. Kokas Lajos 16 kor. Kap J. E. 10 kor. Rihmer Béla 10 kor. Szuderovics Ferencz 2 kor. adomány. Budapest, 1906. február 12.-én *Katona József* dr. pénztáros, Ferencz-körút 18. szám.

Elhunyt: *Brück Gyula* dr. Arad városi kerületi orvos e hó 9.-én 52 éves korában. — *Zalár István* dr., Bács-Bodrogmegye tiszteletbeli főorvosa e hó 9.-én Bácsborsodon. — *Fries József* dr. szabadkai orvost e hó 12.-én temettek el szülővárosában Kolozsvárott. — *John S. Ely* dr., a belorvostan tanára New-Havenben. — *E. H. Gregory* dr., sebésztanár Washingtonban. — *A. Rogmann*, szemésztanár Gentben 54 éves korában. — *W. Krylow*, a kórbonczolástan tanára Charkowban, 65 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Tschermak* dr. hallei magántanárt a bécsi állatorvosi főiskolán az élettan rendes tanárává nevezték ki. — *A. Cesaris-Demel* dr. a kórbonczolástan rendes tanára lett Pisában.

A heidelbergi rákintézetet jövő szeptember közepén nyitják meg. Az intézet — melynek czélja a rák okának és gyógyitásának a tanulmányozása — egészen közadakozásból létesült; e czélra 680 ezer márka gyült egybe, mely összegből 105 ezer márkát tartalék-alapként tesznek félre. Két különálló épületből áll a betegek s a laboratoriumok részére. Az előbbi egyelőre 45 ágyra lesz berendezve; a laboratoriumok szövettani, chemiai és kisérleti osztályból állanak. Az intézet az egyetem orvoskarához van csatolva s a közoktatásügyi minister fennhatósága alá tartozik. Igazgatóját ötévenként választja az orvoskari tanártestület s a minister erősiti meg. Az el-ő öt évre az intézet vezetője Czerny tanár, az intézet kezdeményezője és megalapitója lett.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán február havában a szülések száma 129-et tett; volt pedig 61 először szülő és 68 többször szülő. A született magzatok száma 132; ezek közül élő 123, halott 7, macerált 2; érett 110, kora 13, éretlen 9; fiú 66, leány 63, kérdéses nemű 3; törvényes 50, törvénytelen 82. A nőbetegek száma 100 volt, közülük 1 halt meg.

Lapunk mult évi folyamából néhány teljes példány még rendelkezésre áll és fél áron (10 koronáért) megrendelhető a kiadóhivatalban. A főlap terjedelme (hirdetések nélkül) 946 oldal, a mellékleteké pedig mintegy 1500 oldal. Hasonló feltételek mellett lapunk 1904. évi folyama is még kapható.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 7. hetében (1906. február 11.-től február 17.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom**. Az 1906-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 433 gyermek, elhalt 322 egyén, a születések tehát 147-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 7·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 12, apoplexia cerebri 13, convulsiones 9, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 13, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 0, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 10, pneumonia 21, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 65, emphysema pulm. 5, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 1, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 3, alii morbi hepatis 5, alii m. org. dig. 1, nephritis 5, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 21, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 2, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 7, scarlatina 4, pertussis 2, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 5, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3764 beteg, szaporodás 929, csökkenés 830, maradt e hét végén 3802 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 198 (159), vörheny 23 (34), álh. gége- és roncsoló toroklob 27 (20), hökhurut 31 (25), gyermekágyi láz 3 (1), hasi hagyváz 5 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 32 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 2 (0), járv fültőmirigylob 14 (3), trachoma 7 (12), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

La punk mai számához a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég „Pegnin“ czimü prospectusa van mellékelve.

A Hell-féle gyógykészitmények egy része (syrupus colae compositus, honthin, anthrasol-szappanok) nálunk is már nagy elterjedésnek örvend. Készitményei terjedésének elősegitésére a czég újabban összeállittatta mindazon adatokat, melyekre a gyakorló orvosnak a készitmények használatakor szüksége lehet, kiegészitve azokat a rájuk vonatkozó irodalmi közlésekkel. A mintegy 500 oldalra terjedő, nagyon átnézhetően összeállitott munkát *(W. Meitner* dr.*: Therapeutische Notizen über pharmazeutisch-chemische Produkte und Präparate der Firma G. Hell und Comp. in Troppau)* a czég szivesen bocsátja az érdeklődők rendelkezésére.

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

Vízgyógyintézet a **„Fasor“** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban,** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. 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. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesitő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

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

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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősitő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: **Tablettae Lecithini Richter** 0·05 és 0·025 gr. lecithintartalommal. **Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter** (Lecithines csukamájolaj). **Lactolecithin Richter** (Lecithines tejczukor-por) **Lécithine granulée Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril lecithinolaj injektiókra). **Richter Gedeon** „Sas“-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró betegek részére is). **Ujonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51) Csúz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület (IX. rendes tud. ülés 1906. márczius hó 10.-én.) 388. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (VII. rendes ülés 1905. október 19.-én.) 389. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (I. rendes ülés 1906. január 13.-án.) 390. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1905. deczember 9.-én tartott szakülés.) 391. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tud. ülés 1906. évi márczius hó 10.-én.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Mann Mór, Pesthy István és Schwartz József tagtársakat.

Bejelenti elnök az egyesület könyvtára részére beérkezett könyveket (a Szepesmegyei Orvosegyesülettől, Sugártól), melyek köszönettel vétetnek.

Jelenti elnök, hogy Baranyai Vilmos tagtárs 34 éves korában elhunyt. Az egyesület részvétét jegyzőkönyvileg fejezi ki.

Stenosis arteriae pulmonalis.

Mann Mór: 17 éves leány, szülei egészségesek. 11 testvére közül egy agyhártyalobban, kettő pedig congenitális szivbajban halt el; utóbbiak közül egyik 14 napos korában, a másik 12 éves korában, mindkét esetben veleszületett cyanosis volt észlelhető. A bemutatott betegnél is congenitális cyanosis található. Havi baját 14 éves korában kapta meg, mely azóta mindig pontosan s rendes mennyiségben jelentkezik. Az arcz bőre, az ajkak, száj és garat nyálkahártyája cyanotikus, ugyanilyenek a körmök is. A jól fejlett mellkas bal felén a szivtájon surranás nem tapintható. A szivtompulat a 4. bordától a 6. borda alsó széléig terjed, harántirányban pedig a bimbóvonalban az 5—6. borda közt hallgatódzás segélyével megállapított szivcsúcslökés helyétől a sternumnak nem egészen a középvonaláig terjed az absolut tompulat. Röntgen-átvilágitás segélyével a szív árnyképe semmi rendellenességet nem mutat, csupán azt, hogy a jobb szív árnyképe majdnem a szegycsont jobb széléig terjed. A szivcsúcs felett tompa systolikus és diastolikus hangot lehet hallani, zörej nincs. A tricuspidal billentyűk felett a hangok szintén tiszták, de ezeket egy zörej fedi, mely zörej a bal parasternális vonalban felfelé haladó irányban hallgatódzván mindinkább erősbödik, musikális jelleget ölt és punctum maximumát a bal 2. bordaközben éri el. Ez utóbbi helyen, a zörej végén, ettől olykor részben fedetten egy tiszta hang hallható. A zörej haránt irányban haladva s stethoskoppal hallgatva a jobb szegyszélig, bal felé pedig a bal bimbóvonalig követhető, de ezen pontokon elenyészik. Az aorta hangjai tiszták, kellően ékeltek. Pulsus perczenként 84—120 között változik. Légzés felületes, szapora, perczenként 24—36 között.

Ezen tünetek alapján veleszületett szivbajt kell felvennünk, minthogy azen tüneteket veleszületett cyanosis kiséri, s a beteg már gyermekkorától kezdve is nehézlégzésben, fuladás- és szivdobogásban szenved. A pulmonalis első hangja helyett zörejt hallunk, mig második hangja tiszta, jeléül annak, hogy a pulmonalis billentyűi épek. A ductus arteriosus Botalli s a foramen ovale nyitva maradása valószinűséggel kizárható, s igy az arteria pulmonalis stenosisának tünetei dominálnak; azonban tekintve, hogy ez utóbbi bántalom önállóan nem szokott jelentkezni, csak többnyire más fejlődési rendellenességgel kombinálva, s igy főképen a septum ventriculorum defectusával, azért ezen utóbbi jelenlétét is lehetségesnek kell tartanunk. Támogatja ezen felvételt a jobb gyomrocsnak aránylag csekély hypertrophiája, mely daczára a bántalom 17 évi fennállásának, csak az utóbbi hetekben fejlődött, s mely hypertrophia csak azért nem fejlődhetett nagyobbá, mert a jobb gyomrocs systole alkalmával nem volt kénytelen egész vértartalmát a szűkült arteria pulmonalison áthajtani, hanem egy része a septum ventriculorum defectusán át a bal gyomrocsba jutott, s ezen körülmény miatt a jobb gyomrocs munkája lényegesen megkönnyebbittetett.

A gyomor zsírhasító képességéről.

Pesthy István: A gyomorban történő zsirhasadás felfedezője 1858-ban Marcet volt. Hogy ez a chemiai folyamat enzym-hatás eredménye, azt 1901-ben Volhard, majd Stade mutatták ki, a midőn körvonalazták ez enzyma physiologiai sajátosságait is. A steapsin hatása kimutatható úgy a gyomorban, valamint a gyomornedvvel végzett kisérletekben in vitro is. A pepsin-sósav együttműködése akadályozza a steapsin érvényre jutását az által, hogy tönkreteszi az emulsiót vagy megakadályozza az emulsio képződését. Innét van, hogy hyperchlorhydriánál aránylag oly csekély a zsirhasitás és a chlorhydriánál oly nagy. A fermentum nem a dnodenumból regurgitáló bennékből származik, mert Pawlow-fistulás gyomor nedve is ad zsirhasító fermentumot. A fermentumot a gyomor fundus-része produkálja, s a nyálkahártyából glycerinnel jól kivonható. A ferment-hatás continuens, legnagyobb az első két órában, s ezután fokozatosan csökken. A lehasított zsirsav mennyisége arányos a felhasznált zsir mennyiségével. Követi a Schütz Borissov-féle törvényt: ugyanazon idő alatt az emésztési productumok arányosak a fermentmennyiségek négyzetgyökeivel. Hasonlóan ugyanazon fermentmennyiség mellett az emésztési productumok arányosak az idők négyzetgyökeivel. Analogiát tüntet fel a Huppert-Schütz-féle pepsin-emésztési törvénynyel, hogy a secundaer albumosék arányosak az albumin mennyiségével, a pepsin-, a sósavconcentratio és az idő négyzetgyökével.

A zsirhasitás pathologikus körülményeire vonatkozólag még alig vannak adataink. Ezen ismereteink bővitésére szolgál 100 vizsgált esetem eredménye. A kisérleteket próbareggeli után nyert gyomornedvvel végeztem, melyet előbb pontosan közömbösitve ugyanolyan mennyiségű tojássárgával hoztam össze egy órán át thermostatban, azután aether-alkohollal a lehasadt zsirsavakat kiráztam, filtráltam. 43 normális chemismusú gyomornál a zsírhasitás maximuma 67·4%, minimuma 10%, mely határokon belül az értékek a pepsin-sósav viszonyaitól teljesen függetlenül váltakoznak. 38 hyperchlorhydriás esetben hasonlóan minden consonantia nélkül történik a változás 57% és 13·6% között. 12 achlorhydriás esetben az értékek 12·5% és 72·9% között mozognak. Carcinoma ventriculi esetem 7 volt, hol a zsírhasitás csak 1·7—7·7% közötti váltakozást mutat. Míg tehát a normális gyomornedvek, s a hyper- és a chlorhydriás gyomornedvek pontos közömbösítés után 36·6%, 35%, illetőleg 34% középértékkel semmi megkülönböztetésre jogot nem adnak, a zsírhasító képesség tekintetében annál kevésbé, mert az értékek tág határok között folynak át egymásba; annál feltünőbb, hogy carcinomásoknak aránylag oly minimalis a zsír-hasító képességük, a mi egyszersmind fontos bizonyiték a mellett, hogy a gyomorbeli zsirhasitás nem erjedéses eredetű, mert akkor épen carcinománál kellene a legmagasabb értékeket feltüntetnie.

Áldor Lajos: A gyomorbeli zsíremésztés kérdésével pár év előtt magam is kisérletileg foglalkoztam. E vizsgálatokat a Vollhard és Stade által ajánlott módszerrel végeztem, azzal a berendezéssel, hogy a diagnostikus czélból Ewald-Boas-féle próbareggeli után kivett gyomornedvet különböző emulsiókkal hoztam össze és Vollhard Stade módszere szerint meghatároztam az illető gyomornedvek ferment-egységeit. Vizsgálati eredményeimet a következőkben foglalhatom össze;

1. A ferment-egységek minden egyes esetben különbözők voltak. 2. A különbségek az egyes eredményekben még egyugyanazon esetben is oly jelentékenyek voltak, hogy ezen körülmény magyarázatára a gyomor-chemismus egyéb factorainak a viselkedésében felvilágositást nem tudtam találni. 3. Egy bizonyos, általános viszonyt megállapitani az aciditás, a sósav- és pepsin-elválasztás között egyrészt, a zsírhasitóferment viselkedésében másrészt, megállapitanom nem sikerült.

Ugy hogy kisérleteimből csupán annak a ténynek egyszerű megállapitására éreztem magam feljogositva, hogy a gyomornedvvel összehozott különböző emulsiókból szabad zsirsav kisebb-nagyobb mértékben lehasad. Semmiféle messzebbmenő következtetések levonására ezen kisérletek nem jogositanak fel. Én a kisérletek további folytatásától el is állottam, mert lehetetlennek tartom, hogy ha a gyomorban egy zsírhasító ferment valóban létezik, ez a gyomor chemismusának egyéb factoraitól teljesen függetlenül érvényesülhessen. A vizsgálati adatok közötti nagy különbség bennem azt a benyomást keltette, hogy az ezen kisérleteknél létrejövő zsirhasitás nem annyira fermenthatás, mint bakterium-működés eredménye.

A gyomorbeli zsíremésztés kérdésére a régebbi vizsgálók, Marcet, C. Caset, Ogata stb. positiv értelemben válaszoltak. Es épen Klug Nándor volt az, a ki az előbbiekkel ellentétben igen körültekintő vizsgálatai alapján a gyomorbeli zsíremésztést határozottan tagadta. Klug vizsgálatait megerősitette mások mellett Bunge is. A kérdést újabban Vollhard és Stade vetették fel, kisérleteik alapján a gyomornedvben egy zsírhasító ferment létezését határozottan felveszik. A tisztelt előadó figyelmét úgy látszik teljesen kikerülték azok az igen beható vizsgálatok, melyek e kérdésben Kunkel vezetése alatt az ő intézetében általa és Inonye által végeztettek, s a melyek merő ellentétben Vollhard és Stadeval, valamint az előadóval is, kétségkivülivé teszik, hogy a gyomornedvnek és a fundusmirigyek glycerin-kivonatának zsírbontó hatása nincs. Inonye ezen kisérletei klassikus megerősitését szolgáltatják Klug Nándor régi álláspontjának és engem is megerősitenek a kisérleteimből nyert azon benyomásomban, hogy ha a gyomorban zsirhasitás egyáltalán létrejön, ez igen minimális fokú és egyáltalában nem fermentativ természetű, hanem tisztán bakteriumhatás eredménye.

Pesthy István röviden utal előadásának végső passusára, hogy t. i. miért nem lesz nagyobb a carcinomás gyomor nedvében az erjedés, mikor abban a bakteriumok száma a legnagyobb, és miért ott leggyengébb a zsírhasitás?

Reliefszerű és plastikus X-sugaras képek.

Alexander Béla (lev. tag, Késmárk): Az X-sugaras képek, melyek a csontokat feltüntetik, nem képesek azokat, akármily tüzetesen és detaillirozva mutatják is a csontszövet szerkezetét, mint testeket szemünk elé vezetni. A jó képeken, és csak ilyenekről lehet szó, jelenlevő plastikanyomok csak az által jönnek létre, hogy a hosszú csontok képein az oldalsó részeknek megfelelőleg a vékonyabb-vastagabb tömör corticalis vastagságának megfelelőleg rajzoltatik (éli kép), mig a csontkép hosszközepének és diaphysisének megfelelőleg a szivacsos csontszövetszerkezet rajzolódik; de utóbbinak teljes képét nem kaphatjuk meg,

mivel az X-sugarak ezen helynek megfelelőleg kétszer hatolják keresztül a corticalist, egész vastagságában lapra találva azt. (Lap-kép.)

Nyilvánvaló, hogy ezen kétszeres átsugárzása a corticalisnak akadályt gördít az X-sugarak útjába és ezen körülmény szintén le fog rajzoltatni az érzékeny lemezre sötétebb árnyalatképen, melyet a szivacsos csontállomány nyer, akármily éles legyen annak képe. A csontvégek plastikája csak az által lesz visszaadva, hogy éles képeken a kiemelkedések és dudorok, esetleg inhüvelyárkok vagy az izületi felületek szélei konturok alakjában vannak jelen, nem éles képeken homályos árnyvonalak alakjában.

Igaz, hogy az éles képeken, a hol az említett körvonalak rajzoltatnak, ezen vonalak mellett látunk néha gyöngéd (sötétebb árnyalatok a kopián, világosabb árnyalatok a lemezen) szélesebb árnyalatokat, melyek a kiemelkedések, tehát a csonttömeg vastag részletei által vannak feltételezve, melyek mint nagyobb akadályok nem engedik annyira az érzékeny lemeznek az X-sugarak által történt vegybontását, mint a vékonyabb csontrészletek, de mindazonáltal nem olyan ezen plastikanyomok jelenléte, hogy helyes magyarázatot nyujtson, ellenkezőleg az összehalmozott, különféle irányban haladó rövidebb-hosszabb körvonalak zavarnak és csak a csont felületének tökéletes ismerése adja meg a magyarázatát a konturok hollétének és ezen lelet mindig feltételezi a csontkép összehasonlítását csontvázrészletekkel.

Azért kell helyeselni azon törekvést, mely a külföldön nyilvánul, t. i. az ép test sorozatos átvilágitását, ábrázolását X-sugaras képeken, hogy ezen képek magyarázatából kiindulva, helyesen birálhassuk meg a nem rendszeres átvilágításból származó képeken látottakat.

Magától értetődik, hogy mindezen nehézségek enyhülnek, mindezen körülmények megváltoznak oly képek látása alkalmával, melyek a csontokat valóságukban, azaz mint testeket tüntetik fel és a melyekre nézve a különben is helytelen „árnykép“ elnevezés elesik.

Előadó ezután az X-sugaras képek történetét ecseteli röviden s a mindig tökéletesebb képek létrejöttét. Ama kisebb, de mindenesetre tekintetbe veendő, a gyakorlat által nyujtott előnyök felsorolásába nem bocsátkozhatik, mert azok említése nem ide való és csakis az X-sugarak szertárába tartoznak; hanem áttér oly kopiák bemutatására, oly képek magyarázatára, melyeken a lágyrészletek és csontok közötti viszony mint relief tünik fel, a melyek a csontokat teljes plastikában tüntetik fel, de egyszersmind a lágyrészeknek oly detaillirozottságát nyujtják, melynek következtében a bőrt, kötőszövetet, zsirszövetet, izmot és ligamentumot egymástól meg lehet különböztetni.

Első képnek bemutatja egy csecsemő alsó végtagját. A képen az X-sugár rajzképességét lehet tanulmányozni, a fényérzékeny réteg vegybontásának első kezdetétől a plastika teljes kifejlődéséig, a lágyrészletek és a bőrránczok tökéletes és helyes kirajzolásától a csontoknak mint testeknek feltüntetéséig. A képen a hosszú csontok, úgy mint a szivacsos csontosodások szövetszerkezetük mellett tökéletes plastikát mutatnak. A rajzolás leggyöngédebb alapozása ép úgy jelen van, mint a tökéletesen befejezett éles részletezés.

A második kép a kéz lágyrészeinek és csontjainak teljes reliefképét mutatja; a kép nem kifejlödött kézcsontvázat mutat, melyen még a kis carpális csontosodások is teljes reliefet mutatnak. Azután koponyaalapot mutat be előadó, mely a legtüzetesebb plastica mellett minden részletét adja a fejlödő koponyaalapnak, de a mellett teljes szövetszerkezetét is. Áttér előadó azután oly kéz-képek bemutatására, melyek lágy szövetébe idegen testek (lövési sebzések) jutottak; ezen testek plasticáját is mutatja a kopia és fel lehet ismerni az idegen test fekvését a csontokhoz viszonyitva.

Tovább haladva áttér előadó a könyök-, majd a vállizület és mellkas plastikus képére, végül a térd és a láb X-sugaras képének oly kopiáit mutatja be, a melyek összegezve mindent visszaadnak, úgy a lágyrészek detaillirozását, mint a csontplasticát, de a mellett a csontszövetszerkezet teljes kirajzolását a legkisebb részletekig, teljes tüzetességgel még a csont belsejében levő gerendezet plasticáját is.

Befejezve előadását, előadó ö-szefoglalva az X-sugarakkal eddigelé elért sikereket, teljesen bebizonyultnak látja a „Röntgen-tudomány“ létezését. Az X-sugarakat ne tekintsük segédeszköznek, minthogy jogosultságuk az önálló kutatásra és buvárkodásra minden kételyen felül áll.

Moravcsik E. Emil: Nem mulaszthatom el az alkalmat, hogy örömömnek kifejezést adjak a felett, hogy épen hazánkfia érte el a Röntgen-búvárlat terén a legszebb és legértékesebb eredményeket úgy a technikai, mint a tudományos téren. Ennek bizonyitéka a számos fotografia és az a siker, melyet előadó Berlinben elért, nemkülönben egy külföldi tekintélynek, Albers-Schönbergnek czikke a berlini Röntgen-congressusról, melyben egyebek között igy ir: „In der medizinischen und anatomischen Weltliteratur existiert nicht ein einziges entwicklungsgeschichtliches Werk, welches sich an Genauigkeit und Exaktheit mit dem Alexander'schen vergleichen könnte. Es wäre sehr zu wünschen, dass sich staatlicherseits die Mittel fänden, die Publikation des gesammten Werkes zu ermöglichen.“

Egyúttal kérdem, hogy talált-e előadó úr módot arra nézve, hogy a finom szövetek átvilágitása is ily módon lehetővé váljék, hogy esetleges kóros elváltozások is felismerhetők lennének. Azért kérdem ezt, mert közöltetett eset, melyben agybeli daganatot és pachymeningitist Röntgen segélyével felismertek. Én a rajzon nem láttam semmi feltünőt.

Hutyra Ferencz: Mindnyájan csodáltuk e gyönyörű Röntgenképeket. Nemcsak magunk, de a külföld is elismeri a képek nagy jelentőségét és pedig a legilletékesebb szakemberek. E képeket pedig előadó a legnehezebb viszonyok között, orvosi gyakorlat közben hozta létre. Mennyivel szebb eredményeket volna képes elérni, ha nem volna kötve a mindennapi élet gondjai által és az orvosi, de különösen a magyar orvosi tudománynak nagy dicsőséget szerezne előadó, ha nyugodtan és korlátozás nélkül szentelhetné magát e vizsgálatoknak. Ezért proponálom, hogy a mai ülés kérje fel az igazgató tanácsot, hogy a budapesti kir. Orvosegyesület ragadja meg az initiativát arra, hogy érintkezésbe lépve az orvosi fakultással, tétessék lehetővé, hogy előadó e téren fejthessen ki munkásságot és valósitsa meg a terveket, melyekről itt beszélt.

Bókay Árpád: Nagy örömmel fogadom Hutyra inditványát és az igazgató tanácsban a legelső szószólója leszek, mert egyike voltam a legelsőknek, kik előadó legelső képeit látták és munkásságát legelejétől fogva ismerem. Nagyon örvendek, hogy nem vesztette el kedvét a munkától, melylyel gyönyörű dolgokat produkált.

Alexander Béla: Köszönetet mondok Moravcsik, Hutyra és Bókay uraknak hozzászólalásukért. Örülök rajta, mert megvalósulni látom azon szándékomat, hogy az X-sugarak ne tekintessenek segédeszköznek, hanem olyan önálló buvárlati módszernek, mint akár a mikroskop, akár a bonczkés. Mert a hol az egyik vagy másik nem tüntethet fel minden viszonyt, ott az X-sugár nem roncsolja a szöveteket és rajzol. Ennek nagy jövője van és bizonyára a lágy szöveteket is élesebben fogja megkülönböztetni, a mint legutolsó bemutatott képemen a láb lágy részei pontosan elkülönithetők egymástól. Ennek a vizsgálatnak még csak az elején vagyunk. Tévedés könnyen lehetséges. Láttam képet, melyen hypophysis-daganat volt diagnostizálva, láttam a képet és mikor megvizsgáltam, bevallották, hogy a klinikai tünetek alapján csinálták a diagnosist. Csontos pachymeningitis diagnostizálása lehetséges. Láttam esetet, melyben Röntgen-sugárral vesekövet diagnostizáltak. Meg is operálták, de vesekő nem volt.

Ujból köszönetet mondok barátaimnak és mindazoknak, kik támogattak, első sorban Genersich tanárnak. A praeparatumokat bizalommal átengedték, pedig nem is tudták, kinek adják. Ez a kezdet és a biztató szép szavak kárpótolnak, hogy ennyit áldoztam az ügynek.

Elnök felkéri Hutyrát, hogy inditványát irásban is adja be. A maga részéről és az egyesület nevében köszönetet mond előadónak, hogy nagyjelentőségű tanulmányát és felfedezéseit legelőször az Orvosegyesületben publikálta.

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VII. rendes ülés 1905. október 19.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Donogány Zakariás.**

(Vége.)

Rhino-laryngoscleroma esete.

Lipscher Sándor: H. Gy., 37 éves, nős, kovács, született Nagykörösön, Pestmegyében. 1905. január 21.-én jött először az osztályra, midőn is az orr egész terjedelmében meg volt nagyobbodva, porczkemény, az orrbemenetek egyenetlenek, kifekélyesedettek. Jellegző erős bűz. A próbakimetszéssel eltávolitott darabka vizsgálata a klinikai diagnosist — rhino-scleroma — megerősitette.

Miután sebészi eljárásra az eset nem volt alkalmas, Röntgenkezelést alkalmaztak, mire tetemes javulás következett be, a mivel a beteg megelégedett és a kórházat elhagyta.

Szeptember 13.-án újra jelentkezett légzési nehézségek miatt, melyek oly gyorsan fokozódtak, hogy tracheotomiát kellett végezni.

A valódi és álhangszalagok beszűrődöttek, a hangrés telve sűrű, kemény, bűzös pörkökkel, melyeknek eltávolitása után látható, hogy a trachea is sűrű váladékkal kitöltött. A beteg naponta sok bűzös, kemény, a trachea alakját mutató pörköt köhög fel.

Jelenleg a hangrés teljesen átjárható és bedugott canule mellett egész napon át jól légzik, úgy hogy intubatio nem szükséges. A légzés biztositása és naponként sós vizgőz belégzése tehát ezen esetben elég jó eredményre vezetett.

Kétoldali homloküreg-empyema lueses alapon.

Tóvölgyi Elemér: Az 50 éves nőbeteg 23 év előtt szerzett luest, a melyet csak nagyon hiányosan kezeltek. Három év előtt már igen elhanyagolt orrluest állapitottak meg nála. Ez év szeptember havában azzal a panaszszal jelentkezett, hogy nagyon sok hig geny folyik orrából. Vizsgálatkor nagymennyiségű száraz váladék mutatkozott mindkét hiatus semilunaris tájéka körül, a melynek eltávolitása után a bal hiatus felső részéből rendkivül bőven ürült bűzös geny. Jobboldalt a geny nem távozhatott el nagy mennyiségben, mert a kitágult bulla ethmoidalis és a táltengett középső kagyló a geny útját részben elzárta. A bal oldalon a canalis naso-frontalis kutaszolása rendkivül könnyen sikerült; a csatorna tág volta miatt kikaparása is könnyen volt végezhető. Másnap a jobboldali középső kagyló mellső részét a tágult bulla ethmoidalissal együtt eltávolitotta, mire a canalis naso-frontalis kutaszolása és kikaparása ezen az oldalon is sikerült. Erős orrfúváskor a homlok bőre az orrgyök felett megduzzad s ezen duzzanatra nyomást gyakorolva, az orrból nagyobb mennyiségű geny ürül; ilyenkor az orr-

gyök felett szerczegés is érezhető. Érdekes, hogy a Highmor-üreg teljesen ép A therapiának előadó véleménye szerint jelenleg csak az üregek kimosásából, a nyálkahártyának a tágított csatornákon át óvatos edzéséből és antisepticumos porok beszívásából szabad állania; gyökeres műtét a csontos falak nagymérvű megbetegedése miatt agybeli szövődményeket vonhatna maga után. Életveszélyes tünetek jelentkezése esetén azonban mégis csak műtétre kellene magunkat határozni.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. rendes ülés 1906. január 13.-án.)

Elnök: Előbb **Haberern J. Pál**, később **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Winternitz M. Arnold.**

Adatok az echinococcus kórtanához és kórtünettanához.

Dollinger Gyula: Ismeretes, hogy ha az echinococcustömlő a májkapuban levő nagy ereket eléri, azokat nem mindig nyomja félre, hanem néha falzatukat elpusztítja és ha ekkor tartalmát beleönti a vivőér űrterébe, akkor a beteg az echinococcus-folyadék mérgező hatása alatt hirtelen meghal. Egy ilyen esetet észlelt még kórbonczlani tanársegéd korában, a melyet akkor közzé is tett. Ebben az apró fióktömlők az arteria pulmonalist kitöltötték és ez okozta a beteg hirtelen halálát. Ha az echinococcus ennyire megközelítette a nagy vivőerek valamelyikét és a beteget még a vivőér átfúrása előtt megoperáljuk, akkor könnyen megtörténhet, hogy a vivőér, a melynek fala nagyon megvékonyodott, az anyatömlő leválasztásakor vagy esetleg a műtétet követő manipulatiók alkalmával sérül meg, a mi halálos vérzést okozhat. Azonkivül a tömlő zsugorodási időszakában, az utókezelés alatt, a mi többnyire szükségessé teszi, hogy a tömlőt sokáig nyitva tartsuk és bekötözzük, könnyen fertőzés jöhet létre, a mely a vivőérnek a tömlő üregével közvetlenül érintkező megvékonyodott falán keresztülhatolva, a vivőérben fertőzött thrombus képződéséhez vezet, ez pedig genyvérűséget okoz. Ez történt meg a klinika egyik betegén, a kinél az echinococcustömlő műtéte után epefolyás keletkezett, miért is a tömlőt hosszabb időn keresztül ki kellett tamponálni. A tömlő valamiképen be lett fertőzve és a fertőzés átterjedt a vena cavára. A beteg genyvérűségben halt meg.

Ismeretesek azon súlyos tünetek, a melyek egyszer-másszor az echinococcus-tömlő próbapunctioját követik és a melyekre belgyógyászati klinikáink az orvosokat figyelmeztették, óva őket attól, hogy echinococcusnál punctiót végezzenek, hacsak ezt azonnal nem követheti a műtét. E tünetek természetesen akkor is bekövetkeznek, ha a tömlő önként megpukkad és mérges tartalmából egy kisebb részt beleönt a mellüregbe vagy a hasüregbe. Csak mostanában volt a klinikán egy férfibeteg, a kinek májechinococcusa a műtét előtt már két izben megrepedt munkaközben, a mit mindenkor ájulás és hosszabb súlyos betegség követett. Azon urticariák, a melyek némely echinococcusbeteg kórtörténetében szerepelnek, szintén annak a következményei. A kisebb mennyiségű echinococcus-folyadék mérgező hatásának egyik kórjele a hőemelkedés és ez a meglévő májdaganat mellett diagnostikus nehézségeket okozhat. Egy ilyen esetet volt alkalmunk Korányi tanárral észlelni. A beteg, a kit ezennel bemutatok, 26 éves férfiú. Három év óta vannak fájdalmai a máj tájékán, másfél év óta pedig daganata, melyhez most a jobb vállába kisugárzó erős fájdalmak csatlakoztak. Az összes kórjelek a mellett szólnak, hogy májechinococcussal van dolgunk, azonban szeptember hó második felétől kezdve a betegnek egyszer-máskor csekély borzongásai voltak, a melyeket 37·6—38·7-ig menő esteli hőemelkedés és szaporább érverés követett. Azonkivül a jobb mellüreg alsó részében dörzszörejek voltak hallhatók. Október 14—24-ig a beteg esteli hőmérséklete 38·6—39·2 között változott, a mi a mellett látszott szólani, hogy az echinococcustömlő elgenyedt.

Ekkor a beteget műtét végett áthelyezték hozzánk és mi azonnal megoperáltuk. A tömlő magasan a rekesz alatt feküdt és azért a 8—10. bordaporcz resectiojával nyitottam hozzá a mellüreg megnyitása nélkül utat. A máj felülete lazán oda volt nőve a rekesz alsó felületéhez és a tömlő mélyen feküdt a máj szövetében. Helyének pontos megállapítása végett vékonytűjű fecskendővel próbapunctiót végeztem, mire a tömlő tartalma olyan erővel nyomult szívás nélkül a fecskendőbe, hogy annak dugattyúját visszanyomta, jeléül annak a nagy nyomásnak, a mely alatt a folyadék a tömlőben állott. Ez a folyadék egészen víztiszta volt. Az anyatömlőt könnyen el lehetett távolítani és az azonnal megejtett vizsgálat kimutatta, hogy második tömlő, a melynek elgenyedése a lázat megmagyarázná, nincsen jelen. Ezt igazolta a további lefolyás is. Ebben az esetben tehát a borzongásokat és a magas lázakat nem genyedés okozta, hanem az, hogy a tömlő mérges tartalma vagy a máj szövetén keresztültörve kicsiny mennyiségekben bejutott a mellüregbe és a hasüregbe és innen felszívódva okozta a hőemelkedéseket, a szapora érverést és a borzongásokat, vagy pedig talán közvetlenül jutott a méreg a vérkeringésbe. Az előbbeni feltevés a valószinübb. E mellett szól a lefolyás alatt észlelt és a jobb mellüreg alsó részleteire szorítkozó mellhártyagyuladás, a mely a tüdő alsó lebenyét a rekesz domborúságához tapasztotta. Ennek folyományaként a tömlőnek a rekeszszel összenőtt felső fala a belégzésnél a mellüregfelé emelkedett.

A rekesz homorulatához odanőtt echinococcustömlők megnyitása a mellüreg megnyitása nélkül.

Dollinger Gyula: Ha az echinococcustömlő a máj domborúságán fekszik és a rekesz homorulatához odanőve nincsen, akkor az ismeretes Landau-féle fogással, a máj előrebuktatásával sikerül annak felső felületét az alsó bordaszéllel párhuzamosan vitt metszésbe hozni és itt megnyitni. Ha ellenben a máj a rekeszhez oda van nőve, akkor vagy a mellüregen keresztül férkőzhetünk a tömlőhöz, vagy pedig a bordaporczok resectiojával. A két út közül az egyszerübb és kiméletesebb ez utóbbi, a melyet Lannelongue ajánlott először és tudtommal én végeztem legelsőnek 1894-ben. Azóta hat esetben folyamodtam ezen eljáráshoz és szerzett tapasztalataim alapján ajánlhatom. A mellhártya a 7. bordaporcznak laterális végéből csak mintegy 15 millimeternyi darabjára terjed át, míg a többi, 10—12 cm. hosszú darabját a mellüreg megnyitása nélkül is el lehet távolítani. A 8. bordaporcz laterális végéből a mellhártya csak mintegy 7 millimeternyi részt foglal el, míg a 9. és 10. bordaporczot egészen el lehet távolítani a nélkül, hogy a mellüreg megnyitásától tartani kellene, mivel e bordaporczok mögött mellüreg nincs. Ezen bordaporczok resectiojával a máj domborúságának egy jelentékeny részét szabaddá lehet tenni és igy sokkal kisebb lesz azon esetek száma, a melyekben az echinococcustömlő megnyitása végett kénytelenek vagyunk a transpleurális úthoz folyamodni. Büdinger az említett bordaporczokat csak az egyik végükön metszette át és azokat a lágyrészekkel összefüggésben hagyva, ajtószerűleg visszahajlította, a műtét befejezése után pedig a lágyrészekből és porczokból álló lebenyt ismét visszahajtotta a helyére; de minthogy egyrészt ezen porczok végleges eltávolítása semmi lényegesebb functionális zavart nem okoz, másrészt pedig, mivel a műtéteknél a máj domborúságához vezető utat többnyire hónapokig nyitva kell tartani, helyesebbnek vélem, hogy a periodikus chondroplastikus resectio helyett végleges resectiót végezünk. A betegnél, a kit ezennel bemutatok, a műtét mult év október 24.-én történt, jelenleg még mintegy 6 centimeter mély és mintegy 2 köbcentimetert befogadó üreg van az eltávolított tömlő helyén.

Winternitz M. Arnold: Dollinger tanár ismertette azon eljárást, melylyel a máj domborulatát, illetve a rekeszkupolát meg lehet közelíteni elülről a mell megnyitása nélkül. Lehetnek azonban nagyon hátul székelő echinococcus-esetek, midőn azoknak hátulról való megközelítése lehet javalva, azonban leggyakrabban subphrenikus tályogok szolgáltatnak alkalmat a hátulról való behatolásra, mikor is kétszeresen indokolt, hogy azokat a mellüreg megnyitása nélkül tárjuk fel, mert az ezen betegség által amúgy is legyöngült betegeknél a mellüreg megnyitása és infectioja révén keletkező pleuritis a kórállapotot felettébb súlyosbitja, ezt tehát feltétlenül el kell kerülni. Három esetben nyitott meg appendicitis után keletkezett subphrenikus tályogokat transthorakális úton. Egy esetben kénytelen volt a pleurát megnyitni, ezen betege a complikálódott pleuritis folytán meghalt. Az utolsót ezelőtt néhány héttel operálta. Ez esetben meg appendicitisroham után újból jelentkezett lázak kiséretében májtáji fájdalmak jelentkeztek. Néhány nap mulva a máj felső széle felett az elülső hónalji és scapuláris vonalak között egy felfelé convex tompulat kezdett mutatkozni, mely néhány nap alatt a scapula csúcsáig emelkedett. Punctiora a 7. bordaközön át büzös geny. Kórisme: subphrenikus tályog. Hogy a tályoghoz úgy a mellüreg, mint a hasüreg megnyitása nélkül hozzá lehessen férni, úgy járt el, hogy a 8. bordát subperiostaliter 10 cm. hosszban resekálta, bemetszette a borda belső periost rétegét és azt a pleuráról lefejtette. A vékony pleurán át jól lehetett látni a rekeszkúp és a tüdő mozgásait és azt, hogy a sinus phrenico-costalisban összenövések még nincsenek. Most a borda mentén lefelé haladva felkereste a rekeszizom eredési helyét és annak mentén befelé haladva, róla lemetszette a pleurát és felfelé tolta azt. Ily módon könnyen sikerült a tályogig eljutni és azt úgy a pleurális, mint a peritoneális üreg megnyitása nélkül feltárni. Szerinte subphrenikus tályogokat, még ha azok hátul ülnek is, mindig a mellüreg megnyitása nélkül kell igyekeznünk feltárni.

Mediastinális echinococcus.

Dollinger Gyula: A mediastinális echinococcustömlők olyan ritkák, hogy érdemesnek tartom a következő eset közlését. A mult év november havában egy 45 éves férfibeteg kereste fel a klinikát azzal a panaszszal, hogy az a daganata, a melyet nyaka mellső oldalán négy esztendő előtt vett először észre, utóbb gyorsan nő és most már fuladozási tüneteket okoz. Substernális golyvatömlőre gondoltunk, a melybe talán utóbb vérzés történt. A daganatot harántnyakmetszéssel szabaddá tettem és ekkor kitünt, hogy a daganatot egy férfiökölmekkoraságú echinococcustömlő képezi, a mely a sternum alatt fekszik, a légcsövet összenyomja és a melyről a tömlő kihuzása után kiderült, hogy az aorta ívén az arteria anonyma és a bal carotis communis között helyezkedett el. A beteg légzése azonnal rendesssé vált. A lefolyás zavartalan volt.

Leukaemia és leukaemiás carbunculus gyógykezelése Röntgen-fénynyel.

Dollinger Gyula: 65 éves magasrangú katonatiszt mult év április havában azzal a panaszszal keresett fel, hogy 1904. év szeptember hava óta, a mikor hasa bal felét megütötte, azon a helyen majdnem állandóan fájdalmakat érez, a mellett pedig folyton gyengül és súlyban is erősen megfogyott, jelenleg pedig hasában daganatja van. A vizsgálat kimutatta, hogy a beteg lépe erősen meg van na-

gyobbodva, hogy alsó polusa a csipőtányérbaér és hogy a beteg olyan gyenge, hogy egy emelet magasságnyira a lépcsőn menni is igen nehezére esik. A vérvizsgálat fehérvérűséget állapított meg. Röntgen-fénynyel való gyógykezelést ajánlottam, a melyet a klinikán Zimmermann tanársegéd alkalmazott. E mellett a fehérvértestecsek száma gyorsan apadt és ezzel lépést tartva a beteg ereje gyorsan emelkedett, úgy hogy a nyár folyamán teljesen jól érezte magát, kitünően nézett ki és megszokott régi testmozgásaira ismét elég erősnek érzi magát. A vérvizsgálatot Engel és Gergő dr.-ok végezték. A Röntgen-fénynyel való bevilágitás április hó végével vette kezdetét. Május hó 13.-án a fehérvérsejtek száma 189,000, május 21.-én 119,000, junius hó 26.-án 39,000. Ekkor beteg hosszabb pausát tartott, a mely idő alatt ismét gyengülni kezdett, fehérvérsejtjei pedig ismét 156,400-ra szaporodtak, de újabb röntgenezésre ismét 85,000-re mentek le. Mindeddig összesen mintegy 60-szor röntgeneztük.

A gyógykezelés kezdetekor azonkivül a betegnek a mellkasa jobb felén az emlőbimbója mellett egy furunculusa támadt, a mely csakhamar 2, majd 3 férfiökölnyire nőtt meg és a betegnek kiállhatatlan fájdalmakat okozott. A carbunculustömeget bemetszéssel kezeltük; javulása lépést tartott a fehérvérsejtek fogyásával. A mikor a beteg fehérvérsejtjei a nyári pihenése alatt ismét megszaporodtak, ismét kapott a mellkasán egy nagy carbunculust, a mely az újabban megkezdett röntgenezés mellett ismét meggyógyult.

Orrképlés olasz módszer szerint.

Dollinger Gyula: Az orrképléshez szükséges bőrt vagy a defectus szomszédságából, vagy pedig az olasz módszer szerint a beteg valamely más testrészéről, többnyire a karjáról veszszük. Az előbbeni eljárás a betegre nézve sokkal kényelmesebb, és minthogy a legtöbb esetben czélt tudunk érni a nélkül, hogy ez által az arczon feltünő hegek keletkeznének, többnyire ezt az utat választjuk. Az olasz módszernek azonban mégis jó hasznát vehetjük akkor, ha a pótlandó defectusok igen nagyok. Igy pl. a félév folyamán a klinikának egy esetében, a melyben az arcznak majdnem az egész jobb felét elfoglaló naevust kellett eltávolitanunk, a bőrt a defectus pótlására a beteg karjáról vettük. Ezenkivül különösen az orr hegyének pótlására alkalmas ez a módszer. A bemutatott betegnek másfél hónappal a klinikára való felvétele előtt úgy harapták le az orrhegyét, hogy a bal orrszárnyból 2 cm., a jobból egy fél cm. hiányzott. A pótláshoz szükséges bőrt a beteg bal előkarjáról vettük, a mely két hétig volt a beteg orrához odavarrva, a mely idő elteltével a szükséges bőrrész az orr hegyével jól összeforrott, onnan táplálkozott, úgy hogy azt bátran le lehetett választani. Az orrlikaknak megfelelőleg a lebeny széleit mindenhol beszegtem. A műtét jól sikerült, az alaki eredmény tökéletes.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. deczember 9.-én tartott szakülés.)

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

1. **Gámán Béla** egy beteget mutat be, a kinek a hangja dunnyogó s a ki az orrán keresztül nem tud légzeni. Vizsgálatnál az orr hátsó részét egészen kitöltő, a lágyszájpadot előnyomó, sárgásszinű, dudoros felületű, puha és vérzékeny tumort talált, a mely szövettani vizsgálatnál sarkoma ovocellulare-nak bizonyult.

Bemutat továbbá egy fiatal leányt, a kinek egész orrüregét egy polyp tölti ki. A polyp az irodalomban közölt és eddig észlelt esetek közül a legnagyobb.

2. **Kolosváry Sándor** bemutat egy 31 éves férfibeteget, a ki **typhus abdominalissal** fekiidt a belgyógyászati klinikán. A reconvalescentia 15—16. napján hangja fátyolozott lett s tükörvizsgálatnál a jobb nervus recurrens vagi bénulata volt megállapitható. Pleurális, mediastinális megvastagodást nem találtak, s igy typhushoz csatlakozó partiális neuritisnek tartja. Nyugalomra, jó táplálásra és lokális villamos kezelésre szembetünően javul.

3. **Kanitz Henrik** bemutatásai: *a)* 50 éves férfi **a nyaki csigolyacsontok syphilises elváltozásaival**. A beteg előadja, hogy több hét óta az egész feje erősen fáj, a homlokán egy daganatja támadt és fejét rendesen mozgatni nem tudja. Vizsgálatkor kitünt, hogy a fejtetőn egy körülbelül forintos nagyságú, ép bőrrel fedett, puha elastikus tapintatú, laposdad daganat van jelen, mely rendkivül fájdalmas. Az egész fej nyomásra feltünően érzékeny. Fej merev tartású, a nyaki gerinczoszlop mozgási képessége erősen korlátolt. Fejét úgy a vertikális, mint a horizontalis tengely körül csak nehány foknyira tudja mozgatni, ezt is csak erős fájdalmak kiséretében. A három felső nyaki és a 3. háti csigolya tövisnyújtványa erősen érzékeny, sőt a 2. nyaki csigolya proc. spin.-a erősen duzzadt. Tarkóizomzat erős contractioban. A két utolsó borda szabad vége, valamint a bal spina ilei ant. sup. nyomásra igen érzékeny. Tekintettel arra, hogy az anamnesisben lues felvételére támpontokat talált (ez év nyarán intézetünkben gummata palati mollissal antiluetice kezeltetett); tekintettel arra, hogy a homlokon lévő daganat egy typikus gummosus periostitis benyomását tette, valamint arra, hogy a fájdalmak főkép éjjel fokozódtak, tekintettel továbbá a multiplex periostális érzékenységre: a nyaki, illetve részben háti csigolyacsontok luetikus megbetegedését vették fel, a mit az antiluetikus kúra is beigazolt. 4—5%-os sublimat injectiora és jodkali szedésére a homlokon lévő elváltozás teljesen visszafejlődött, a csigolyatestek érzékenysége majdnem teljesen megszünt, a nyaki gerinczoszlop mozgási képessége jóformán teljesen helyreállt.

b) Bemutat egy 62 éves nőt, a kinél Röntgen-kezeléssel egy almányi kifekélyesedett **bőrrákot** tüntettek el a jobb orbitalis tájékról. Kezelés után kitünt, hogy a bulbus, melyet a nagy kiterjedésü daganat teljesen elfedett, szintén rákos, a miért operative fog eltávolittatni. Az eset mutatja, hogy némelykor mily czélszerü a radiotherapiának a műtéti beavatkozással való combinált alkalmazása A tumor felületesebb részeinek Röntgen-fénynyel való eltávolitása mellett a kosmeticai eredmény mindenesetre sokkal kielégitőbb, mint a milyen operationál lett volna, mert az utóbbi csak nagyobb plastikai csonkitások árán lett volna keresztülvihető.

4. **Fabinyi Rudolf tumor cerebri** esetről referál, melyet ezelőtt 3 évvel a szakülésen élőben mutatott volt be. Sectionál az élőben felállitott diagnosis beigazolást nyert, a mennyiben a jobb halántéklebeny, nyúltagy és porcz közé beékelve egy daganatot találtak, a mely a kisagy jobb félteképét szétfeszitette s a környezettől minden irányban jó elválasztható volt. Szövettani vizsgálatnál angiosarkomának bizonyult.

Hozzászól Hoor tanár s felemliti, hogy jóval a bemutatás előtt rendes látási élesség mellett pangásos papillát talált és kiemeli, hogy ilyen esetekben szemtükör segitségével mily korán lehet diagnosist csinálni.

Elfer Aladár az ellenoldali térdtünetre vonatkozólag intéz kérdést előadóhoz, mire előadó megjegyzi, hogy a reflexek semmi eltérést nem mutattak.

5. **Konrád Jenő** laparotomia útján eltávolitott **óriási colloid kystomat** mutat be, a mely állitólag 8 hónapi fennállás után légzési nehézségeket és alhasi fájdalmakat okozott a betegnek. Has kerülete 118 cm. Kül- és belvizsgálat alapján nem dönthető el, hogy nem egy eltokolt nagy exsudatum-e vagy pedig kystoma. A hasűr megnyitásakor sürű, szivósan tapadó colloid ömlik ki. A peritoneum kocsonyásan áttünő, kisebb-nagyobb göbcsékkel behi tett. Kitakarítva a colloid-massákat, daganatfal tünik elő, mely felfelé a kocsonyásan infiltrált csepleszszel és a colon transversummal, jobb felé a fali peritoneummal is jó darabon összenőtt. A kiüritett tömegek és az ezután kigördített és kocsányképzéssel eltávolított daganat összsúlya 23 kgm. A beteg hassebe 9. napra per primam egyesült. A műtéti mikroskopos kép már valószinüvé tette, hogy nem jóindulatú kystomával van dolguk, a mit a szövettani lelet is igazolt: typusos gelatinosus carcinoma. A betegre a prognosis igy igen rossz, bár a gelatiniform carcinomák nem csinálnak oly gyorsan metastasisokat, mint pl. a velős mirigyhámrák. Egyfelől a daganat óriási nagysága, másfelől a daganat eltávolitásának nehézségei és az ovariális carcinomák legritkább alakjának szövettani lelete mindenesetre figyelemre méltó.

Hozzászól *Szabó*.

6. **Jancsó Miklós** bemutatja egy házinyúl szerveit, a melyet ez év április 10.-én oltott tuberculosis-bacillusokkal venába. A tüdőben és vesében gyógyulófélben lévő tuberculumokat talált, de talált ezenkivül az izületekben és az emlőben is kifejezett tuberculosist. Ez utóbbi elváltozásokat két élő nyúlon is bemutatja.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az idült vesebajok orvoslásáról tartott előadást *S. West* a „Medical society of London“ február 26.-i ülésén. Csak azon dolgokra terjeszkedett ki, a melyekre nézve a vélemények még nagyon szétágazók. Idült parenchymatosus veselob eseteiben az a feladatunk, hogy egészséges vesesejtek képződését segitsük elő. Ezen czél elérésére elsőrendü kellék a jó táplálkozás. Tiszta tejdiaeta huzamosabb használatát nem tartja czélszerünek. Húskivonatok és alkohol természetesen kerülendők. Nem érti, hogy a mérsékelt tojásevést miért tiltják, valamint azt sem, hogy miért engedik meg a „fehér“ hust, a „vörös“ hust pedig tiltják. Sok esetben rohamosan javul az állapot liberálisabb diaeta használata után. A túlságos hosszú ideig ágyhoz vagy szobához szegezés árthat; a szabadban tartózkodás, ha nem jár meghülés veszélyével, nagyon jótékony hatású szokott lenni. Helytelen dolog az orvoslásmódot az albuminuriától függővé tenni. Vesezsugorodás eseteiben az orvoslásmód a betegség szakaitól függ. A legkezdetibb szakban az orvoslásmód általános jellegü; jókor felismerése esetén nagyon sokat tehetünk a baj előhaladásának megakadályozására; fürdőzés, túlerőltetés és meghülés kerülendő, rendszeres testmozgás azonban kivánatos. A betegség középső szakában, a mikor már kifejezett szivtültengéssel és a verőerek falának megvastagodásával állunk szemben, az orvoslásnak főleg arra kell irányulnia, hogy az ilyenkor keletkező zavaroknak (szivgyengülés, érrepedés, intercurrens veselob) elejét vegye. A szivműködés erősitésére digitalist csak akkor adjunk, ha a vérnyomás alacsony; egyébként pedig mint szivstimulans a coffeinum citricum ajánlható, mint a mely az erekre hatástalan. Az érrepedés megelőzésére csak annyiban folyhatunk be, hogy kerültetünk mindennemü testi és szellemi megerőltetést. Azt, hogy a vesezsugorodás vesebeli heveny lobos folyamatokra hajlamosit, még mindig nem veszik eléggé tekin-

tetbe. A betegség utolsó szakában a test különböző helyein keletkezhető zavarok néha annyira előtérbe lépnek, hogy a veséből eredésük sokszor elkerüli a figyelmet; különösen a vesezsugorodás következtében fejlődő generalizált bőrbajokra figyelmeztet. Ha a vérnyomás alacsony: kellő diaeta, stimuláló szerek, digitalis, ergotin, adrenalin rendelendők; fokozott vérnyomás esetén a diaeta módosítandó, azonkivül hashajtók, fürdők, diaphoretikus eljárások, nitroglycerin és jodkalium veendők használatba. Előadó nagy barátja a pilocarpinnak, a melyet nem tart oly veszedelmes szernek, mint a hogyan általában hirlik; különösen hasznos a beteg nyugtalansága és álmatlansága esetén, valamint fenyegető uraemiában. A hypnoticumok közül a cannabis indicát többre becsüli, mint az opiumot. Noha a vese valamely belső secretumának létezése még kérdéses, némely esetben vesekivonattal jó eredmény érhető el; csak az a baj, hogy nincsenek állandóan megbízható készítményeink.

Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Lauder Brunton* a vesezsugorodás középső szakában a szívműködés erősítésére a strophantust ajánlja, mint a melynek nincs érösszehúzó hatása. Ha az érnyomás erősen fokozott: 1·2 gramm kaliumnitratot ad 6 centigramm natriumnitrittel nagyobb mennyiségű vízben minden reggel; használata éveken át folytatható. Valószínűnek tartja, hogy a vese különböző részeinek sejtjei más és más hatással birnak, s azért nem lehetetlen, hogy a gyógyszerképen használt különböző vesekivonatoknak is különböző a hatása a szerint, hogy a vese mely részéből készültek. *Havilland Hall* a tejdiaeta előnyére hivja fel a figyelmet; véleménye szerint minden esetben kisérletet kell vele tenni 3—4 hétig. Nem tartja czélszerűnek a mészárszékbeli húsra való jókor átmenést; a szárnyasok és halak húsát előnyben részesíti. A pilocarpint szintén dicséri; időnként 1 centigrammnak bőr alá fecskendezése nagyon jó eredményeket ad. Fejfájás esetében, ha magas a vérnyomás, tritintrin nagyon kicsiny adagaitól látott jó eredményt. *Chapman* a Bright-kór eseteiben támadó pseudoasthmás rohamok ellen colchicumot és jodkaliumot ad. (The lancet, 1906. márczius 3.)

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Alapittatott 1863. Folyó év február havában 1.328,400 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.165,400 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 66,259 k. 82 f. fizettetett ki. 1906. január 1-től február 28-áig bezárólag 2.625,600 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

Az Erzsébet királyné-sanatorium a második segédorvosi állásra 1906. junius 1.-ére ezennel pályázat hirdettetik.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, lakás és teljes ellátás. A szolgálat második évének kezdetétől érvénybe lépő személyi pótlékkal az évi fizetés 1350 koronára, a szolgálat harmadik évének kezdetétől 1500 koronára emelkedik. Folyamodványok a Budapesti Szegénysorsú tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületéhez czimzendők, s az egyesület titkári hivatalához (Budapest, VI. ker., Andrássy-út 46., I. em.) Tauszk Ferencz dr. kir. tanácsos, főtitkár czimére, **1906. május 1.-ig** küldendők be.

Az Erzsébet királyné-sanatorium igazgatósága.

1414/1906. V. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **szőreghi körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Az orvosi körlethez Szőregh székhelylyel Szőregh, Deszk, Klárafalva és Ujszentiván községek tartoznak.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fill. látogatási és a szabályrendeletileg megállapitott halottkémlési és hússzemle-díjak.

Felhivom ennélfogva azokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen s eddigi alkalmaztatásukat igazoló is bizonylatokkal felszerelt kérvényüket **f. évi május hó 31.-ig** hozzám adják be.

A megválasztott körorvos tartozik a vármegyei orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Törökkanizsa, 1906. évi márczius hó 12.-én.

A főszolgabiró.

655/1906. eln. szám.

A városi közkórháznál rendszeresitett és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fütése és világitása.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddig alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Nagy Mihály dr. főispán úrhoz czimezve a főispáni hivatalalhoz **f. é. márczius hó 26. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

Szeged, 1906. évi márczius hó 9.-én.

2—1 *Lázár György* dr. sk., polgármester.

1554/1906. eln. szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál üresedésben levő belt. **tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen belt. tisztiorvosi állással 1400 korona évi fizetés, 360 korona évi lakbér és a tiszti nyugdijalapból való részesedés igényjogosultsága van egybekötve. A kinevezendő tisztiorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt tisztiorvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat Nagy Mihály dr. főispán úrhoz czimezve a főispáni hivatalhoz **f. évi márczius hó 26. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be. Elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1906. évi márczius hó 9.-én.

2—1 *Lázár György* dr. sk., polgármester.

1267/1906. eln. szám.

Hódmezővásárhely város közönsége által létesitett és fenntartott nyilvános jellegü s 54 ágyra berendezett ú. n. **„Erzsébet"-szemkórháznál** megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő szemkórházi alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel, 500, azaz ötszáz korona élelmezési díjjal s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **f. évi április hó 14. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr Ő méltóságához fognak felterjesztetni.

Megjegyzem, hogy ezen alorvosi állás ideiglenes jellegü s egyelőre 2 évi időtartamra töltetik be s az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belül elfoglalandó.

Hódmezővásárhely, 1906. évi márczius hó 6.-án.

2—1 *Juhász Mihály* kir. tanácsos, polgármester.

1237/1906. eln. szám.

Hódmezővásárhely város nyilvános jellegü kórházánál rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés, világitás és első osztályú élelmezéssel van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **f. évi április hó 14. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjek meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr ő méltóságához fognak felterjesztetni.

A kinevezés két évi időtartamra szól, az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbitható. Magángyakorlat nincs megengedve. Az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belül elfoglalandó.

Hódmezővásárhely, 1906. évi márczius hó 5.-én.

2—1 *Juhász Mihály* kir. tanácsos, polgármester.

34,669/1906. sz.

A sarajevoi bosznia-herczegovinai országos kórházban legközelebb egy **elsőrendü orvosi állás** (Primararzt), egyúttal a belső osztály főnöke, lesz betöltendő.

Ezen állással egybe van kötve a bosznia-herczegovinai országos hivatalnokok VIII. fizetési osztályának szolgálati rangja a megfelelő illetményekkel együtt, még pedig 3600 korona fizetés, 1200 korona pótlék és természetbeni lakás a kórházban.

Utóbbit illetőleg megjegyeztetik, hogy az országos kormány fenntartja magának azt a jogot, ha a szolgálati viszonyok a természetbeni lakásnak másnemü felhasználását szükségessé tennék, hogy e helyett megfelelő lakpénz utalványoztassék ki.

Ép úgy fenntartja magának az országos kormány azt a jogot, hogy a VII. fizetési osztály illetményeinek magasságáig terjedő személyi pótlékot engedményezzen az illetőnek.

Ezen személyi pótlék azonban esetleges előléptetések alkalmával meg fog szüntettetni és annak adományozása egyáltalán külön megegyezés tárgyát képezi.

A kik pályázni szándékoznak, kérvényeiket, melyek a kort, állást, elért tudori fokozatot, végzett szaktanulmányokat és a különösen figyelembe veendő tanágakat illető szükséges mellékletekkel felszerelendők, legkésőbb ez év **május 15.-ig** a sarajevoi bosznia-herczegovinai kormánynál nyujtsák be.

Egy belső klinikán vagy osztályon való hosszabb működésről szóló bizonyitványon kivül megkivántatnak még a klinikai chemiában és bakteriologiában való jártasságról, továbbá a különleges laryngo-rhinologiai és otologiai ismeretekről szóló bizonyitványok.

Állástkérőktől megkivántatik továbbá, hogy lehetőleg egy szláv nyelv ismeretével birjanak, mindenesetre azonban szükséges, hogy magukat arra kötelezzék, miszerint az ország nyelvét egy év lefolyása alatt elsajátitják.

Az állás betöltése egyelőre ideiglenesen történik, egy év lefolyása mulva azonban végleges lehet, a mivel azután az országos hivatalnokok összes jogainak élvezete egybe van kötve.

Azon pályázók, kik nyilvános szolgálatban állanak, tartoznak kérvényeiket a felettes hatóság útján beadni.

A pályázati kérvény boszniai egykoronás bélyeggel, és minden egyes melléklet külön 30 filléres bélyeggel látandó el, esetleg a megfelelő összeg készpénzben mellékelendő.

Sarajevo, 1906. évi márczius hó 1.-én.

2—1 *Az országos kormány.*

A mezőhegyesi (Csanádmegye) **m. kir. állami ménesbirtokon** 1906. évi május hó 1.-től 1906. évi november hó 1.-ig egy **kisegitő orvosi állás** töltendő be.

Felhivom azon nőtlen orvostudor urakat, kik ezen napi 10 korona és egy bebutorozott szobával javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket, oklevélmásolattal, eddigi működésükről szóló bizonyitványnyal, folyó évi **márczius hó 31. ig** alulirt czim alá nyujtsák be.

2—2 *A mezőhegyesi m. kir. állami ménesbirtok igazgatósága.*

1556. alisp.

Moson vármegye tulajdonát képező s 60 ágyra berendezett **Karolina-kórházban Magyaróvárott** elhalálozás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés és teljes ellátás, a mely utóbbi áll a kórházban levő 2 butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és teljes élelmezésből.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

A kinevezés két évi időtartamra szól, tehát kétévenként megújíttatik.

Magángyakorlat nincsen megengedve.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori képesítésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt s 1 kor. bélyeggel ellátott pályázati kérvényeiket Nagy Jenő Moson vármegye főispánjához címezve „Moson vármegye Karolina-kórház Igazgatósága Magyaróvár" címre legkésőbb **1906. évi április hó 15.-ig** nyujtsák be.

Magyaróvár, 1906. évi márczius hó 5.-én.

3—2 *Őshegyi*, alispán.

Alulirott betegsegélyző pénztárak **Zernesten**, vasúti állomással, kb. 4000 lakossal, népes környékkel, oly **orvost** keresnek április eleji belépéssel, ki már orvosi gyakorlattal bir. A magyar és német nyelv tudása kivántatik. Fix fizetés 2800 korona, szabad lakás, fütés és világitással. Mindkét gyár műszaki és kereskedelmi tisztviselői a betegsegélyző pénztárnak nem tagjai és az orvost külön tartoznak dijazni. Magángyakorlat meg van engedve. Ajánlatok a két alulirott betegsegélyző pénztár egyikéhez Zernestre (Brassó mellett, Magyarország) intézendők.

3—3 *A Brassói cellulosegyár részvénytársaság betegsegélyző pénztára.*
Copony Márton papirgyára betegsegélyző pénztára.

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! Csíramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: **Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál** mint **tonicum** és fertőző betegségek után, a **reconvalescentia** szakában **általános anaemiáknál** és **chlorosis** eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. K. Na. amon. brom. és 0·005 arsent), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**
„Fehérkereszt" gyógyszertára
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

ICTERUS

Rohitschi Styria-forrást kiváló orvosok rendkivüli sikerrel alkalmazták.

PASTILLAE PYRODUOTALINI
sec. Schubert.

A tuberculosis gyógyitásában előkelő helyet foglal el.

Egy nagy adag 40 darab pastillát tartalmaz, ára 9.— korona.
Egy kis „ 20 „ „ „ „ 5.— „

Készíti:

Schubert Arnold „Fortuna" gyógyszertára
Budapest, Csengery- és Dob-utcza sarkán.

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

Szénsavfürdő-berendezéseket
szállít és fölszerel
Dr. Wágner 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.

„Neuroroborin sec. Glück."
Idegerősitő és csillapitó szer.

Javalva a funktionális idegmegbetegedések mindazon eseteiben, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapitását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közkórházban. Káros mellékiüneteket nem okoz. — Adagolás: Naponta 8—10 tabletta. — Kapható minden gyógyszertárban. — Ára 3 korona.

Főraktár: „Fehér galamb" gyógyszertár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT.

Név védve. **Extractum** Név védve.

Chinae „Nanning"

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:
1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete
Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, sovanyító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — **Prospektus.** Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA**

Csak „SICULIA" névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási „SICULIA" forrásviz
a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygerjesztő. Azonnal ható különlegesség a gége, tüdő, torok, gyomor, vese, hólyaghurutos bántalmai ellen Korányi, Kétly, Tauszk, Riegler tanár urak szakvéleményei

a málnási „SICULIA"-forrást

a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.

Magyarországi főraktár:

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

Kapható minden gyógyszertárban, drogeria és füszerkereskedésben. **TELEFON 59—46.**

Ötvenedik évfolyam. 12. szám. *Budapest, 1906. márczius 25.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.) A polyglobulia lépmegnagyobbodással. 393. lap.

Váli Ernő: Vitás pontok a heveny középfülgyuladás kezelésében. 395. lap.

Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez. 397. lap.

Deutsch Ernő: Richter-féle thyreoidea-tablettákkal kezellt cretinismus sporadicus esete. 399.

Tárcza. Günther József: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 399. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dollinger Gyula*: A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1904/1905. tanitási évről. — *Salamon Henrik*: A stomatologia tanitásának története Magyarországon 1906-ig. — *Lapszemle. Belorvostan. W. Spirig*: A vena cava superior ideiglenes szűkületéről tüdővészes egyénnél. — *Rostowzew*: A perityphlitis epidemiás jellege. — *Korach*: Appendicitis larvata. — *A. Hoffman*: A bélfertőtlenités. — *Tomaschny*: Szokatlan tünetek kiséretében jelentkező, halálosan végződő pankreas-vérzés. — *Sebészet. Lassar*: A ráktherapia mai állásáról. — *Payr*: Emlőrákmütét után keletkező bőrhiány fedése. — *Martini*: Vesedecapsulatio. — *Gyermekgyógyászat. Ganghofner*: A tuberculosisnak az iskolában való elháritása. — *Guinan és Pater*: Paratyphus. — *Húgyszervi betegségek. Max Birnbaum*: Neurasthenia sexualis. — *Johnson*: A húgycsőbe fecskendezett adrenalin súlyos következményei. — *Schuller*: Vesetuberculosis gyógyitása. — *Goldschmied*: Új endoskop. — *E. Deutsch*: A kankó kezeléséről belső szerekkel. — *F. Curtis és V. Carlier*: Polycysticusan tuberculotikus vese. — *Venereás bántalmak. Hauck*: A fehérvérsejtek viselkedése a syphilis II. szakában a kénesőkezelés előtt és után. *Siegel*: A syphilis aetiologiája. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Janowski*: Heveny bárzsinglob. — *Storbeck*: Heveny veselob. — Asthma bronchiale. — *Kreibich*: Viszkető bőrbajok. — *Cianni*: Werlhof-kór. — *Georgiades*: Kis gyermekek diffus phlegmonéje. 401—405.

Vegyes hirek. Böke Gyula. — Kinevezés. — Választás. — Semmelweis-emlék alap. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület közgyülése. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A XVI. balneologiai congressus. — Megjelent. — Elhunyt. — A kolozsvári tisztiorvosi vizsgák eredménye. — A pozsonyi m. kir. állami kórház. — Az orvosok száma Ausztriában. — Berlin legnagyobb jövedelmü orvosai. — A születések számának csökkenése Angliában. — Az angol orvosok száma. — „Az isteni doktor.“ — Amerikából. — Kisebb hirek külföldről. 405—406. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A magyar orvosi könyvkiadó-társulat 1906. márczius 21.-én tartott közgyülése. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie, Basel (Schweiz), Grenzach Baden. „Sulfosot-szörp“, — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Hoechst a/M. „Pyramidon“, — Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Berlin, S. O. 36. „Acidol“, — Farbenfabriken vorm. Fried. Bayer & Co., Elbeefeld. „Salophen“ czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.)

A polyglobulia lépmegnagyobbodással.

Irta: *Bence Gyula* dr., egyetemi tanársegéd

Három esetét volt alkalmam észlelni azon kórképnek, melyet 1892-ben először *Vaquez* irt le, s a melyre 1903-ban újolag *Osler* terelte a figyelmet. E kórkép főtünetei a chronikus cyanosis, a lépmegnagyobbodás és a vörösvérsejteknek igen nagy számbeli megszaporodása.

Betegeim közül kettő nő, egy férfi. A betegek kora 33 és 45 év között ingadozott. Az eddig észlelt esetek azt mutatják, hogy a betegség mindkét nembeli, rendesen középkorú egyéneknél fordul elő. A betegség kezdete többnyire homályos, leggyakrabban az arczszín megváltozása, a bal bordaív alatti fájdalmak, majd fejfájás, tompa teltségi érzés a fejben, fülzúgás, szédülésrohamok, melyeket esetleg hányás követ, ritkábban kisebbfokú dyspnoë képezik azon panaszokat, melyek a beteget az orvos felkeresésére késztetik. Több eddig észlelt esetben, így III. esetemben is, az *erythromelalgia* tünetei állottak előtérben, úgy hogy teljesen jogos a gyanú, hogy sok esetben az erythromelalgia diagnosisa mögött tulajdonképen e kórkép rejlik.

A betegség objectiv tüneteinek egyenkénti tárgyalására áttérve, a legszembetünőbb tüneten, a „*cyanosis*“-on kezdem. Tulajdonképen nem is szabad az e kórképre oly jellemző bőrszínt cyanosisnak mondani, mert e szó egészen más színárnyalatú, más okkal és más jelentőséggel biró bőrszín jelzésére van lefoglalva. A míg az igazi, a szív és a légzési szervek betegségeivel kapcsolatban keletkező cyanosisra vonatkozólag jellemző a határozottan a betegség fokával arányban álló, kékes színárnyalat, addig a polyglobuliánál inkább erősen telített cseresznyepirosnak mondható sötétpiros színt találunk. *Weintraud* szerint erős hyperaemiához lehetne hasonlítani e színt azon különbséggel, hogy a hypaeremiás bőr megnyomásakor a nyomás megszünte után a bőr rögtön visszanyeri piros színét, míg ezen betegeknél a bőr nyomáskor nem halványodik el teljesen és a nyomás megszünésekor a vér csak lassanként tér vissza, úgy hogy nehány másodpercz telik el, a míg a bőr ismét visszanyeri eredeti, sötét cseresznyepiros színét.

A chronikus cyanosis e megbetegedésnél éveken át fennáll, s némely esetben ez az egyedüli tünet, a mely a betegnek figyelmét betegségére irányítja. Így a II. esetben ez volt a betegre nézve a legkellemetlenebb tünet, az I. esetben pedig 5—6 évvel előzte meg a subjectiv tüneteket. A cyanosis e betegség súlyosbodásával fokozódik. Időnkénti rosszabbodások mindig a cyanosis fokozódásával járnak együtt. Így mindhárom betegnél az esetleg hányástól kisért szédülési rohamok a bőrszín észrevehető sötétebbé válásával jártak együtt. De eltekintve a cyanosisnak a betegség lefolyásával összefüggésben álló ezen fokozati ingadozásaitól, még egyéb okból bekövetkező ingadozások is észlelhetők. Így egyike a leggyakoribb okoknak a hőmérsék változása, a mennyiben a betegek legtöbbjénél hidegben a bőrszín észrevehetően sötétebbé válik.

A cyanosis okát illetőleg mindenekelőtt felmerül a kérdés, hogy ez esetben is a szénsav felhalmozódása a vérben okozza-e a bőr színének megváltozását, vagy pedig egyéb okok szerepelnek-e. A szénsavfelhalmozódás a vérben általános vagy helybeli pangás eredménye; ezeknek egyikét sem találjuk a polyglobuliánál, kivéve

akkor, ha a később kifejtendő okoknál fogva keringési zavarok támadnak, melyek másodlagos úton vezetnek a keringés meglassubbodásához és ezzel szénsavfelhalmozódáshoz. Biztosabban dönti el e kérdést a vérnek vizsgálata. *Korányi Sándor* vizsgálatai szerint a szénsav felhalmozódása, a vérben nagyobb fagypontsülyedéssel jár. A vérnek e sajátságát használtam fel, hogy eldöntsem, hogy a cyanosis szénsav felhalmozódása vagy jobbanmondva a redukált haemoglobin túlszaporodása által van-e feltételezve. I. számú betegemnél négy ízben állapítottam meg a vér fagypontsülyedését. Ekkor —0·54, —0·56, —0·565, illetve —0·56-ot találtam, míg *Weber* esetében —0·53-at talált, vagyis a fagypontsülyedés vagy rendes, vagy a rendesnél kisebb. *E lelet a szénsavfelhalmozódás ellen szól.*

Ha nem a szénsav felszaporodása okozza a cyanotikus bőrszínt, akkor még mindig kérdéses, hogy vajjon nem a haemoglobinnak egy másik módosulata okozza-e a bőr ezen elszíneződését? Tekintettel arra, hogy a cyanosis chronikus, évekig elnyúló tartamú, azon mérgezések, melyek acut módon vezetnek a vérben methaemoglobinképződéshez, mint pl. antipyrin- vagy acetalinidmérgezés, itt számba nem vehetők. Ép úgy nem vagyunk tekintettel acut szénmonoxyd-mérgezésre. De gondolnunk kellett arra, hogy nincs-e chronikus CO-mérgezés vagy oly chronikus intoxicatio, mely methaemoglobin képződéséhez vezet. Az elsőnél, a chronikus szénmonoxyd-mérgezésnél, természetesen foglalkozási ártalmat kellett volna találnunk. Gyanú eseteink közül csak egynél merülhetett fel és pedig a II. számúnál, a mennyiben foglalkozása: mosónő. Úgy az I., mint a II. esetben a vért pontos vizsgálatnak vetettem alá, eldöntendő, hogy nem lehet-e benne akár spectroskopikus, akár chemiai úton CO-t kimutatni. A vér kellő felhigítás mellett az oxyhaemoglobinra jellemző két csíkot mutatott, mely kénammonium hozzátétele után rögtön eltünt. 1% tanninoldattal a vér kellő mennyiségben keverve elszürkült, kálilúggal főzve megbarnult. Mindezekből látható, hogy a rendelkezésünkre álló vizsgálati módszerekkel CO-s haemoglobint kimutatni nem tudtam. Ezzel azonban még nem tekinthettem e kérdést elintézettnek, mert lehetséges, különösen a II. számú esetnél, kinél, mosónő lévén, a foglalkozási ártalom nem zárható ki, e reactiók nem elég érzékenyek a CO azon kis mennyiségének kimutatására, mely éveken át hatva, az e kórképre jellemző tüneteket okozza.

A másik eshetőség a methaemoglobin képződése volt. Erre annyival inkább kellett gondolnunk, mert *Stokvis* és újabban *Hijmans von der Bergh* irt le oly eseteket, melyeknél a bélben folyó fokozott rothadás következtében H_2S jutott felszivódásra és vezetett methaemoglobin és ez által cyanosis képződéséhez. Ez esetekben a kibocsátott vér spectrumában megtalálták a methaemoglobinnak megfelelő csíkot, sőt kimutatták e csíkot alkalmas berendezéssel az áramló vérben is.

Az I. és II. esetben szintén kerestem a methaemoglobin csíkját, de mint már említém, a vér mindkét esetben csak az oxyhaemoglobinnak megfelelő csíkokat mutatott.

Az elmondott vizsgálatokat összegezve, arra a megállapodásra kellett jutnom, hogy a vérben sem redukált, sem CO-s, sem methaemoglobin felhalmozódása ki nem mutatható, hogy tehát a vér a rendes viszonyoknak megfelelően túlnyomóan oxyhaemoglobint tartalmaz. E helyen csak azt akartam kiemelni, hogy a bőr elszínesedése nem a haemoglobinnak valamely megfelelő színű változása által van előidézve. E vizsgálati eredmények teljes összhangzásban vannak az eddigi nézetekkel, mert úgy *Türk* mint *Weintraud* azon véleményen vannak, hogy a cyanosist e betegeknél a felületes ereknek oxyhaemoglobint tartalmazó vérsejtekkel való túltelődése okozza.

Türk a cyanosis, jobban mondva a sötét biborvörös szín keletkezésének egy másik főokát az ereknek vérrel való túltelődésében látja. A leirandó három kórtörténet is azt bizonyítja, hogy a szemnek hozzáférhető összes erekben feltünő teltséget látunk. Igy a betegek megtekintésekor rögtön feltünik a homlokon, a halántékon, az orron és arczon, továbbá különösen az ajk és a nyelv alsó felületének nyálkahártyáján látható számos tágult, kanyargósan lefutó, erősen telt vena. Ennek megfelelően a szemfenék egészében sötét színü, a venák erősen tágultak, kanyargós lefutásúak és feltünően sötét színüek. A gége tükrözésénél a gége nyálkahártyája sötétpiros beléveltséget mutat. Az arteriák igen feszesek és erősen lüktetnek. *Türk* és *Breuer* bonczolt eseteiben feltünt az összes vérerekben az óriási vérbőség. Az élőben valamint a hullában az érrendszeren tett tapasztalatok a vérpálya túltelődésére engednek következtetni, úgy hogy ez esetekben jogos a *plethora vera* felvétele. *A bőr kisebb ereinek sok esetben szabad szemmel is kivehető tágulata egyesülve a vér nagyobb oxyhaemoglobin-tartalmával hozza létre a cyanosist.* E cyanosis többnyire csak a vékonyabb bőrrel ellátott testrészeken található, így főleg az arczon, a végtagok distális részein és azonkivül a nyálkahártyákon, egyes esetekben azonban az egész test felületén észlelték.

Az ereknek említett túltelődésével kell magyaráznunk azon nagyfokú vérzékenységet, a mely majdnem minden egyes betegnél észlelhető. I. számú betegemnél a vérveszteség szempontjából első helyen állanak a gyakran ismétlődő aranyeres vérzések. Egy alkalommal e vérzés állítólag igen nagy fokot ért el, a beteg a kiürült vér mennyiségét 5 l.-re becsülte. Természetesen e mennyiség nagysága már magán hordja a lehetetlenség bélyegét, de tekintettel arra, hogy a klinikán is észleltünk a betegnél elég gyakran jelentékeny vérzést, másrészt mivel a beteg a vérzést megszokta, végül mivel a beteg a vérzés után néhány órával felkeresve engem, sokkal halványabb volt s vérsejtjeinek száma, mely a vérzés előtti időben körülbelül 8·5 és 9·5 millió közt ingadozott, a vérzés után 7·5 millióra csökkent, fel kell vennem, hogy a vérzés elég jelentékeny lehetett, egy litert valószinüleg meghaladott. Fél liter vért gyakrabban bocsátottunk ki érvágás útján, de sem subjective, sem objective az akkor észlelt hatáshoz hasonló nem mutatkozott. Azonkivül a beteg úgyszólván állandóan vérzett a foghúsából, úgy hogy, ha kellő kezelésben nem részesült, étkezés közben is folyton vérzett. Az orr nyálkahártyája is erősen hyperaemiás és duzzadt volt, úgy hogy a beteg dugultság érzéséről és és igen gyakori orrvérzésről panaszkodott.

A II. esetben volt a vérzési hajlam legkisebb, csak a foghúson volt észlelhető, de itt már igen csekély trauma, rágás, fogtisztítás már elegendő volt arra, hogy vérzés mutatkozzék.

A III. esetben szintén foghúsvérzés, gyakoribb orrvérzés, és azonkivül fokozott és protrahált menorrhagia állott fenn. A menorrhagia kóros változása azonban nem egészen bizonyosan irható e betegség rovására, mert a betegnél több éven át endometritis állott fenn.

A vérzésre hajlam okát illetőleg az erek túlteltségén kivül még egy másik jelenségre is rá akarok mutatni, melyről eddig a betegség leirói említést nem tesznek. Feltünt nekem ugyanis e betegeknél, hogy a kibocsátott vér vagy egyáltalán nem, vagy csak aránylag hosszú idő mulva alvad meg. Az I. számú betegnél egy alkalommal érvágás útján 500 cm^3 vért bocsátottam ki, ezután keverés útján defibrinálni akartam. A keverést $1^1/_2$ órán folytattam, ezalatt fibrin absolute nem vált ki, majd a vért 5 napon át jégszekrényben tartottam, de az még ekkor sem alvadt meg. A II. betegnél a kibocsátott vér megalvadt ugyan, de szintén több percz telt el az alvadás bekövetkeztéig. Mindkét betegnél többször vizsgáltam a vér viscositását, és bár a viscosimeter capillarisán a vér 2—$2^1/_2$ perczig folyt át, alvadás a kisérletet sohasem zavarta, holott egyéb betegeknél 1—$1^1/_2$ percz alatt, de többnyire még előbb be kellett fejezni a mérést, mert a vér megalvadt. Egy második alkalommal is vizsgáltam az I. sz. beteg vérét alvadékonyságára vonatkozólag, ekkor azonban, bár lassabban a rendesnél, mégis megalvadt. Ugy látszik, hogy az alvadás hiánya nem állandó sajátsága e betegek vérének, ezért több esetben szerzett tapasztalat lesz hivatva eldönteni, hogy véletlen társulással, vagy a vérnek egy pathognomonikus tulajdonságával van-e dolgunk. Az említetteken kivül észlelték még egyéb szervek vérzését is, így különösen említésre méltónak találom *Türk* első esetét, melyben nagyfokú vérhányás és szurokszerű székletét képezte a betegség egyik első tünetét. Hasonló esetek alkalmasak arra, hogy téves gyomorfekély-diagnosishoz vezessenek.

Mindhárom betegnél jelentékeny *lépmegnagyobbodást* találtam, a lép alsó széle 2 illetve 4 haránt ujjal haladta meg a bordaivet. A lépdaganat egyik legjellemzőbb tünete e megbetegedésnek. Mégis előfordulnak oly esetek is, melyekben a betegség

egyéb tüneteinek kifejezett volta mellett hiányzik a lép megnagyobbodása. Ilyenkor azonban a lépdaganat klinikai megállapítása a kimutathatóság határán szokott lenni; így volt ez *Korányi S.* tanár esetében, de még inkább *Osler* egy esetében, melyben a bonczoláskor csakugyan megnagyobbodottnak mutatkozott a lép. A lépdaganat tehát e bajnak egyik igen jellemző tünete, a melyet diagnosisunk felállításánál legnagyobb gonddal kell keresnünk, de kimutathatóságának hiánya még nem szól e betegség fennállása ellen.

Igen fontos kérdés a lép megnagyobbodásának természete annyival is inkább, mert a lépnek három esetben észlelt gümös elváltozása alkalmasnak látszott arra, hogy e megbetegedés pathologiájának homályára némi világot vessen. Ha a lép specifikus elváltozása volna e megbetegedés oka, úgy természetesen minden egyes esetben meg kellene találnunk. A mióta e kérdést felvetették, több esetet bonczoltak, ezek közül háromnál a tuberculosist illetőleg semmiféle említést nem találunk, míg szövettanilag pontosan vizsgált két esetben (*Breuer*, *Weber* és *Watson*) a lép gümös megbetegedését egész határozottsággal kizárták.

Ez utóbbi esetekben a lép pulpájának egyszerű túlszaporodását és vörösvérsejtekkel való túltelődését találták.

A léptuberculosisról *Bayer* közölte az utolsó kimerítő összeállítást; ebből azt látjuk, hogy a primaer léptuberculosis diagnosisát bonczoláskor és mütétkor összesen 28 esetben állapították meg, ezek közül csak 5 esetben van a vörösvérsejtek száma feljegyezve. Az utóbbiak közül három esetben polycythaemia állott fenn 6.000,000—8.200,000 vörösvérsejttel, de két esetben 4.495,000, illetve 3.200,000 volt a vörösvérsejtek száma *Már e kevés eset is mutatja, hogy a primaer léptuberculosisnál a vörösvérsejtek megszaporodása és megkevesbedése egyaránt észlelhető.*

Láttuk, hogy a polyglobulia-eseteknek nagy részében a léptuberculosis fennállása biztonsággal kizárható, s ezzel a két jelenség közti oki összefüggés már megdől; de másrészt láttuk, hogy a léptuberculosisnak sem állandó tünete a polycythaemia, hanem léptuberculosisnál is csak esetenként fordul elő. *Türk* a léptuberculosisnál előforduló polycythaemiát, illetve a polyglobuliánál előforduló lépnagyobbodást azon közeli nexusból hajlandó megmagyarázni, mely a vérképző apparatus és a lép között fennáll.

Az esetek legtöbbjében, így mindhárom általam észlelt esetben is, a máj meg volt nagyobbodva. A *máj megnagyobbodásának* okát vérrel való túltelődésében keresik.

Weintraud jellemzőnek mondja, hogy a máj feltünően lágy és tapintáskor teljesen fájdalmatlan, ez azonban csak addig tart, míg szívgyengeség folytán fellépő pangás meg nem változtatja a viszonyokat.

A betegeknél többnyire fehérjét találunk a vizeletben, de vesesejtek és hengerek többnyire hiányzanak. A betegség eddigi leirói az *albuminuriát* a vesének vérbőségéből magyarázzák.

A vizsgálatnak legfontosabb adatait szolgáltatja a vér sajátságainak pontos megismerése. Egyik sajátságának jellemző elváltozása képezi azon főtünetet, a mely az új klinikai kórkép megalkotásához vezetett, ezen tünet az úgynevezett *polyglobulia*, azaz a vörösvérsejtek számának és haemoglobin-tartalmának rendellenes megszaporodása. Az összes eddig leirt esetekben a vörösvérsejteknek igen nagy, egészen 12 millióig menő megszaporodását észlelték Eseteim közül az I-nél volt a vérsejtszám legmagasabb, a mennyiben 8·2 és 11·5 millió közt ingadozott, a II. esetben 8·0, a III.-ban 8·3 millió körül volt. Mindhárom esetben tehát igen jelentékeny volt a vörösvérsejtek megszaporodása. A míg a cyanosis és a lépmegnagyobbodás, melyek a polyglobulián kivül a legjellemzőbb tünetei e betegségnek, kivételes esetekben hiányozhatnak, addig a polyglobuliának okvetlenül jelen kell lennie, hogy e kórképre tegyük diagnosisunkat.

Fontos kérdés az, vajjon a vörösvérsejtek megszaporodása az összes keringő vérben megvan-e, vagy pedig csak épen egyes bőrterületek, így különösen a cyanotikusan elszíneződött, tágult véreres bőrterületek vérében észlelhető-e. Erre vonatkozólag pontos összehasonlító kisérleteket közöl *Osler* s megállapítja, hogy lokális cyanosisnál a cyanotikus bőrterületről vett vér vörösvérsejteinek száma nem nagyobb a rendesnél, csak a Raynaud-féle betegségnél talált 6·5-ig menő emelkedést, de ennél magasabbat sohasem. Ellenkezőleg anaemia perniciosa egyes eseteiben kifejezett cyanosis mellett 1·2—2·0 millió vörösvérsejtet talált. Hogy a polyglobuliánál nemcsak a cyanotikus bőrterületek vére vérsejtdúsabb, erre vonatkozólag számos összehasonlító vizsgálatot végeztek, cyanotikus és nem cyanotikus bőrterületről vett vért hasonlítva össze, mely vizsgálatok elég jól megegyező eredményekhez vezettek. Betegeimnél többször végeztem venaepunctiót a vena cubitalison és az így nyert vér sejteinek száma egészen az ujjcsúcsból vett vérével azonos számot adott, másrészt azonban nemcsak a vérsejtszámolás, hanem a vena cubitalisból ismételten vett vérnek magas viscositása és a vérsejtek igen nagy térfogata is a vörösvérsejtek igen nagy száma mellett szól.

(Folytatása következik.)

Vitás pontok a heveny középfülgyuladás kezelésében.

Irta: *Váli Ernő* dr., kórházi főorvos.

(Vége.)

Az antiphlogistikus eljárás keretébe tartoznék még *a vérelvonó eljárás bemetélések és pióczák alkalmazásával.* Kisebb fokú vérelvonást érhetünk el a dobhártya felső harmadában eszközölt *bemetélések* által; bár az így kibocsátott vérmennyiség csak igen csekély — sokszor csak nehány csepp —, a hatás mégis sok esetben meglepő. A piros, duzzadt dobhártya csakhamar elhalványodik, leapad és a beteg nagy könnyebbülést érez. Ez egyszerű, kis beavatkozást *Schwartze* vezette be az otiatriába, és a kik alkalmazzuk, mind tanuskodhatunk hasznos volta mellett. Nagyobb fokú vérelvonásra alkalmasak volnának a *pióczák. Schwartze* az ő nagy kézikönyvében melegen ajánlja alkalmazásukat; ugyanígy vélekedik *Jakobsohn* és legújabban (1905) *Brühl* az ő tankönyvében. *Brieger* a német fülorvosok vándorgyülésén 1902-ben nyiltan pártfogásába veszi a pióczázást, mint olyan eljárást, mely alkalmas a középfülgyuladás abortiv kezelésére. Ezekkel szemben *Bezold*, *Körner* és mások ellenzik az alkalmazását; ellenzik, mert a környi nyirokerekben lobos reactiót okoz és mert nem aseptikus eljárás. Ismét tehát egy gyógyeljárás, melynek a jogosultsága még nincs megállapitva.

A fájdalmak csillapítására mindaddig, míg a dobhártya nincs perforálva, *Piffl* a langyos cocain-becsepegtetéseket ajánlja, *Bürkner* a jodtinctura-ecsetelést, míg *Hartmann* a 10%-os carbol-glycerin-becsepegtetésektől lát fényes eredményeket, a mennyiben a fájdalmak egy pillanat alatt megszünnek. *Hartmann* a carbol-glycerinnek anaesthesiás hatást is tulajdonit egy utána következő paracentesis számára. Valóban igaz, hogy különösen Németországban a carbol-glycerin használata nagy elterjedésnek örvend; de bizonyára túloz *Hartmann*, midőn e szert úgy ajánlja, hogy minden gyermekszobában mint házi szert kellene kéznél tartani a gyermekek heveny fülfájdalmainak rögtöni csillapítására.

A csecsnyújtványra alkalmazott gyógyítószerek, mint pl. a *jod- és higanykenőcsök* felszívó hatásában nem lehet bizni; ellenben nem ritkán börlobosodást váltanak ki és így az eset objectiv megbirálását nagy mértékben gátolják. Ma már csak nagy ritkán látjuk őket alkalmazni.

Ha már megtörtént a perforatio — akár spontan, akár müvileg — *és megindult a középfülből a genyedés,* van-e egységes irányelvünk a további eljárásra nézve? Nincs. Csak a végczélban látunk megegyezést, mert mindenki arra törekszik, hogy 1. a váladék pontos eltávolításáról gondoskodjék, 2. hogy új fertőzést elkerüljön.

A *Lucae*-féle klinikán Berlinben[1] az eljárás körülbelül ez: Ha a bántalom genyedő szakában van, a fület naponta kétszer 4%-os bórsav-oldattal *öblítik* ki (és nem fecskendezik); ez kiméletes és veszélytelen eljárás; elv az, hogy csakis diagnostikus czélból szabad enyhe fecskendezést alkalmazni, de gyógykezelési czélból már nem, hogy így minden izgatást távol tartsunk a dobhártyától. A *száraz kitörlés* fájdalmas, orvosi beavatkozást igényel; gyermekeknél kivihetetlen is. E klinikán tehát kutaszra erősített tamponnal tisztogatják a külső hangvezetőt, de sohasem a dobhártyát. Tapasztalataik szerint a gaze-csík jól kivezeti a

[1] *Heine:* Deutsche med. Wochenschrift. 1904.

savós váladékot, a genyes váladékot azonban már nem, mert a genyes váladék sürübb részlete lerakódik a gaze csík belső végére és azért a levezetés akadályozott; a gaze-csík csak úgy drainez, ha naponta többször cserélik, tehát csakis a kórházi gyakorlatban alkalmazható. Kötést nem alkalmaznak, mert az meg már úgy hatna, mint egy meleg borogatás. Járó kezelésnél csak hosszúkás vatta-tampont tesznek a fülbe és ennek a további kicserélését maga a beteg végzi. Ha szünnek a heveny tünetek, de a genyedés bőséges, akkor a beteg maga végzi a bórsavas öblítéseket. Porított bórsavat nem fújnak be a dobhártyára, mert félnek a retentiotól. Hydrogen-hyperoxyd pedig izgatja a dobhártyát, tehát kerülendő. Ezzel szemben a Politzer-klinikán Bécsben nemcsak használják e szert, de a hatás fokozására kaliumhypermangannal combinálják. Jelenleg e szer nagy kedveltségnek örvend s úgy látszik, hogy meg is érdemli ezt. Káros hatása alig lehet. A Lucae-klinikán ellenzik a *légzuhanyzást* mindaddig, míg a dobhártyán és dobüregben lobos jelenségeket látnak, illetve míg a perforatio nem gyógyul. Ellenzik, mert ez erős mechanikus inger, de ellenzik azért is, mert az erős légáramlat genyet juttat a csecssejtekbe; a veszély annál nagyobb, minél kisebb a perforatio; de nem is lehet sok eredménye a légzuhanyzásnak mindaddig, míg a dobüreg genyet termel, mert hiszen a légáramlattal kihajtott geny helyett csakhamar új genytömeg képződik.

A *franczia iskola*[1] *sebészi* álláspontra helyezkedve állapította meg a genyes középfülgyuladás gyógykezelését, s azért azután sokszor túl is lőtt a czélon; szinte azt kivánja, hogy a fülorvos a sebésznél is sebészebb legyen. Ők a középfülgenyedést tályogképződésnek veszik fel, pedig nem más az, mint genyfelhalmozódás physiologikus üregben, úgy a mint geny gyülik meg pl. a Highmor üregben vagy a pleura-ürben. De, ha igazuk is volna, hogy a középfül genye egy abscessus, akkor sem lehet azt a sebészet szabályai szerint kezelni, t. i. egyik faltól a másikig megnyitni és alagcsövezni. Itt az ő abscessusuknak csak *egyik falát* lehet megnyitni (ők csakugyan nem fúrják meg a dobhártyát, hanem felhasítják), azt is csak részben; a dobüreget azonban a dobhártyán keresztül nem lehet alagcsövezni. De nem is szükséges, mert a külső hangvezető maga is *természetes alagcső. Felesleges tehát ezt az alagcsövet gaze-zel kitölteni.* Szerintük a genyes heveny középfülgyuladásnak nagy hajlama van a gyógyulásra; legtöbbször elég, ha a genyet ingerlés nélkül távolítjuk el, hogy így a a dobhártya és a külső hangvezető ne maceráltassék és a másodlagos fertőzéstől megóvjuk a fület. Ha sok a geny, eltávozik magától is; ha már kevesbedik, kissé elő kell segíteni távozását. E czélra universális szernek tartják a *fecskendőt*, bár elméletben hívei a száraz kezelésnek. A fecskendőt tisztán és enyhén szabad csak alkalmazni. Sokan nem tartják aseptikusnak a fecskendőt, pedig a sebész azt sokszor mily kényes helyeken használja. Attól sem kell félni, hogy a vízsugár a bakteriumokat a dobüreg felé hajtja, mert a felduzzadt dobhártyán a nyilás legtöbbször igen kicsiny, tehát a fecskendő tartalmából alig juthat be valami a dobüregbe. És ha be is jut nehány csepp gyógyszeres folyadék, mit árthat az a genynyel telt dobüregben?! Előnye ez eljárásnak az, hogy a fecskendő *czélszerű* kezelésébe mindenkit könnyen beoktathatunk. Gyermekeknél nincs is más kezelésmód. Kifecskendés után bórsavas befúvás; ez nem okozhat retentiót, de viszont védi a külső hangvezető bőrét a maceratio ellen. A hallás megjavítására a dobhártya begyógyulása után kathetert használnak.

Bezold[2] naponta egyszer mossa ki a fület 4%-os bórsavoldattal, azután Politzer légzuhanyzást végez és végül bórsavas insufflatiót. *Bezold* olykor kathetert is alkalmaz légbefúvásra, de ellenzi a katheteren át kiöblítését a dobüregnek. Nem pártolja a száraz kezelést sem, mert a bő váladék spontan is kiürül, ha pedig már kevesebb a váladék és a gazecsíkot gyakran nem változtatjuk, az magába szívja a váladékot, s míg egyrészt macerálja a külső hangvezetőt, másrészt úgy hat, mint egy meleg borogatás. Adstringens szereket nem csepegtet a fülbe, legfeljebb antiseptikus czélból.

Bezold-dal szemben *Körner* és *Ostmann* csak a legritkább esetben végez mosást, akkor, ha a geny nyulós-szívós; minden más esetben gazecsík-kötést alkalmaz, a Politzer-féle befúvást pedig kerüli. A légzuhanyzásokról ugyanilyen felfogása van *Zaufal*nak, *Jakobsohn*-nak, *Haug*-nak, stb. *Brieger* a kimosásokat kerüli, de ha végezi, úgy azt inkább katheteren át teszi; a katheterezést megengedhetőnek tartja. A gazecsík bevezetéstől azt várja, hogy a bennrekedt váladék nem izgatja majd állandóan a külső hangvezető bőrét. Ez utóbbiról, miként láttuk, *Bezold* az ellenkezőt hiszi.

Hogy *mikor kerülhet a sor genyes középfülgyuladás esetén felvésre*, ez a fontos kérdés még nincs véglegesen tisztázva. *Schwartze* nagyon szigorú elvi álláspontot foglal el e kérdésben; szerinte fennáll az indicatio a műtétre, ha minden antiphlogistikus eljárás ellenére is a láz, az oedema és a fájdalmasság 8 napon belül el nem tünik. Ugyanezen elvet vallja Jakobsohn is. *Heiman* (Varsó) csak akkor végzi, ha a genyedés 4 hétnél már tovább tart, ha kevés, de büzös a váladék és zöldes, tejfelszerű. *Bezold* 2 hónapig is megengedhetőnek tartja a várakozást. Általános sémát ez időpontra tehát nem lehet felállítani. S bár teljesen igaza van *Heiman*-nak,[1] hogy a felvésést sokkal gyakrabban végezik, mint a hányszor javalt, de azért mégis úgy látszik a legtöbb fülorvos *Schwartze* felfogását osztja.

Részlet-kérdés ugyan, de mégis nem lényegtelen, hogy hogyan *helyezzük el* a fekvő beteget? Tankönyvek erről nem szólanak, pedig a fülorvosnak ez irányban is kell utasításokat adni a betegágynál.

A német otologus-társaság 1902. vándorgyülésén *Vohsen* szőnyegre hozta ezt a kérdést. Ajánlja, hogy *egyoldali* megbetegedés esetén a beteg az *egészséges oldalon* feküdjék, a minek az az előnye, hogy a vérbőség a beteg oldalon csökken és ez a körülmény a betegnek könnyebbedést okoz (?); előnye továbbá, hogy a vérbőség csökkenésével a képletek is kevésbé duzzadtak, a tuba szabaddá lesz s így a fül jobban szellőződik; esetleg a tubán át is ürül ki váladék. Ezen positio mellett az atticus genye könnyebben kiürül, ellenben a dobüregből a csecssejtekbe a geny átömlése meg van nehezítve.

Kétoldali megbetegedés esetén a kevésbé beteg oldalra ajánlja *Vohsen* fektetni a beteget. Hátonfekvésnél a dobüreg genye a legkönnyebben csúszhatik a csecssejtekhez.

Körülbelül ez az eszmemenet vezette eddig rendelkezéseikben a fülorvosokat az elhelyezés tekintetében. A *magam részéről* még arról is intézkedtem mindig, hogy a beteg ezen positio betartásával még *magasan* is feküdjék, tehát jól alápárnáztattam a fejet. De bizonyára egyikünk figyelmét sem kerülte ki a laikus közönség ama felfogása, hogy hasonló körülmények között *alacsonyan* és a *beteg fül irányában* feküdjék a fej. És ha a *Bier-féle pangásos vérbőségen* alapuló theoriát a jövőben alkalmazni fogjuk, kétségtelen, hogy a nyaki képletek leszorításán kivül a fejet alacsonyan és a beteg fül oldalára fogjuk elhelyezni.

Arra nézve is eltérők a vélemények, hogy *contagiosus* jellegü e a középfülgyuladás, vagy nem.

Lermoyez és társa, *M. Bouley* a genyes középfülgyuladásról irt könyvükben[2] e bántalmat a *fertőző bántalmak* csoportjába javasolják beosztani; ennek folytán foganatosítani kivánják mindama praeventiv intézkedéseket, melyek a fertőző bántalmakat megilletik; különösen hangsúlyozzák a beteg *elkülönítését*. A gyakorlatban valóban látunk eseteket, hogy ugyanazon jellegü megbetegedés a család 2—3 tagját egymás után támadja meg; ez esetben közeli a feltevés, hogy némely genyedő folyamatnál a virulentia nagyon erős lehet, vagy pedig az illető családban a tisztasági követelményeket nem tartották be; esetleg mindkét momentum egyszerre érvényesült. Ezen felfogással szemben *L. Wolff*[3] nem hisz a heveny genyes középfülgyuladás fertőző jellegében és így a Lermoyez által javasolt elkülönítés szükségét sem látja be. Véleményem szerint e kérdés első sorban bakteriologiai kérdés és valószinü, hogy Lermoyez nem jár messze az igazságtól. Addig is, míg a kérdés tisztázódik, mint mindenütt, hol genyedő folyamatról van szó, óvatosságra és pedans tisztaságra kell törekednünk.

[1] Idézés fennebb.
[2] Zeitschrift f. Ohrenheilkunde 1902.

[1] Archiv für Ohrenheilkunde 62. kötet.
[2] Die Therapie bei Erkrankungen des Ohres 1901.
[3] Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der ac. Mittelohrentzündung. 1901.

A *diaeta* tekintetében azok az általános szabályok a mérvadók, a melyek minden lázas bántalomra nézve állanak.

A legenyhébbnek látszó esetet is úgy vegyük, mint nem egyszerű és nem könnyű megbetegedést, melynek kimenetele nemcsak a virulentiától és a testi erőállapottól függ, hanem a kezdettől fogva foganatosított czélirányos diaetás szabályoktól is. Betegünknek feltétlen nyugalomra van szüksége; eltiltjuk teljesen a testi és szellemi munkától. Enyhébb tüneteknél elég, ha a szobában marad, erősebbeknél azonnal ágyba fektetjük a beteget, sőt van olyan eset is, hogy még az ágyban való felülést is megtiltjuk a betegnek. Eltiltjuk a szénsavas és a szeszes italokat és gondoskodunk bőséges székletétről.

* * *

Közleményünk elején állítottuk, hogy a heveny genyes középfülgyuladás gyógykezelésének irányelvei még nincsenek pontosan megállapítva. A fenti sorok bizonyára igazolják állításunk helyességét. A mint láttuk, nemcsak a főbb tételek, mint pl. a jeges vagy forró borogatások, a Bier-féle eljárás, a paracentesis jogosultsága, a nedves vagy száraz kezelés, a felvésés idejének meghatározása stb. stb. nincsenek még pontosan megállapítva, hanem több alsóbbrendű kérdésre, pl. hogy hogyan fektessük a beteget, sincs még praecis szabályunk.

De bármennyire ellentéteseknek látszanak is a nézetek, ez mégis csak látszólagos. *Mindenik itt leirt módszer jó lehet a maga helyén és idején.* Sémákat, pontozatokat itt sem lehet felállítani, mint az orvostudomány bármely más mezején sem. Mert ez lehetetlen kisérlet volna, mely az orvosi tudást a mesterségek szinvonalára szállítaná alá. Egy kis conservativismus azonban — úgy látszik — itt is helyén volna. De azért ismerni kell minden módszert s azok közül mindig az *egyéniséghez viszonyítva* kell alkalmazni a legmegfelelőbbet.

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.)

Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Szőröket és *szőrtüszeket* csak a hajzatos fejbőrből származó metszeteken találtunk, de itt is gyérebbek és nagyfokban sorvadtak voltak. Más helyről származó metszetekben pedig egyetlen egyszer sem akadtunk az említett képletekre. A faggyúmirigyek is mindenütt tönkrementek, csak néhány helyen voltak körülirt sejthalmazok, melyek tönkrement faggyúmirigyek maradványainak benyomását tették, de a melyeken mirigyes szerkezetet megkülönböztetni már nem lehetett.

A *verejték-mirigyek*, minthogy a bőrnek mélyebb részeiben feküsznek, a hová a kóros elváltozások már nem terjedtek, a folyamat által — kisfokú periglanduláris gömbsejtes beszürődéstől eltekintve — alig alteráltattak. Ellenben kivezető csöveiket nem tudtuk fellelni, azok valószinüleg szintén tönkrementek.

Bakteriumfestések, melyeket végeztünk, mindig negativ eredménynyel jártak, nevezetesen nem találtuk meg a *Kopytovszki* és *Wielowieyski* által leirt diplo-coccusokat.

A bőrnek histologiai elváltozásait tehát röviden a következőkben foglalhatjuk össze: Kezdetben *reactiós izgalmi tünetek az irha részéről, melyek a papilláris erek körüli sejtes beszürődésekben* jutnak kifejezésre. E „lobos" tünetek mellett a *Malpighi réteg sejtjeinek működési zavara áll fenn, mely azoknak élénkebb proliferatiojában és az elszarúsodás rendellenességében* nyilvánul. Ez utóbbi klinikailag hámlásban jut kifejezésre. Később a *papilláris és subpapillaris réteg atrophiája* dominálja a képet, melyet a *hámrétegnek kisebb fokú sorvadása és a hám függelékeinek* (szőrtüszők, faggyúmirigyek) *elpusztulása* kisér. A papilláris és subpapilláris réteg atrophiája azonban sehol nagyobb fokot nem ér el, a miben a szövettani lelet a klinikai tünetekkel megegyezik.

Általában véve a szövettani kép, melyet találtunk, főbb vonásaiban megegyezik a régebbi szerzők leirásával. Valamely specificitással az elváltozások a mi esetünkben sem birtak és így a bántalom lényegére nézve ép oly kevéssé adnak felvilágositást, mint a mások által talált eltérések.

A *mirigyek*, melyeket szövettanilag megvizsgáltunk s melyeket a hullából 6 órával a halál után metszettek ki, a felületes nyirokmirigyek különböző (lágyéki, hónalji, nyaki) csoportjaiból származtak. A mirigyek szövettani tekintetben nagyon különböznek egymástól. Egy részük teljesen normális szöveti szerkezettel bir, csak szokatlanul nagy pigment-tartalmuk tünik fel. A pigment legnagyobbrészt a mirigyek széli részén van felhalmozva, míg a középen vagy egyáltalában nem, vagy csak kis mennyiségben található. A pigment vagy szabadon, vagy sejtekbe ágyazva fordul elő. Előbbi különböző nagyságú, egészben véve szegletes alakú, barnássárga rögöket képez, melyek vagy egyenként feküsznek, vagy összeállva nagyobb és sötétebb, egész barnásfekete halmazokat alkotnak. Az intracelluláris pigment finomabb, apróbb és világosabb szemcsékből áll, melyek vagy kis gömbsejtek, vagy szabálytalan, csillag- és orsóalakú sejtek protoplasmájában foglalnak helyet. A pigment-tartalom, melyet csak a metszetek egy részénél lehetett megállapitani, különben már a bonczoláskor is feltünt egy (inguinális) mirigynek palaszürke színe által, mely főkép a széleken mutatkozott.

Ilyen pigmentlerakódásról a mirigyekben *Jadassohn* is tesz említést eseteiben. Ő valószinünek tartja, hogy pityriasis rubránál a lob által okozott vérkeringési zavar folytán az irhában képződő pigment, a helyett, hogy a rendes módon a hámrétegbe jutna, a normális nyirokutakon keresztül a táji mirigyekbe czipeltetik és azokban lerakodik. E mellett szólna a bőrben talált festenynek morphologiai és tinctoriális megegyezése a mirigyek pigmentjével, továbbá a festenynek hiánya a hámréteg felsőbb soraiban és a basális sejtekben és ezzel szemben nagyobb menynyiségü pigment jelenléte a cutisban.

Ezen kóros pigmentatiotól eltekintve a mirigyek egy része egyéb kóros elváltozásokat nem mutat. Nagyobb részüknél azonban typikus gümös elváltozásokat találtunk. Némely metszet majdnem egészében normális mirigyszövetet mutat, csak a közepén látható egy nekrotikus terület, melyen belül a szöveti szerkezet teljesen elmosódott, rendes megfestés nincs, csak szabálytalan alakú és rendetlenül elszórt, rosszul festődő magrögöket lehet megkülönböztetni az eosinnal és picrorubinnal élénkvörösre festődő, durván reczézett szövetben. Helyenként még magrögök sem láthatók, úgy hogy itt a szövet teljesen egynemü. Ezen elhalási gócz körül különböző szélességü övben typikus epitheloidsejtek következnek, melyek között elszórtan Langhans-féle óriássejtek láthatók koszorú vagy sarló alakban elhelyezett hosszúkás magvakkal. Az epitheloidsejtek rétege után lymphoid szövet következik, mely teljesen megfelel a mirigyek normális szövetének. Más metszeteken az elváltozások sokkal kifejezettebbek: a mirigyek normális szövete néhány keskeny köteggé redukálódott, és a metszet majdnem egész kiterjedésében teljesen elsajtosodott és nagyszámú óriássejttel behintett területekből áll. Koch-féle bacillusokat nem találtunk, noha nagyszámú készitményt néztünk át ezen czélból nagy gondossággal. A szövettani kép azonban egymagában is oly jellemző, hogy a felületes nyirokmirigyek egy részének gümös megbetegedése kétségen kivül áll.

A mirigyekben talált elváltozások természetesen újra felszinre vetik a *pityriasis rubra és a tuberculosis közti összefüggés* kérdését. E körülményre először (1883) tulajdonképen *Rienecker* hivta fel a figyelmet. Szerinte „az elszarúsodási rendellenesség oka általános táplálkozási zavarban keresendő, és pedig a kórboncztani lelet több halálos kimenetelü esetben gümös diathesis mellett szól". *Besnier* 1892-ben tisztán klinikai tünetek alapján szintén állította bizonyos exfoliativ erythrodermiáknak a tuberculosissal való összefüggését. *Jadassohn* volt azonban az első, a ki a pityriasis rubráról irt kitünő munkájában (1892) a két betegség közti viszonyt nyomatékosabban és pedig szigorúan tudományos bizonyítékok alapján hangsúlyozta. Ő ugyanis pontosan áttanulmányozta az előtte közölt összes eseteket, és arra a meglepő eredményre jutott, hogy azon 7 eset közül, mely 16 megbizható módon kórismézett pityriasis rubra esetből bonczolásra került,

6-nál fiatalabb vagy régibb gümős elváltozások voltak jelen. Ehhez számítva saját két esetét, melyben a pityriasis rubra kórisméjét a klinikai lefolyás, a tuberculosis jelenlétét pedig gümös szöveti elváltozásoknak és Koch-féle bacillusoknak a megnagyobbodott mirigyekben való kimutatása biztosította, azt lehet mondani, hogy 18 pityriasis rubra eset közül 8-nál biztosan, 2-nél csak valószinűleg volt tuberculosis, míg a többi esetben gümökór felvételére positiv támpontok nem voltak. *Jadassohn* a két betegség gyakori együttes előfordulására elfogadható magyarázatot adni nem tudott és azért a tények egyszerü constatálására szorítkozva kijelenti „dass von einem für uns verständlichen gesetzmässigen inneren Zusammenhang beider Affectionen — der Tuberculose und der Pityriasis ruba — gar keine Rede sein kann".

A kérdés ezután hosszú időre lekerült a napirendről és csak újabban *Bruusgaard* esete terelte rá ismét a figyelmet. Az eset az „Archiv für Dermatologie und Syphilis" 1903. évfolyamában van ismertetve és azért erre való hivatkozással röviden csak azt említem fel róla, hogy a betegnél, ki egy főbb vonásaiban a pityriasis rubrához hasonló bőrbetegségben szenvedett, általános nyirokmirigytuberculosison kivül a bőrnek szövettanilag is kimutatott gümős megbetegedése volt jelen, melyet a positiv eredményü bacillus-festés kétségtelenné tett. Ezen eset bizonyítja, hogy léteznek a bőrnek specifikusan gümös, Koch-féle bacillusok által okozott megbetegedései, melyek teljesen az exfoliativ erythrodermiák képe alatt folynak le. *Bruusgaard* az ilyen eseteket *erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa* néven a tuberculosis exanthemái közé sorolná.

A leirt esetet támogatja és részben kiegészíti a *Wertheimer-Finger*-féle eset, melynek klinikai leirása azonban, sajnos, hiányzik. Az állitólag pityriasis rubrában szenvedett bőréből származó szövettani készítmények, melyeket *Jadassohn* is átnézett és részletesen leirt, typikus gümös elváltozásokat mutattak. Az esetnek bizonyító értékéből sokat levon az a körülmény, hogy a gümös szöveti elváltozások kiindulásának helye igen kétséges. Azon körülmény ugyanis, hogy a gümös szövet „a cutisnak legmélyebb és a böralatti kötőszövetnek legfelsőbb rétegeiben foglalt helyet", míg „a tulajdonképeni irhában a tuberculosisnak jellemző tünetei teljesen hiányoztak", nem zárja ki azon már *Jadassohn* által is concedált lehetőséget, hogy a gümös folyamat egy a bőr alatt fekvő képletről, legvalószinübben valamely mirigyről per contiguitatem terjedt át a bőrbe.

Ezen észleletekkel kapcsolatban bizonyos jelentőséget nyer a *Kopytowski* és *Wielowieyski* által 1901-ben ismertetett eset. Ezek a szerzők a bőrben diffuss lobos góczokon kivül körülirt sejtes beszürődéseket és azokban óriás- és epitheloidsejteket találtak. Gümőbacillust azonban sem a bőrben, sem az egyik kimetszett mirigyben nem tudtak kimutatni. Ezen lelet épen a *Bruusgaard* esetére való tekintettel a tuberculosis szempontjából mindenesetre a legkomolyabb figyelemben részesitendő, bár az elváltozások nem félremagyarázhatatlanul jellemzőek tuberculosisra. *Nicolau* pl. tekintettel arra, hogy az óriássejtek az elpusztult szőrtüszőkből képződött miliumok körül foglalták helyet, a szerzők által leirt óriássejteket úgynevezett makrophag sejteknek (Fremdkörperriesenzellen) tartja. Ezzel szemben *Török*, a kinek ebbeni véleményét szóbeli közlése révén van szerencsém ismerni, *Kopytowski* és *Wielowieyski* esetében a szövettani lelet és az analogia révén határozottan a bőrtuberculosis egy alakját látja fennforogni, a bakteriologiai lelet és klinikus jelek alapján pedig felveszi, hogy az illető beteg sepsisben halt el.

Ha azonban az utóbbi két esettől eltekintünk, minthogy azoknál szerény véleményem szerint a gümös eredet felvételére elegendő positiv adat felett mégsem rendelkezünk, akkor saját esetünk a harmadik az irodalomban, melyben typikus pityriasis rubra kiséretében a felületes nyirokmirigyek gümös megbetegedése minden kétséget kizáró módon megállapítható.

Esetünkben különben a mirigyek megbetegedésén kivül a *tüdőkben* is voltak bár kisfokú, de határozottan *gümös* elváltozások. A kórboncztani jegyzőkönyv *tubercula pulmonum*-ról tesz említést, a következőképen irva le a tüdők állapotát: „Jobb tüdő nagyobb, hátsó részei vérdúsak, légszegények, valamivel tömöttebbek és vizenyősebbek. Metszési lapon számos borsónyi-mogyorónyi vérzéses terület látható, melyek kissé elmosódott határúak, középükön helyenként homályos szemcsésedéssel. Az alsó lebeny hörgeiben sok szürkés nyálka; hörgök nyálkahártyája belövelt. Tüdőcsúcs mindenütt légtartalmú, megtömörödve nincsen. *A felső lebeny mellső részeiben azonban 2, a középső lebenyben pedig egy mogyorónyi területen a tüdőszövet tömött, légtelen, mákszemnyi egész kölesnyi sajtos göbökkel behintett*, melyek között a tüdőszövet részint palásszürkén, részint rózsaszínü homályosan szemcsézett. A tüdő mellső részei légpárnatapintatúak, valamivel erősebben tágult léghólyagcsákkal. Bal tüdőcsúcs majdnem hasonlóképen teljesen ép, felső lebenyében, különösen annak oldalsó részeiben *4 borsó egészen mogyorónagyságú, szívós, légszegény terület van, melyek a jobb tüdőben leirtakhoz hasonlóan részint palaszürke, részint kisebb-nagyobb sajtos gümökből állanak.*"

A bonczolat ezenkivül jobboldalt *arthritis deformans coxae*-t állapított meg, mely némi valószinüséggel szintén a tuberculosis rovására irható. Legalább is az a körülmény, hogy a betegnek izületi baja 5 éves korában volt meg (l. anamnesis) és hogy azóta a megbetegedett láb rövidebb, feljogosit bizonyos fokig annak felvételére, hogy a bonczolat alkalmával talált izületi elváltozások valószinüleg egy még a zsenge gyermekkorban lefolyt gümös coxitis maradványait képezik.

Adatainkból természetesen messzire menő következtetéseket nem vonhatunk, még akkor sem, ha azok támogatására az előttünk közölt észleletekre hivatkozunk. Csak egyszerüen constatálni kivántuk az általunk észlelt tényeket, abban a tudatban, hogy sokkal nagyobb számú észleletre, első sorban pedig sectiókkal ellenőrzött esetekre van szükség abból a czélból, hogy a gümökórnak a pityriasis rubra aetiologiájában biztos szerepet tulajdonítsunk.

Ha azonban saját adatainkat, melyek csak egy igénytelen láncszemet képeznek az észleletek sorában, összevetjük *Jadassohn*nak positiv bacilláris lelet által támogatott eseteivel, továbbá a *Wertheim-Finger*-féle szövettani lelettel és a *Kopytowski-Wielowieyski* által leirt óriássejtekkel, ha végre tekintetbe veszszük *Bruusgaard*-nak bizonyító erejü és félremagyarázhatatlan észleletét, akkor nehéz elnyomnunk azt a törekvést, hogy az exfoliativ erythrodermiák némely alakjának és a gümös megbetegedéseknek (különösen nyirokmirigytuberculosisnak) együttes előfordulásában a puszta véletlennél többet ne lássunk. Ellenkezőleg mindezen észleletek valószinüvé teszik, hogy a *pityriasis rubra klinikai képében megjelenő kórfolyamatok egy része a tuberculosissal szoros pathogenetikus összefüggésben áll.* Az összfüggés mibenlétét, módját nem ismerjük, lehet, hogy (bizonyos esetekben legalább) a *toxi tuberculidek* egy alakjával állunk szemben. A végleges döntés e kérdésben a jövő észleleteinek és vizsgálatainak van fenntartva.

Végül legyen szabad mélyen tisztelt főnökömnek, *Marschalkó* tanárnak e helyütt is hálás köszönetemet kifejeznem az eset szives átengedéséért, nemkülönben nagybecsü érdeklődéséért és támogatásáért, melyben az eset feldolgozása közben részesiteni szives volt.

Irodalom. Besnier: Pathologie et traitement des maladies de la peau par Kaposi. Traduction française par B. et Doyon. Paris, 1891. — *Brocq*: Note sur l'anatomie path. de la dermatite exfol. gén. Annales de dermat. 1882. — *Brocq:* Étude critique et clinique sur la dermatite exfol. gén. Paris, 1883. — *Brocq:* Étude critique et clinique sur la pityriasis rubra. Archiv gén. de méd. 1884. — *Brocq*: Congrès internat. de dermatologie à Paris. Comptes rendus, 1890. — *Brocq*: Erythrodermies exfoliantes généralisées. La pratique dermatologique par Besnier, Brocq et Jaquet. II. 1901. — *Bruusgaard:* Beitrag zu den tuberculösen Hauteruptionen. Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa. Archiv f. Derm. und Syphilis. 1903. 67. kötet. — *Cahn*: Über Pityriasis rubra. Dissert. Würzburg. 1884. — *Doutrelepont:* Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra). Arch. f. Derm. u. Syph. 1900. 51. kötet. — *Elsenberg*: Pityriasis rubra universalis. Vierteljahrsschrift für Derm. u. Syph. 1887. — *Fleischmann:* Zur Lehre von der Pityriasis rubra. Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph. 1877. — *F. Hebra:* Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1874. — *H. Hebra:* Pityriasis rubra. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1876. — *H. Hebra*: Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1884. — *Jadassohn*: Über die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberculose nebst Bemerkungen über Pigmentverschleppung aus der Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891. 23. k. — *Kaposi*: Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. 1896. — *Kopytowski* és *Wielowieyski:* Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra (Hebrae). Archiv f. Derm. u. Syph. 1901. 57. k. — *Kreibich:* Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1904. — *Nicolau:* Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et

de la pseudoleucémie. Annales de Derm. et Syph. 1905. — *Peter*: Über Pityriasis rubra und die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Pseudoleucämie. Dermat. Zeitschr. 1893—94. — *Petrini*: Congrès internat. de Dermat. 1890. Paris. — *Savill*: Über eine epidemisch auftretende Hautkrankheit. Monatshefte f. prakt. Dermat. 15. k. 1892. — *Schwimmer*: „Pityriasis". Eulenburg: Real-Encyclopädie-ban. — *Schwimmer*: Pester med.-chir. Presse. 1884. — *Sellei*: Die Pityriasis rubra (Hebra). Arch. f. Derm. u. Syph. 1901. 55. k. — *Tommasoli*: Beitrag zur Histologie der Pityriasis rubra. Monatshefte f. prakt. Derm. 9. k. 6. f. — *Török*: Erythema scarlatiniforme mit protrahirtem Verlaufe. Archiv f. Derm. u. Syph. 1893. — *Török*: Die exfoliativen Erythrodermien. Mraček: Handbuch der Hautkrankheiten. I. k. — *Tschlenow*: Ein Beitrag zur Kenntniss der Pityriasis rubra (Hebra). Archiv für Derm. u. Syph. 1903. 64. k.

Richter-féle thyreoidea-tablettákkal kezelt cretinismus sporadicus esete.

Közli: *Deutsch Ernő* dr.

L. B. négy hónapos gyermeket 1905. október hó 28.-án a következő állapotban mutatták be az ingyentej-intézmény rendelésén:

Fej alaktalan, hátsó részében széles, előfelé keskeny. A kifejezés nélküli arcz gömbölyü, merev. Homlok lapos, keskeny s alacsony, bőre megvastagodott. A szemhéjak a szemeket duzzadtságuk folytán részben fedik, halaványak, kissé kékesbe

játszók. A vastag, rövid, széles orr alapján besüppedt. A pofák felfujtak, alsó részük lelógó. Ajkak vastagok, kékesbe játszók. Száj nagy, széles, s csak elvétve van teljesen csukva. A formátlanul vastag nyelv az ajkakat túlhaladja, néha a szájból kilóg. Áll rövid, lapos. Fülek vastagok, elállók, kissé kékesbe játszók, viaszfényüek.

Nyak rövid, vastag, fej mintegy a vállak közé van ékelve. Glandula thyreoidea nem tapintható.

Mellkas hordószerü, kulcsfeletti árkok s hónaljürök erősen kitöltöttek. Hát gömbölyü, gerinczoszlop kissé jobb felé tér el.

Has formátlan, erősen meteoristikus. Kis tojásnyi köldökséry, sérvtartalom a hasürbe könnyen visszahelyezhető.

Húgyivarszervekben semmi eltérés.

Végtagok esetlenek. Kezek ujjai rövidek, vastagok; láb rövid, alaktalan, kissé oedemás.

Haj sörteszerü, vastag, kemény, törékeny. Körmök rövidek, vékonyak.

Bőr hideg, száraz tapintatú, színe sárga, helyenként kékesbe játszó, duzzadt, néhol ránczos, az ujjbenyomatot nem tartja meg.

Nyálkahártyák kissé duzzadtak, halványak.

Súly: 5700 gm.

Az anyának középmennyiségü teje van, emlőjét háromóránként nyujtja.

Vizelet s bélsár normális.

Az anya kijelentése szerint családjában hasonló eset nem fordult elő. A gyermek apathikus, külvilági benyomásra nem reagál, miről bemutatáskor hang és fénybenyomásokkal magam is meggyőződtem.

Tabl. thyreoid. sec. *Richter* nyujtásával három hó alatt értem el azon eredményt, melyet a mellékelt két ábra a leirásnál jobban érzékit. A köztakaró s a vele összefüggő hámképletek mineműsége már két héten belül megváltozik, a nyelv duzzanata enged, az arcz kifejezése javul, az apathia visszafejlődik, az esetlen formák rendeseknek adnak helyet; egy szóval a bemutatáskor határozottan hülye benyomást tevő gyermek jelenleg normális kisded képét adja. A gyógyszert időnkénti megszakításokkal $^1/_2$—$1^1/_2$ tabletta pro die adagban rendeltem.

A kezelés alatt semminemü kóros, a tabletták nyujtására vonatkoztatható tünet nem jelentkezett. A súlymenet hetes feltüntetése a következő: 5700, 5520, 5700 (három héten állandó, cat. intest. ac.), 5800, 6100, 6400, 6300 (influenza), 6450, 6600 (kép felvételének ideje), 6900, 7000, 7200, 7500, 7600 gm.

Az eset nem ritka, s azért nem igényelhet nagyobb érdeklődést. S ha még is közlöm, teszem ezt azért, mert a meglepően szép eredményt magyar, a külföldieknél olcsóbb készítménynyel értük el.

A gyermek továbbra is megfigyelésem alatt marad, s időnként thyreoidea-tablettákat fog kapni.

TÁRCZA.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

A kivándorlást lebonyolító hajókon a fedélköz vagy egészen nyitott, vagy egy része négy ágyra berendezett fülkékre van beosztva. Az utóbbi alkotja az úgynevezett harmadosztályt. A Cunard-társaság Slavonia hajóján csak a nyitott fedélköz van meg. Azt hiszem ez az egyetlen hajója a társaságnak, a melyen nincsen meg a cabinrendszerü harmadosztály. Ennek a magyarázata az, hogy a Slavonia nem Cunard-typus. A hajót a British-India-Steamship-Company építette az Indiai tengerre; a hajó még ma is úgy van berendezve, a hogy azt a forró égövi hajlat viszonyait véve tekintetbe építették. Lényeges változtatás nem történt rajta és így maradt meg a nyitott fedélköz. Ezen a ponton megint találkozunk egy panaszszal, a melyet elég gyakran emlegetnek és a melynek igen sok ember hitelt ad, mert részben nem ismeri a körülményeket, részben sohasem utazott Amerikába, sem Fiuméból, sem Hamburgból, sem Liverpoolból. Mert ha utazott volna és ismerné a viszonyokat, nem venné készpénznek a nagyhangon hirdetett panaszt.

Ez a panasz úgy szól, hogy a míg minden hajóstársaság kivétel nélkül cabinokban szállítja a kivándorlókat, addig a Cunard-társaság nyitott fedélközökben viszi a magyarokat Amerikába, pedig azért a pénzért a német hajóstársaságok cabint adnak egy-egy családnak és az összetartozóknak. Ezt az épületes dolgot a német hajóstársaságok hirdetik és igen sokan fel is ülnek neki. Mindenekelőtt ez a panasz így meg nem áll, mert ott van például a Carpathia és Pannonia, a melyeken cabinrendszer van és mindazokon a Cunard-hajókon, a melyek Liverpool—New-York és Boston között közlekednek, de közel sem azért, a miért a könnyen hivő közönség gondolja, mert akkor a Slavonián is csakugyan be kellene hozni a cabinrendszert, a mi a társaságnak pénzébe nem kerülne, de viszont a közönség vallaná kárát.

A dolog magyarázata nagyon egyszerű és szoros összefüggésben van a közegészségügygyel. A Havre, Hamburg, Bréma, Liverpool és Southampton kikötőkből kiinduló hajók New-York felé útjokban nem jönnek lejebb a 40°-nál. Vagyis ez annyit jelent, hogy az útvonal, ha nem is a hideg, de a hüvös zónára esik; a ki pedig hajókázott az Atlanti-óczeánon, az keservesen emlegette azt a bölcs magyar tanácsot, hogy szent György naptól szent Mihály napig bundádat el ne hagyd. Az Atlanti-óczeánon még augusztusban is van alkalma dideregni, sőt fázni is az embernek. Itt van a magyarázata a többi hajóstársaság cabinrendszerének. Az éghajlati viszonyok erőszakolták ki ezt az intézkedést, a mi ott be is válik és feltétlenül helyes. A cabinrendszer ott tehát nem valami különös kedvezmény, hanem kényszerítő kötelesség.

Másképen áll azonban a dolog azokra a hajókra nézve, a melyek a Földközi-tengert szelik át útjokban. A Fiuméból kiinduló hajók egész az Azorokig, tehát útjoknak majdnem két-harmadát a meleg zónában teszik meg. Hogy a Földközi-tengeren milyen a nyári utazás gőzösön, azt csak az tudja, a kinek ebben többször volt része. Még fenn a legfelső fedélzeten is, a hol mindig fujdogál egy kis szellő, velőt olvasztó és vért felforraló a hőség nyáron, télen pedig még hüvösnek sem mondható állandóan az időjárás. Tessék már most elképzelni ezt a hőséget a fedélközben nyáron, cabinrendszer mellett. Mi fenn a fedélzeten sóhajtoztunk az óczeán hüs levegője után és valóságos velenczei ólomkamrákat élveztünk lenn a nyitott fedélközben, a hol még éjszaka is képtelenség volt alvásra gondolni. Nem is aludt odalenn senki, csak a kisebb gyermekek, míg a többiek, mind a szabad ég alatt, nem aludtak, hanem kapkodtak levegő után. Nem ilyen mértékben, de azért télen is meleg a fedélköz, úgy hogy tulajdonképen az óczeán előtt nem igen kell füteni.

Ez az oka és egyszerű magyarázata annak a ténynek, hogy a Cunard-társaság nem alakíttatta át a Slavoniát, hanem meghagyta úgy, a hogy azt az indiai szolgálatra berendezték, mindenféle mesterséges szellőző készülékkel felszerelve. Mert a hideg ellen van remedium, de a meleg elől senki sem futhat a svájczi hegyek alá üdülni.

Abban a fülledt, nyomasztó nyári levegőben még a nyitott fedélközt is bajos jól szellőztetni, nemhogy még a zárt cabinokat, melyeknek még az első és második osztályú folyosóin is megszorul a levegő. Ime újra oly panasz, a melynek nemcsak hogy semmi jogosultsága nincs, de határozottan előnyére válik a fedélközben utazó kivándorlóknak.

IV.

A Slavonia fedélközében kétezer utasra van hely, még pedig kényelmesen, és túlzsufoltságról akkor sem lehet beszélni, ha mind a kétezer ágy el van foglalva. Átlagban, mint már többször említettem, ezerkétszáz ezerötszáz között váltakozott az utasok száma. Az ágyak két sorosak és teljesen megfelelnek a törvény követelményeinek; sőt a kényelemnek is van egy kis engedmény téve, amenyiben, mint az angol hajók mindegyikén, az ágyak nem deszkaládák, hanem fonott drótból készültek, ruganyos drótaljjal, a melyeket rendkivül könnyü tisztán tartani, esetleg desinficiálni. A sectiók tágasak, jól szellőztethetők és világosak. Elég nagyok arra, hogy csös időben, vagy vihar alkalmával az utasok lenn tartózkodhassanak esetleg napokon keresztül.

Az ágyakat a magyar kivándorlási törvény értelmében egyszerü szalmazsákokkal látja el a társaság és még fejvánkost is ad hozzá. De hozzáteszem, hogy azok a különböző nemzetiségi utasok is, a kik Európába jönnek a Slavonián, mind egytől-egyig megkapják a szalmazsákjukat. Nem úgy, mint Hamburgban és Brémában láttam, hogy azok a nyomorult kivándorlók, a kiknek volt, az ágyneműjüket, a kiknek nem volt, ruhadarabjaikat rakosgatták az ágyukra, hogy legalább a fejük alatt legyen valami. Ez a magyarázata annak, hogy különösen a Felsőmagyarországból jövő kivándorlók dunyhákkal, paplanokkal, pokróczokkal úgy fel vannak szerelve, mintha legalább is Szibériába utaznának. Ezeknek az ismerősei, rokonai ugyanis a régebbi időben, de még elég nagy számban most is, Hamburgon vagy Brémán át mennek Amerikába és keserves tapasztalataikat szépen megirják haza. Az ilyen figyelmeztető leveleket kapó családok még elemózsiát is annyit hoznak magokkal, hogy egy század kapásnak elegendő volna. A Slavonián, tapasztalatból mondhatom, ez az elemózsia legnagyobb részben a tengerbe vándorol, részben mert nem tudják elfogyasztani, részben mert elromlik. De az igazsághoz hüen meg kell jegyeznem azt is, hogy a míg sok kenyeret és húst láttam a hullámok martalékává lenni, sohasem volt alkalmam tapasztalni, hogy teli boros vagy pálinkás üveg repült volna a tengerbe.

Nem érdektelenek az ital körüli megfigyelések. Mi különösen, de ma már az angol hajóstisztek is ismerik a magyar embernek azt a természetét, hogy szereti a bort, no meg a pálinkát sem veti meg. Lehetőleg vigyáztunk arra, hogy bor ne kerüljön a hajóra, mert nekem a hat hónap alatt nem egyszer volt alkalmam találkozni Bacchus mély tisztelőivel, a kikkel csak kézzelfoghatólag tudtam megértetni, hogy a fedélközben veszedelmes a dohányzás. Magyar ember különösen akkor nem tud lemondani a pipájáról, ha iszik és ha, a mi ezzel jár, búsul a hon-haza állapotán. Különösen ez volt az oka, hogy én és az én kedves magyar tiszt barátom, valóságos inquisitorius szemmel figyeltünk a kikötőkben, hogy bor ne kerüljön a hajóra. És mégis, mikor este, jóval indulás után rendes felügyelő sétánkat tettük, nem egy pipázó alak állott elénk, mondván: „Kapitány urak! fene mód mozog ez a hajó!“ A pipákat elvettük, hanem a bor . . . no arra rendesen homokot öntött a fedélközi pinczér. Hogyan, mikép csempészték a bort a hajóra, arról még ma sincs fogalmam. Mondom, nem a borért veszekedtünk mi, hanem attól féltünk, hogy egyszer részeg fővel fejünkre gyujtják a hajót. Hanem azért bor mégis került a hajóra, minden kikötőben.

Festő ecsetjére méltó az a kép, a melyet egy kivándorlóhajó mutat a behajózás végével, vagyis körülbelül egy órával az indulás előtt A bejárón még tolong az utolsó csoport: bukdácsolva, két kezében utolsó megmaradt czókmókjával, arczán a bámulat és megrettenés kifejezésével tünik el a széles, első pillanatra homályos folyosón. A különböző sectiókban, mint egy óriási méhkasban zsongnak, zúgnak az emberek. Riadt szemekkel néznek egymásra és a később jövő a már ott lévőtől iparkodik ellesni, hogy mit kell csinálnia. Az apróbb gyermekek görcsösen kapaszkodnak szülőik ruhájába és némelyiknek hangos, keserves sírása kiválik ebből a hangzavarból. A rendetlenség nem tart soká. Ágyukat hamar megtalálják, elhelyezik csekélyke motyójukat, megigazítják fejük alját és azután az első lépcsőn, a melyet meglátnak, tolongnak fel a fedélzetre. Mind a két fedélzet csakúgy feketéllik az emberektől. A korlátok mellett hármas sorban állanak és a ki már oda nem fér, az mászik fel az emelő rudakra, fedélzet-házikók tetejére, desinficiáló gépre, vasoszlopokra, mindenhová, a hol egy parányi hely van. A Slavonia hatalmas teste kissé a part felé billen, az eloldott kötelek nagyot locscsannak a tengerben, megszólal a gőzkürt, a hajó orra az öböl kijárata felé fordul, a két fedélzeten felhangzik a Hymnus és a kivándorlók megkezdték utjukat az Újvilág felé. . .

Estére már rend van. Mindenkinek megvan a helye és már ott motoszkál az ágya körül. Az első étkezésnél az ismerősök egymás mellé kerülnek és az elhelyezésnél nyoma sincs a tolongásnak, a lármának A ki először látja a kivándorlóhajót elindulni és nem röstel lemenni a fedélközbe, az bizonyára elképedve csapja össze mind a két kezét és azt gondolja, na itt ugyan szép kis verekedés lesz, a mikor majd megszólal az ebédre hivó csengetyü. Revolveres rendörről, szuronyos csendörről elmélkedik és csodálkozni fog, hogy a felszolgáló pinczéreken kivül senki sincs itt; azok is nagy lelki nyugalommal az adagokat mérik a leveses csészébe és a tányérba. Nincs is szükség nemhogy rendörre és csendörre, de még egy figyelmeztető szóra sem. Az angol practikus és nem ma hajóz be először ezerötszáz embert. Az asztalok terítve vannak, a helyiség elég tágas, az asztalokon annyi teríték, a hányan a sectioban vannak, üljön mindenki oda, a hová akar. A rendfenntartást rábizza a közönségre és mert nagyon jól tudja, hogy mennél jobban iparkodik rendezkedni, helyet kijelölni, annál nagyobb lesz a rendetlenség, nem avatkozik bele. És ezzel a methodussal eléri azt a pompás eredményt, a mi épen megfordítottja a mi úri bankettjeinknek, a hol majd letapossák az ember lábát.

A fedélközben lévő tömérdek ember, relative véve a dolgot, a közegészségügy szempontjából mégis csak össze van zsufolva, aránylag kis területen. Hogy tehát ezt a relativ aránytalanságot lehetőleg a rendes körülményeknek megfelelően alakítsuk át,

bizonyos intézkedéseket kell tenni, a melyek a túlzsufoltságból szinte önként következnek.

Első elengedhetetlen feltétel a lehető legszigorubb tisztaság. A mi ezt illeti, ebben a tekintetben a Cunard-hajók ellen nem lehet panasz. Majdnem azt lehet mondani, szinte túlságba viszik a tisztaság szerepét. Elkezdik a hajót festeni Fiuméban és festik New-Yorkig; ott megtörténik a nagy takarítás és New Yorkból elindulva festik a hajót egész Fiuméig. Az angol nem szereti a czifraságot, de annál többet ad a tisztaságra és a külső csinra. Hogy nem túlzás a mit mondok a festésről, hivatkozom a hajóorvosi naplóra, a hol megtalálhatók azok nevei, a kik orvosi rendeletre kaptak más munkát, mert a folytonos mázolás következtében fehér- és vöröslátást kaptak, fejfájással és szédüléssel összekötve. De a tisztogatást sem lehet csakúgy felületesen csinálni, mert az egész fedélköz fehérre van mázolva, a min hamar észre lehet venni a piszkot. *Günther József* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1904/1905. tanítási évről. Szerkesztette **Dollinger Gyula** egyet. nyilv. rendes tanár. Mesterük vezetésével és közreműködésével irták: **Zimmermann Károly** dr., **Holzwarth Jenő** dr. egyetemi tanársegédek, **Illyés Géza** dr. egyet. magántanár, **Gergő Imre, Mihálkovics Elemér, Navratil Dezső, Paleta Viktor, Remenár Elek, Steiner Pál, Szily Pál, Gellért Elemér, Lobmayer Géza** dr. ok, műtőnövendékek. IV. kötet, VIII. évfolyama.

Immár negyedizben jelenik meg a könyvpiaczon a *Dollinger* tanár által vezetett I. számú sebészeti klinika évkönyve, sűrűn nyomott 515 oldalas vaskos kötetben adva számot arról a pihenést nem ismerő, fáradságos munkáról, melyet a kiváló mester és jeles tanítványai a reájok bizott betegek gyógyítása és a magyar tudományosság előbbrevitele érdekében kifejtenek.

A könyv zömét a klinikán ápolt és operált betegeknek az egyes kórformák szerint csoportosított kórtörténetei s az ezen kórtörténetekhez fűzött epikritikus megjegyzések teszik. Az általános részben nehány nagyobb tanulmány: „A gümös csont- és izületi betegségek gyógykezelése“, „A rákbetegségek gyógykezelésével a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikáján elért eredmények“ *Dollinger* tanár tollából, továbbá *Steiner Pál* dr.-tól: „Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével elért eredményekre“ és *Remenár Elek* dr.-tól: „A paragummi-keztyük használata“, melyek az Orvosi Hetilap olvasói előtt már ismeretesek és végül *Gellért Elemér* dolgozata „A *Roth-Dräger*-féle készülékkel végzett oxygen-chloroformnarcosisról“ foglal helyet. Ez utóbbi 100 ilyen eljárással narcotizált egyénen tett gondos megfigyelések alapján a narcosisnak ezen módját igen biztosnak és előnyösnek tünteti fel és bizonyára hozzá fog járulni az eljárásnak hazánkban meghonosulásához. Az általános rész utolsó czikkében *Dollinger* tanár egy a felkarbütykökre erősített műkezet ir le, mely ugyanazon elvek alapján készült, mint a *Dollinger* tanár által már régebben leirt alszár- és lábprothesis, melynek megerősítési pontja a czombbütykökön van.

A részletes rész a sebészeti tankönyvek szokott sorrendjében foglalja össze a klinikán észlelt érdekesnél érdekesebb esetek, s az ott végrehajtott szebbnél szebb műtétek nagy tömegét. Rövid referatumra a casuistikai anyagnak ily halmaza természetesen nem alkalmas. Csak annyit mondhatunk, hogy a kórtörténetek plastikus voltán, alaposságán meglátszik, hogy kiváló gonddal és szorgalommal készültek s hogy haszonnal forgathatja a könyvet úgy a tanuló — ki tankönyvének száraz tételeit ezen műben százakra menő élő példával látja illustrálva s minden lapon újra és újra meggyőződhetik arról, minő fényes eredményeket képes a sebész manapság a legsúlyosabb esetekben is elérni —, mint a szakember, ki a gyakorlatában előforduló esetekhez analogiát, végzendő műtéteihez számos ügyes technikai utasítást talál e könyvben.

Hogy mint a tudományos anyaggyüjtés egyik forrása minő kitünő szolgálatot tesznek ez „Évkönyvnek“, azt bizonyítják az általános részben közölt, a rákoperálás eredményeiről irt kiváló dolgozatok, melyeknek alapját épen az ezen évkönyvekben összehordott rengeteg anyag képezi. Az ezen dolgozatokból kivilágló ama tény, hogy az I. számú sebészeti klinikán operált rákos betegek 41¼%-a 5 esztendőn túl recidivamentes, igen felemelő tudat lehet mindenkire, a ki maga is foglalkozik rákok kiirtásával. Biztatás és bátorítás ez a sebészeknek, hogy tovább haladjanak a már megkezdett úton, és kétségen kivül a leghatásosabb eszköz arra, hogy a rák-operatio népszerüvé váljék s a laikus és hivatásos Saulusokból a rákműtétek hasznosságát ismerő és hirdető Paulusok váljanak.

A klinika 4 ambulantiájáról (sebészeti 5436, orthopaediai 3158, urologiai 509 és orr-gégészeti 350 beteggel) szóló statistikai kimutatások egészitik ki az évkönyvet.

Bizton hiszszük, hogy sokan fogják olvasni e munkát. S a kik elolvassák, egyaránt élvezetesnek és tanulságosnak fogják találni és egyértelmüen fogják kivánni az 5. kötetet. *P.*

Salamon Henrik: A stomatologia tanításának története Magyarországon 1906-ig. *Árkövy József* dr., egyet. tanár tanítói működésének 25. évi emléknapja alkalmából. Kiadatott a m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister támogatásával. Budapest 1906. Nyomatott az „Árpád“ könyvnyomdában. 329 lap. 23 illustratioval.

Árkövy József dr. professor tanítói működésének 25. évfordulója s a fogászat tanszékének rendszeresítése időbelileg összeesik egymással. Egy czéltudatos, következetes tudományos működés jubileumához érkezhet-e beszédesebb üdvözlet, mint a kathedrát ékesítő néma babérkoszorú?

Árkövy assistense: *Salamon Henrik*, mestere kettős ünnepe alkalmával megirta a stomatologia tanításának hazai történetét. Ezen szakma fejlődésének utolsó szaka, vagyis épen az az idő, melyben a stomatologia nagy lépésekkel haladt tökéletesedése útján, összeesik *Árkövy* működésével. De nemcsak összeesik, hanem sok tekintetben személyéhez is van forrva. Működésének méltatását minden modern külföldi fogászatban megtaláljuk, de szól róla már az orvosi történelem is, jeléül annak, hogy mily messzi időre nyúlik vissza tudományos tevékenysége.

A fogászat mint önálló tudományág a XVIII. század második felében bontakozott ki Európában. Ugyszólván disciplina rangjára emelte 1756-ban *Philipp Pfaff* porosz udvari fogorvos korszakalkotó művével: „Abhandlung von den Zähnen des menschlichen Körpers und deren Krankheiten. Mit Kupfern. Berlin, bey Haude und Spener“, melyet a hires *Lieberkühn*-nek ajánlott.

A fogászat történetének első nyomát hazánkban az 1799. évben találjuk. Ekkor adta ki a budai egyetem orvosi facultása az első fogászmesteri oklevelet. Magyar nyelven az első szakmunka *Takács Pál*-tól való: „A szorgalmatos fogorvos, avagy megmutatott okai a fogfájásnak, stb.“ czímmel, bár németből fordíttatott. Megjelent 1831-ben Budán.

Első egyetemi képviselője a fogászatnak *Nedelko Döme* dr. volt, kit V. Ferdinánd nevezett ki 1844-ben a szakma nyilv. rk. tanárává.

Nedelko működésének ismertetésével kezdődik tulajdonképen Salamon könyve, melyet *Barna Ignácz* életén és munkásságán folytat. Uj aerája a fogászatnak *Iszlay József* és *Árkövy József* fellépésével kezdődik. Salamon, ki mindkettőjükhöz közel állott, tanítványuk volt, a személyes közeli ismeretség folytán igen eleven képét tudta festeni mindkét férfiúnak. *Iszlay* egyéniségét, magándolgait ugyan sok helyütt feltünően éles kritikával, de mint maga irja „tiszta meggyőződéssel, sine ira et studio“ festette le. *Iszlay* alapította az első hazai fogászati társulatot, ő adta ki az első magyar nyelvű fogászati folyóiratot, az „Odontoskop“-ot 1892-ben, mely azonban 1897 végével megszünt.

A 66. lapon, a IV. fejezettel kezdődik a mű legterjedelmesebb része: a jubiláló *Árkövy* professor küzdelmekben és sikerekben egyaránt dús életének vázolása.

Küzdelmeit férfiasan állotta, sikereit megérdemelte, s tudományos működésével becsületet szerzett hazájának a külföld előtt. Salamon Henrik teljes életrajzát adja *Árkövy*-nek, ifjúkorától fogva,

az egyetemi éveken keresztül, majd vázolja azt a hatást, melylyel *Balogh Kálmán* volt az ifjúra, leirja külföldi utait, s végül szakadatlan munkásságát idehaza, mely nemcsak erkölcsi, de sokszor anyagi erőit is igénybe vette.

Tanitványai tevékenységének szenteli a szerző a következő fejezetet.

Megirta ezen kivül a stomatologia tanügyi viszonyait, összeállította a ministeri rendeleteket stb. stb., úgy hogy a szerző a fogászat hazai történetének nemcsak alapját vetette meg, de részleteit is felderitette. *Győry.*

Uj könyvek. *C. v. Noorden:* Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Zweite Auflage, I. Band. Berlin, A. Hirschwald. — *W. Hanauer:* Die Arbeiterwohnungsfrage in Deutschland. Leipzig, Schumann. — *P. J. Möbius:* Über die Wirkung der Kastration. Halle a. S., C. Marhold. — *R. Krueger:* Die Phocomelie und ihre Übergänge. Berlin, A. Hirschwald. — *H. Ribbert:* Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Bonn, Cohen. — *K. Francke:* Die Orthodiagraphie. München, J. F. Lehmann. — *M. Haudek:* Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Stuttgart, F. Enke. — *W. Weichardt:* Serologische Studien auf dem Gebiete der experimentellen Therapie. Stuttgart, F. Enke. — *F. Balzer:* Maladies vénériennes. Paris, Bailliére et fils. — *Th. Oliver:* Maladies caused by the air we breathe inside and outside the home. London, Baillière, Tindall and Cox. — *J. Butler Burke:* The origin of life: its physical basis and definition. London, Chapman and Hall. — *F. Victor Milward:* Diseases of the rectum. Birmingham, Cornish Brothers. — *Beaman Douglas:* Nasal sinus surgery. Philadelphia, F. A. Davis. — *J. Cantlie:* Physical efficiency. A review of the deleterious effects of town life upon the population of Britain. London, Putman's Sons. — *J. Odery Symes:* The rheumatic diseases. London, J. Lane. — *Russell S. Fowler:* The operating room and the patient. London, W. B. Saunders.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vena cava superior ideiglenes szűkületéről tüdővészes egyénnél ir *W. Spirig.* 41 éves férfiról van szó, kinél a jobb tüdőcsúcs beszürödése és cavernája, a bal csúcs hurutja, s a gége fekélyes tuberculosisa állott fenn. A mérsékelten lázas beteg egy napon heves fejfájást kap, nappal elalszik, rövid idő mulva felébred s 1 óra hosszat teljes öntudatlanság mellett deliriumban van, melyből magához térve, heves fejfájásról, fojtogató érzésről, felső végtagjainak zsibbadtságáról és nehézségéről panaszkodik. A delirium még aznap éjjel, rövidebb tartammal ismétlődik. Az objectiv vizsgálat a nyak, a fej és a felső végtagok bőrének, valamint a fej és nyak nyálkahártyáinak gyüjtőere, pangását mutatja oedemák nélkül. A gégében sem stridor, sem oedema. A törzs és az alsó végtagok bőrén kóros tünet nincs. Az érlökés rhythmutos, aequális, a két oldalon synchron, percenként 94—96. A sziven minden rendes. A jobb tüdőcsúcson hangos fúvó, a dorombzörej minden jellegével biró zörej, mely a jobb kulcscsont feletti árok külső szélétől a bal kulcscsont feletti árok közepéig és lefelé a szegycsont jobb szélén a második bordaközig követhető. Balra fokozatosan gyöngülve, lefelé hirtelen, a harmadik bordaporcz felső szélén, a legerősebben hallható hely alatt szünik meg. Sem a fejen, sem a felső végtagokon objectiv mozgási vagy érzési elváltozás nincs. A tünetek egy hétig egyenlő intensitással állottak fenn, s azután 12 nap alatt fokozatosan s teljesen visszafejlődtek.

Szerző szerint az egész lefolyás, főleg a gyors visszafejlődés kizárja a thrombosist; minthogy a jobb elülső tüdőszél ékalakúlag van a szegycsont és a v. cava sup. közé betolva, annak oszlási helye alatt (a jobb első bordaporcz mögött), utóbbitól csak a mediastinális mellhártya által elválasztva, és minthogy a tüdő e részében beszürödés és caverna volt kimutatható: a pleuralemezek egymással és a venával összenőhettek s vongálásuk által megtörhették a venapályát. Az erre beállott venaszükület a venabeli nyomást növelte, ez azután a fiatal összenövéseket megoldotta, s a normális áramlási állapotot helyreállította. (Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. 3. sz.) *R. Zs.*

A perityphlitis epidemiás jellegéről közöl kimerítő tanulmányt *Rostowzew.* Következtetéseit a következő három pontba foglalja össze: 1. A perityphlitistől mint valamely új, pusztító betegségtől való félelem teljesen alaptalan. A féregnyújtvány nem új betegség, valószinüleg már a barlangokban lakóknál is előfordult; fenyegető progressiv elterjedése az utóbbi időben nem mutatható ki. Az eseteknek az utóbbi időben szaporodása csak látszólagos és a betegség behatóbb ismeretével, valamint felismerésének tökéletesbedésével megmagyarázható. 2. A statistikai adatok határozottan megczáfolják a perityphlitis epidemiás természetének elméletét. 3. Az influenza jelentősége az appendicitis aetiologiájában nem zárható ki ugyan teljesen, valami lényeges azonban nem lehet. Az a néhány eset, a melyekben az influenza volt felvehető a perityphlitis oka gyanánt, elenyészően csekély az összes esetekhez viszonyítva. Hasonló mondható a többi fertőző betegség aetiologiai szerepéről perityphlitisben. (Mittheilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 15. kötet, 5. füzet.)

Appendicitis larvata elnevezéssel *Ewald* olyan eseteket foglalt össze, melyekben a dyspepsia, hyperaciditás, idült gyomorfekély vagy spastikus obstipatio képében fennálló, a rendes kezelésmódokkal makacsul daczoló gyomor-bélzavarok tüneteket nem okozott idült pertyphlitissel hozhatók kapcsolatba és ez utóbbinak műtevése után egy csapásra megszünnek. Minthogy ezek az eredmények tapasztalatai szerint tartósak, nem vehetünk fel suggestiv hatást, annál kevésbé, mert eseteiben hysteria ki volt zárható. Ezen esetekkel szemben olyan egyéneknél, a kik typusos perityphlitis-rohamokban szenvedtek, a jelenlevő idült gyomor-bélzavarok az appendix eltávolítása után változatlanul megmaradnak. *Korach* újabban öt esetet közöl, a melyekben ilyen appendicitis larvata-esetekben műtét történt, de nagyon változó eredménynyel. Azt hiszi, hogy az appendicitis larvata kórképe két összetevőből áll: az idült appendicitisből és a többnyire hysterián vagy neurasthenián alapuló viscerális neurosisból. Ezen két összetevő belső oki összefüggésére nézve azonban legfeljebb csak elméleteket vehetünk fel. Az bizonyos, hogy egyes esetekben az egyik összetevő eltávolítására az egész betegség szinte egy csapásra megszünik; a legtöbb esetben azonban épen a második összetevő változatlanul avagy fokozott mértékben továbbra is fennmarad. Az appendicitis larvata tehát a nehezen gyógyítható myxoneurosisok körébe tartozik, úgy mint az asthma bronchiale és a colica mucosa. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 15. kötet, 5. füzet.)

A bélfertőtlenítés kérdéséhez szolgáltat adatot *A. Hoffmann,* a boroszlói sebklinika segédorvosa. Kisérleteit isoformmal végezte, a melyről már *Heile* állitotta volt, hogy 1—2 gramm bevevése után a bélbeli bakteriumok száma tetemesen csökken. Kisérleteiből kiderült, hogy az isoform az eddig használt szereket hatásában messze felülmulja és csakugyan jó béldesinficiensnek mondható. Ha a gyomrot akarjuk fertőtleníteni, az isoformot poralakban adjuk; míg ha a bél fertőtlenítése a czélunk, akkor úgynevezett keményített capsulákban rendeljük, a melyek csak a bélben oldódnak. A hatás huzamosabb ideig eltart; így egy esetben 3 grammnak $1^1/_2$ óra alatt történt bevétele után 45 óra mulva még erősen csökkent volt a bélbakteriumok száma. Mérgezéstől nem igen kell tartani, mert a szükséges adagot erősen felülmúló adag sem okozott kellemetlenséget; így egy esetben az eröteljes férfiú 8 grammot pro die minden baj nélkül eltürt. Ricinus-olaj egyidejü adásával a hatás úgy látszik fokozható. Szerző kisérleteit csak a gyomor-bélmütétek előtt szükségessé váló gyomor-bélfertőtlenítésre való tekintettel végezte (ilyenkor, ha van idő, czélszerü a szer használatát már két nappal a mütét előtt megkezdeni); azt hiszi azonban, hogy az isoform használható lesz a bélhuzam mindenféle fertőzéses bajában, így typhusban, dysenteriában, cholerában is. (Mittheil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir., 15. kötet, 5. füzet).

Szokatlan tünetek kiséretében jelentkező, halálosan végződő pankreas-vérzés esetéről számol be *Tomaschny.* A szerző esetében, dementia paralyticában szenvedő 66 éves egyénnél, minden kimutatható ok nélkül hirtelen az egész testre kiterjedt s a nap folyamán többször ismétlődött görcsök támadtak, melyeket eszméletlen állapot követett. A beteg pupillái ad maximum tágak, pulsusa szapora és könnyen elnyomható, légzése stertorosus. Vizeletében fehérje csak hólyaghurutjának megfelelő mennyiségben, czukor pedig egyáltalán nem volt kimutatható. A beteg három napi eszméletlen állapot után meghalt. Boncolásakor a hasnyálmirigy a rendesnél nagyobbnak és tömöttebbnek mutatkozott,

metszéslapjain pedig számos, részben friss, részben régibb keletü vérzéses gócz volt látható. Hasonlókép vérzéses góczok voltak a hasnyálmirigygyel szomszédos zsirszövetben is. Szerző esetét a pankreas acut haemorrhagiájának tartja, s ámbár betegénél az ezen bajban szokásosan jelentkező tünetek megvoltak, nevezetesen a has érzékeny és puffadt volt, mégsem gondoltak pankreas-haemorhagiára. Legkülönösebb és pankreas vérzésnél eddig még senki által nem észlelt tünet a görcsös állapot volt, melyet a szerző, tekintettel hogy betegénél a baj görcsökkel kezdődött, s a görcsöknek sem az élőben, sem obductionál egyéb kimutatható oka nem volt, nem tarthat accidentálisnak. Genuin epilepsia az anamnesis figyelembe vételével kizárható volt, uraemiás görcsökre sem lehetett gondolni, hisz a vesék épek voltak. Tomaschny azt hiszi, hogy a görcsök reflexes eredetüek, s hogy a plexus solaris szomszédságában jelentkezett vérzések által okozott idegizgalom váltotta ki azokat, vagy hogy maga a pankreas heveny megbetegedése vezetett toxikus, görcsokozó anyagcseretermékek képződéséhez (?). (Münchener med. W. 1905. 50. sz.) *Halász Aladár.*

Sebészet.

A ráktherapia mai állásáról ir *Lassar* tanár. A sebészeti kezelés értékét kellőleg elismeri; a *Röntgen-sugarakkal való gyógykezeléssel* jó eredményt ér el a bőrkankroidoknál, még ha nagy kiterjedésüek is; mélyen ülő daganatokra a sugarak nincsenek befolyással, rákos mirigyekre csak akkor hatnak, ha laposak és felületesek. Korlátolt, de jó hatást fejtenek ki a sugarak kifekélyesedett emlőrákokra, főleg jó az alkalmazásuk inoperabilis recidiváknál, a melyeknek eves, kifekélyesedett felülete megtisztul, váladékuk csökken, a hámosodás megkezdődik és a fájdalmak szünnek. Czélszerü a röntgenezés mellett az arsenkezelést is folytatni. A sugarak metastasisok keletkezését nem gátolják meg. A radiotherapiával érdemes foglalkozni, mert a sebészeti kezelés mellett előnyösen számba jövő tényező. *Dollinger* tanár klinikáján is észleltük a Röntgen-sugaraknak kedvező hatását inoperabilis rák eseteiben. (Zeitschrift für Krebsforschung III. k. 4. füzet) *Steiner Pál* dr.

Emlőrákműtét után keletkező bőrhiány fedésére ajánlja módszerét *Payr*. Tapasztalati tény, hogy a gyökeres műtétek után is gyakori a recidiva ép a műtéti hegben, ezért a környező bőrrel nem szabad takarékoskodni, hanem azt is nagy terjedelemben kell eltávolítani. Ilyenkor a sarjadzó sebfelületre végzett transplantatio nem ad szép heget és a sebgyógyulás is gyorsabb, ha *autoplastikát* végzünk. E módszert már *Verneuil* ajánlotta 1858 ban. *Payr* úgy végzi, hogy az ép emlőt oly lebenybe foglalja be, melynek alapja fent és mediálisan fekszik, e széles alapú lebenyt körülbelül 40—60°-kal elfordítja és a hiány fedésére használja. Az ép emlő helyén ily módon keletkező hiány rendesen lineárisan egyesíthető. Ily módon végzett plastikái teljesen jó eredményt adtak. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1906, 81. k. 2—4. f.) *Steiner Pál* dr.

A vesedecapsulatiót tette vizsgálat tárgyává *Martini*, turini assistens. Kisérleteiben három kérdést igyekezett tisztázni.

I. *Az újonnan képződött vesetok fejlődésére és dimensioira* nézve a következő tényeket állapitja meg:

1. Az új tok fejlődése főleg az interstitiális kötőszövet és a cortex corticis vérerei endotheljének burjánzásával történik.

2. Az új tok nem egyenletesen vastag, és vastagabb, mint a normális tok. A tok vastagabb, ha a decapsulatioval együtt a cellulo-adiposus tok kiirtását vagy nephropexiát is végzünk; vékonyabb, ha a decapsulatio mellett a vesét az epiploonba varrjuk be.

3. Az új tok kötőszövetelemei később sem hajlamosak a zsugorodásra vagy a sclerosisra.

4. A decapsulatio a vesehámelemek degeneratioját nem vonja maga után.

5. A vizeletelválasztás rövid ideig tartó csökkenése az operatiós traumának tudandó be.

II. *Az újonnan képződött vesetok vérereire és a vesevérerekkel való összeköttetésre nézve* a következő tapasztalatokra jut:

1. A normálisan is meglevő collaterális perirenális vérerek elősegitik vesedecapsulatio után új vérerek képződését, melyek azután a vese zsiros tokjának és környezetének, illetőleg a vesehilusnak ereivel anastomosisba lépnek.

2. Ezen új anastomosis valóságos létrejövését igazolja azon kisérleti tapasztalat, hogy előzetes vesevérérlekötés után végzett gelatininjectio esetén a vesében gelatint mutathatunk ki.

3. Collaterális vérerek nagyobb számban vannak jelen decapsulatio után, mint normális viszonyok között.

III. *A vese és az újonnan képződött tok vérerei között létrejött anastomosis functionális értékére* nézve a következőket találta:

1. A veseverőér vagy vesegyüjtőér lekötése folytán beálló degeneratiós és nekrosisos jelenségek súlyosabbak a normális vesében, mint a tokjától megfosztottban.

2. Az új tok képződésével regenerálódott collaterális vérkeringés teljesen compenzálhatja a vesegyüjtőér szerepét, de a veseverőér utján a vesébe áramló vérmennyiséget nem helyettesitheti.

3. A vesedecapsulatio egybekötve a megfelelő vesegyüjtőér egyidejü lekötésével a kisérleti állat halálát okozza.

4. Az újonnan képzett tokkal ellátott vese gyüjtőerének lekötése és egy hóval később a szintén már decapsulált és új tokkal biró másik vese gyüjtőerének lekötése mellett az állat megél; ha ugyanezen eljárást normális viszonyok között végezzük, akkor az állat elhal.

5. A vese verő- és gyüjtőerének egyidejü lekötése mellett csak az esetben marad az állat életben, ha előzetesen a megfelelő vese decapsulatioját végeztük.

6. Előzetesen decapsulált vese életben tartja a kisérleti állatot még akkor is, ha a másik vesét kiirtjuk és a decapsulált vese gyüjtőerét lekötjük. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905., 78. k. 3 f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekgyógyászat.

A tuberculosisnak az iskolában való elhárításáról a párisi nemzetközi tuberculosis-congressuson tartott referatumában *Ganghofner* prágai tanár a következő végkövetkeztetésekre jut:

1. A tuberculosis elleni küzdelem az iskolákban főleg a betegségre való hajlam — a dispositio — és csak másodsorban az infectio veszélye ellen irányul. A nyilt tuberculosisban szenvedő tanulók száma aránylag csekély a tuberculosisnak scrophulosus alakjában szenvedőkével szemben. Az iskolaköteles gyermekek közül sok a latens tuberculotikus, kik már az iskolába való belépéskor csökkent ellenálló képességgel birnak az iskola számos ártalma ellenében. Ezen ártalmak alkalmasak a gümős megbetegedésre az alapot megteremteni, vagy ha már megvan, fokozni.

2. Az egészségre káros tényezők egyrészt az iskolatermek hiányos hygienejéből származnak, ilyen a levegő fertőzése zsufoltság miatt, hiányos szellőzés és tisztaság, porképződés stb., másrészt az oktatás módjában gyökereznek, a mennyiben a tanczél és tanterv a szellem ápolása mellett a testápolást elhanyagolja.

3. Hogy az iskola káros hatását az egészségre és az ellenálló képességre lehetőleg csökkentsük, követelnünk kell: a hygiene alaptételeinek helyes alkalmazását és az oktatás reformálását oly irányban, hogy a tanulóknak elegendő idejük maradjon a pihenésre és a test ápolására, és hogy individualizálás által a testileg gyengébbek kiméltessenek. Továbbá lehetőleg meg kell akadályozni olyan fertőző betegségek terjesztését az iskola által, melyek kapcsán gyakran lesznek manifestté gümős megbetegedések, ilyen a kanyaró, a szamárköhögés.

4. Azon theoretice jogos követelés, hogy minden nyilt és secernáló külső tuberculosisban szenvedő tanuló az iskolától távoltartassék és külön oktatásban részesüljön, addig nem érvényesithető törvényileg, míg ily speciális iskolákról gondoskodás nem történik.

5. Tuberculotikus tanítók, főleg a légutak nyilt tuberculosisában szenvedők, a tanítás alól felmentendők; róluk elegendő időre szabadságolás, esetleg sanatoriumba való elhelyezés által kellőleg gondoskodni kell. Tuberculosisra disponáltak lehetőleg visszatartandók a tanítói pályára való lépéstől.

6. A tuberculosis elleni hathatós prophylaxis eléréséhez az iskolában feltétlen szükség van állandó iskolaorvosi működésre, azért iskolaorvosok alkalmazása minden nép- és középiskolában sürgetendő. *Singer Gusztáv* dr.

Paratyphus-t észleltek 14 éves leánybetegnél *Guinon* és *Pater*. A folyamat lassan, lappangva kezdődött; mérsékelt esti hőemelkedések változtak reggeli remissiókkal. Az esteli hőmérsék fokozatos emelkedése (40°) mellett a reggeli remissiók fennállottak, majd pedig a 34 napi lázas állapot lysissel végződött. A lázgörbe hastyphus typikus hőmenetéhez hasonlított, feltünő volt azonban, hogy a legmagasabb esti hőemelkedéseket a reggeli órákban feltünő nagy remissiók (37·5°) váltották fel. E mellett a beteg közérzete kitünő volt, étvágya megtartott, széke normális. Lépmegnagyobbodás nem volt kimutatható. Erősen bevont nyelvtől eltekintve a physikális vizsgálat eredménye teljesen negativ volt. *Vidal*-reactiót két izben végeztek negativ eredménynyel. Két heti láztalan állapot után az elsőhöz hasonló, 14 napig tartó lázas roham keletkezett, melyet 8 napi szünet után egy heti tartamú visszaesés követett. A recidivák lázmenete olyan volt, mint az eredeti folyamaté, feltünő erős reggeli remissiók váltották fel az esti magas (40°) hőfokokat. Beteg a hosszas láz alatt erősen lesoványodott, közérzete azonban feltünő jó volt. Az első recidiva alatt büzös, híg székelés, a második alatt pedig néhány typikus roseola-folt jelentkezett. Lépmegnagyobbodás azonban most sem volt kimutatható. A recidivák idejében megejtett agglutinatiós kisérletek a különféle paratyphus-fajok közül a bacillus enteridis *Gärtner* rel szemben még 400 szoros higításban is kifejezett positiv eredményt adtak.

A paratyphus kórképre először *Achard* és *Bensaude* hívták fel a figyelmet, *Netter* pedig mintegy 60 esetet észlelt. Szerinte a paratyphus jóindulatú lefolyású, gyakran icterussal szövődött. Különösen kiemelendő a láz remittáló jellege, a mely a typhus abdominalis klinikai jeleinek hiánya mellett a heveny miliaris tuberculosis gyanuját kelti fel elsősorban az észlelőben. (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1905. 8. szám.)

Faludi Géza dr

Húgyszervi betegségek.

Neurasthenia sexualis, illetőleg phosphaturia és ezzel kapcsolatos ideges bántalmak ellen *Max Birnbaum* a vizeletfertőtlenítőnek oly annyira bevált *hetralint* (naponta 3—4-szer 0·5 gm.-ot éhgyomorra) és a helyi kezelés beszüntetését ajánlja. (Wien. klin. Rundschau, 1906. 5. szám.)

Drucker Viktor dr.

A húgycsőbe fecskendezett adrenalin súlyos következményekkel járt *Johnson* betegénél. A már hetek óta fémsondákkal tágitott húgycsőből a 27. sz. Charrière eltávolítása után némi vérzés fakadt, a melyet adrenalin-chlorhydrat (1 : 400) oldatának befecskendezésével akart megszüntetni. Alig hogy a becsepegtetés megtörtént, a beteg hirtelen elhalványodik, bőre fakószínü, szemei merevek, homályosak, úgy érzi, hogy összes szervei szétpukkadnak, majd ismételt hányásrohamok következnek, utóbb teljes collapsus gyenge légzés, alig érezhető érverés, elhaló szívmüködés jeleivel; stimuláló bőralá fecskendezésekre körülbelül tíz percz mulva magához tér, de három órával később sem tud lábra állani és még másnap is szokatlan erőtlenségről panaszkodik. (Annal. d. malad. d. org. génito-urin., 1906. 1. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Vesetuberculosis eseteiben *Schuller* guajacollal igen szép eredményeket ért el. A szert cseppek alakjában, belsőleg rendelte mint jodoformglycerin-emulsiót és a gümőkóros góczokba be is fecskendezte. Két beteg kórtörténetét közli: egy heretuberculosisban szenvedő férfiét és egy gümőkóros csípőizületi lobban szenvedő 3½ éves leánykáét, a kiknél az említett gyógyeljárással sikerült a kezdődő vesetuberculosist meggyógyítania. Szerző a guajacoltherapiát jogosultnak mondja 1. mindazon esetekben, a mikor kezdődő vese- és hólyagtuberculosissal van dolgunk; 2. a hol az egyik vesét már el kellett távolítanunk, s a másikat lehetőleg mentesiteni akarjuk és 3. a czélból, hogy a gümőkóros góczok kimetszése után megmaradt veserészlet gyógyulását siettessük és állandósitsuk. (Mittheil. aus den Grenzgeb. der Medic. u. Chirugie, XV. kötet, 1—2. füzet.) *Drucker Vihtor* dr.

A Goldschmied szerkesztette endoskop alapeszméje az, hogy a levegő avagy víz által kifeszített húgycsőben minél nagyobb nyálkahártyarészlet kerüljön egyszerre megfigyelés alá. E czélból a körülbelül 18 cm. hosszú cső alsó felülete 4—5 cm. hosszúságban csak két keskeny léczből áll. A belső végben rejlik a Mignon-lámpa, a külső vég felső körzetére vannak erősítve a villamos kábel kapcsai, az alsó körzetére pedig a folyadék bevezetését szolgáló cső. Ezen eszköz bevezetése után a húgycsövet mindenekelőtt alaposan kifecskendezzük; utóbb a látócsövet a hüvelybe rögzítve, újabb öblítésekkel a húgycsőnek csakis azon részletét tágítjuk ki, a mely a tükör ablakára simul, miközben a víz lefolyását az által gátoljuk meg, hogy a hímvessző elülső részét egy-két pólyamenettel leszorítjuk. Ezen előkészületek befejeztével a lámpát izzásba hozva, a tükörrésen szabadon fekvő nyálkahártyarészletet a legjobb világítás mellett legapróbb részleteiben is megfigyelhetjük. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1906. 6. szám.)

Drucker Viktor dr.

A kankó kezeléséről belső szerekkel czimü értekezésében *E. Deutsch* azon tapasztalatairól számol be, a melyeket az eddig forgalomba hozott balzsamos szerekkel tett és ezek során az újabban annyira feldicsért arhovin hatásáról nem nagyon kedvezően nyilatkozik, a mennyiben a vele kezelt betegeknél sem a váladék csökkenését, sem a gonococcusok eltünését, sem a vizelet második részének feltisztulását, sem pedig a többi objectiv avagy subjectiv tünet kedvező befolyásolását nem észlelte. Szerinte az összes balzsamos szerek között (santalolaj, gonorol, salosantal, kawasan, arrheol) legtöbbet ér a gonosan, a mely külső kezeléssel párositva a húgycsőlobot elég rövid időn belül igen előnyösen befolyásolja. Tekintve azt, hogy az urotropin a gonorrhoeás eredetü urethrocystitisnél is igen gyakran beválik, szerencsés ötletnek tartja annak gonosannal való egyesitését és azt állitja, hogy ezen új gyógyszer, az urogosan (fél grammos tablettában 0·3 gm. gonosan és 0·15 gm. urotropin van), az urethrocystitis gyógyitásában ugyanazon előkelő helyre fog kerülni, mint a melyet az urotropin a cystitisnél máris betölt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 3. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Polycystikusan tuberculotikus vese néven *F. Curtis* és *V. Carlier* a gümőkór azon alakját ismerteti, a melyben a vese nem régi caseo-cavernosus folyamat avagy elhalással párosult hydronephrotikus tágulás, hanem oly valódi insterstitiális nephritis folytán vált tömlőssé, a melyet a Koch-féle bacillusok okoztak. Egy ilyen esetnek részletes klinikai, kórboncztani és szövettani méltatása után, annak hangsúlyozása mellett, hogy ezen általuk észlelt typikus kórfolyamat a mai napig az irodalomban ismertetve még nincs, az alábbi következtetésekre jutnak: 1. Ne nevezzük cystikusan tuberculotikusnak azon vesét, a melyben ezen elváltozás már egy régebben fennálló és esetleg gümőkór nyomán ilyenné alakuló cavernosus vagy hydronephrotikus folyamat eredménye, mert ebből legfeljebb áltömlők keletkeznek, de semmi esetre sem valódi intrarenális cysták. 2. Az igazán soktömlős gümőkóros vesét anatomiailag a hypertrophia és az apróbb cysták sokasága jellemzi, úgy hogy az első tekintetre semmiben sem különbözik a congenitális policystikus vesétől. 3. Az ily vese szövettani elváltozása bacilláris emboliával és a kéregállomány tuberculosisával kezdődik, később a Koch-féle bacillusok feljebb szállva másodlagosan már a pyramisokat is ellepik, végezetül pedig sclero-epitheliális és cystikus átalakulásokat idéznek elő. A veseszemölcsök reinoculatiójából a veseloboknak juxta- és intracanaliculáris tuberculosisa keletkezik, a mely felfelé, még pedig a nyirokmirigyek mentén való terjeszkedésre hajlamos 4. A sclero-epitheliális és cystikus sérülések mind a bacillusnak közvetlen behatásából és továbbterjedéséből erednek. Itt tehát nem úgy áll a dolog, hogy egy régebbi interstitiális nephritishez tuberculosis is társul, hanem idült vesegümőkór olyan speciális alakjáról van szó, a melynél az összes elváltozásokat ugyanazon tényező, tudniillik a bacillusnak a vese szövetében való jelenléte okozza. 5. Az epitheliális sérülésekben talált hyalin elfajulás azonos azzal, a melyet Bernard és Salomon az „éthérobacilline“-nel mesterségesen idéztek elő; téves volna azonban a vese epitheliumában levő sarkodikus csomókat minden esetben tisztán müvi úton keletkezetteknek minősiteni, mert lehetnek körülmények, a hol azok valóban kórosak, a vesesejt protoplasmája hydropikus elfajulásának eredményei. (Annales des mal. des org. génito-urin. 1906. 1 füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A fehérvérsejtek viselkedése a syphilis II. szakában a kénesőkezelés előtt és után címmel kiterjedt és tanulságos vizsgálatot közöl *Hauck* (Erlangen). Bequerel és Rodier vizsgálatai óta igen sokan kutatták a syphilisesek vérének viselkedését, de azért az irodalomban mind máig oly jelentékeny eltérések találhatók az eredmények tekintetében, hogy kétségtelen valóság, ha a syphilises egyének vérképének kérdését vitásnak tartjuk. Szerző 48 esetben végzett vizsgálatokat, a melyeknek főeredményét a következő tételekben foglalja egybe:

A leukocyták összes száma a syphilis II. szakában csaknem állandóan normális határok között mozog.

Nincsen különbség a fehérvérsejtek számszerinti magatartását illetőleg a friss és recidiváló lues között. Erre az egyes megbetegedések súlyossága, szintúgy a nyirokérrendszer elváltozása sem gyakorol határozott befolyást.

Kéneső hatására a leukocyták száma megváltozik, de az ilyenkor észlelt hullámzás aránylag igen csekély határok között történik.

A kénesőhatás az egyes alkalmazási módok szerint különböző, mert a míg a kenőkúrában a lekocyták száma kezdetben csökken, majd fokozatosan emelkedik, addig az injectiós kúrában a fehérvérsejtek száma azonnal emelkedik. (Archiv für Dermat. und Syphilis. 1906, 78. kötet, 1. füzet.) *Guszman.*

A syphilis aetiologiájára vonatkozó kisérleteinek folytatásáról több érdekes dolgot tartalmazó közleményben számol be *Siegel*, ki egy általa felfedezett flagellatát, a cytorrhyctes luist tartja a betegség okozójának. Valószinü, hogy e parasitát már Siegel előtt is látták; így Klebs, Döhle, Losdorfer és Stassano irtak le hasonló, mikrooganismusnak látszó képleteket.

Festett készítményeken meglehetős nehéz a cytorrhyctest felismerni, s csak az élő, mozgó parasiták megfigyelése bir bizonyító erővel. Megfesthetők különben minden bakteriologiai festékkel; legjobban bevált a régi, állott borax-methylenkék (meth. coer. 1·0; boracis 2·5; aqu. dest. 100·0), mely a fixált felkent anyagot 10 percz alatt festi.

Embernél eddig kb. 20 esetben sikerült a szóbanforgó parasitát megtalálni. A vérben a primaer bántalom idején nem mutatható ki, s csak a secundaer tünetek, az exanthema idején jelenik meg. Higanykezelésre a vérből eltünik.

Nyulakba oltva erősen szaporodik. Kis dosissal oltott nyulak 7—8 hónapig is életben tarthatók, s ilyenkor nem ritkán papulosus és ulcerosus bőrbántalmat kapnak. Egy izben gummaképződést észlelt a májban, melyben a cytorrhyctes is megtalálható volt.

Az átoltás fehér egerekre is sikerült. Oltás után egy héttel vérükben a flagellaták nagy számban voltak találhatók. A primaer bántalom az egereknél is csak gyengén kifejezett, vagy teljesen hiányzik, 1—2 esetben mégis kifejlődik histologiailag is typusos sclerosis.

Említésre érdemes az az észlelet is, hogy majmoknál az exanthema sokkal erősebb, ha az állatokat meleg helyen tartjuk, mintha lakásuk hűvös. Higany gyógyítja a syphilises majmot. Reinfectio nem sikerül.

A syphilissel oltott majmok vérét vizsgálva, azt találta (7 esetben), hogy a fehérvérsejtek száma az exanthema kitöréséig gyorsan nő; a kiütés megjelenése után a normálisra esik.

Figyelemre méltó dolog, hogy Ficker tanár embervérbouillonban, ascitesbouillonban és ascitesagarban akarva tenyészteni a spirochaete pallidát, ezek helyett cytorrhyctes-flagellatákat látott kifejlődni. Siegel ezeket köldökzsinór-vér-bouillonban ismételt oltással tovább tenyésztette. Négyszeri továbboltás (14 naponként) után majmot fertőzött a bouillon-tenyészettel, s a typikus syphilis tüneteit látta kifejlődni. (Münchener med. Wschr., 1906. 2. szám.) *Dalmady.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Heveny bárzsinglob eseteiben, mint a mely leggyakrabban maró anyagok nyelése után keletkezik, *Janowski* nagyon jó eredménynyel használja a mellékvesekészítményeket, még pedig vagy a 30 centigrammos suprarenal-tablettákat (5—10 perczczel az evés előtt a szájban feloldva lenyelni), vagy az 1 : 1000 adrenalin-oldatot, melyből 5—10 csepp veendő be evőkanálnyi vízben, szintén evés előtt, naponként 3—4-szer. Ezen kezelésmód lehetővé teszi a szájon át való táplálkozást, a mely a nagy fájdalmasság miatt még morphium vagy cocain használata esetén is többnyire nem lehetséges. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 10. kötet.)

Heveny veselob ellen *Storbeck* a chloralhydratot ajánlja, a melynek jó hatására véletlenül jutott egy betegénél, a ki uraemiás comában szenvedett s a kinek a nagyfokú ideges zavarok mérséklésére rendelte a chloralhydratot, mire a vizelet feltünő gyorsan fehérjementessé lett. Azóta heveny veselob nagyon sok esetében használta a szert s mindig nagyon jó eredményeket látott tőle. Az adag felnőtteknek 0·3 gm. 3-szor naponként. (Allgem mediz. Central-Zeitung, 1905. 42. sz.)

Asthma bronchiale eseteiben állítólag nagyon jó hatású az adrenalin; 1‰ oldatból 5—10 cseppet a bőr alá fecskendezve, úgyszólván rögtönös javulás jelentkezik. (Therapeutic gazette, 1905. október.)

Viszkető bőrbajokban (urticaria, prurigo stb.) a középponti reflexingerlékenység csökkentésére *Kreibich* legjobbnak az arsent tartja, a melyet belső használatra következőkép rendel: Rp. Sol. arsenic. Fowleri, Aqu. menth. āā 10·0. Ebből 4 napon át reggel és este 5—5 csepp, majd 10—10 csepp veendő be a hatás jelentkezéséig. Ha a gyomor nem tűrné a szert, natrium arsenicosum bőr alá fecskendezése veendő igénybe (2 centigramm pro die). Gyorsabb eredmény elérésére a belső kezelés (reggel és este 5—5 csepp) kombinálható a subcutan kezeléssel (2 centigramm natrium arsenicosum kétnaponként). (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1905. 39. szám.)

Werlhof-kór súlyos esetét (12 éves leány) közli *Cianni*, a melyben adrenalin bőr alá fecskendezése után gyors gyógyulás következett be. Naponként 1 cm³-t fecskendeztek be az 1‰ oldatból. 15 napi kezelés után az összes tünetek megszüntek, a vörösvérsejtek száma 2½ millióról köbmilliméterenként 4 millióra emelkedett. (Riforma medica, 1906. február 3.)

Kis gyermekek diffus phlegmonéje ellen *Georgiades* aetherkötés ajánl. Az illető területnek szappannal és sublimat oldattal gondos megtisztogatása után aetherbe mártott vatta helyezendő reá, a melyet hydrophil gaze-zel és valamely impermeabilis anyaggal fedünk és rögzítünk; ez a kötés naponként ismétlendő, akkor is, ha tályog képződött és ez megnyilt volna. Ilyen módon kezelt 27 gyermek minden sebészi beavatkozás nélkül meggyógyult, míg incisioval kezelt 9 gyermek közül 6 meghalt s az élve maradtak meggyógyulása is sokkal hosszabb időt vett igénybe (Ref. La semaine médicale, 1906. 11. szám.)

Vegyes hirek.

Böke Gyula dr. budapesti kir. m. tudomány-egyetemi nyilvános rendkivüli tanárnak az orvosi oktatásügy terén szerzett érdemei elismeréséül a király a III. oszt. vaskoronarendet adományozta.

Kinevezések. *Hirkó László* dr. pestmegyei főorvost súlyos betegsége miatt nyugdíjazták, helyébe *Bódy Jenő* dr. ráczkevei járási orvost nevezték ki. — A ráczkevei járási orvosi állásra *Mészáros Lajos* dr. ráczkevei városi orvost nevezték ki. — A király *Téry Ödön* dr. miniszteri osztálytanácsosi czimmel felruházott közegészségügyi felügyelőt közegészségügyi főfelügyelővé nevezte ki, egyúttal *Blum Ödön* dr. közegészségügyi felügyelőnek a közegészségügyi főfelügyelői czimet, *Kerekes Pál* dr. és *Bassa Ignácz* dr. közegészségügyi segédfelügyelőknek pedig a közegészségügyi felügyelői czimet és jelleget adományozta. — A földmivelésügyi minister *Várady László* dr. kőrösmezői községi orvost Királymezőre kincstári erdészeti orvossá nevezte ki. — *Kun Lajos* dr.-t Biharmegye közkórházának segédorvosává nevezték ki.

Választás. *Féder Vilmos* dr.-t aranyosgyéresi, *Morvay István* dr.-t pedig kovásznai körorvossá választották.

A Semmelweis-emlék alapjának állása 1904-ben következő volt: bevétel 42,202.62 K; kiadás 5090.27 K; maradt tehát 37,112 K 35 f. A lefolyt évben adomány nem folyt be, az alap tőkéje csupán a kamatok révén gyarapodott 1104 K 72 f-rel = 38,217 K 07 f. A Strobl tanár szobrászmesternek szerződésileg fizetendő részlet és a bankköltségek levonása után maradt 31,175 K 36 f. Gyarapodást nyert az alap f. év január havában, a Scott & Browne Ltd csukamájolaj-emulsiot gyártó czég magyarországi képviselője által befizetett 10 font sterling = 239 K 50 f-rel, és a márczius 10.-én Lukács György m. k. vallás- és közoktat.

minister úr ő nagymélts. által segélyképen engedélyezett 3000 K első felerészének (1500 K) utalványozásával. A Semmelweis-emlék alapjának állása mai napon tehát 32,914 K 86 f. Budapest, 1906. márczius 18.-án.
id. *Elischer Gyula* dr., v. b. pénztáros.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület folyó hó 18.-án tartotta gróf *Karátsonyi* elnöklése mellett 19. évi rendes közgyülését. A *Korách Aladár* dr. vezetése alatt működő egyesület állandóan 8 orvost alkalmaz. Önkéntes működő tagjainak száma 215. *Löbl Vilmos* dr.-t, egyesületi ellenőrző orvost „jeles szolgálata elismeréséül" arany éremmel tüntették ki. Az egyesület az 1905. évben 15,749 esetben nyujtott segítséget, ezek közül sebészi eset 5678, belső bajok körébe tartozó 2141, egyéb baj (szülés, idegen test, megfagyás, hőkór, villamos áramütés, stb.) 974 volt, öngyilkosság és öngyilkossági kisérlet 511, köztük 221 mérgezés. A baleesetek alkalmával 262 egyént találtak halva, míg szállítás közben 11 halt meg. Betegszállítást 5418 esetben végeztek. Az egyetemi klinikai oktatás czéljait dicséretre méltóan mozditja elő az egyesület az által, hogy a klinikákra alkalmas eseteket szállít, a mely körülmény a heveny sérülések tanítása czéljából különösen fontos; másrészt a klinikák kérésére betegszállítás ügyében is bármikor rögtön rendelkezésre áll, ezt főleg a szülészeti poliklinikumok veszik igénybe. Az egyesület kiadásait a mult évben fedezték a bevételek. A választmányba a működő tagok közül *Aczél* dr. főorvost és *Erkel Lajos*-t választották be.

A budapesti önkéntes mentő egyesület február hóban 563 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 472 szállítást végzett, 58 esetben mint mozgóőrség teljesitett szolgálatot, 23 esetben pedig téves jelentés folytán vonult ki. Összesen tehát 1116 esetben működött.

A XVI. magyar balneologiai congressusra és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1906. évi közgyülésére most küldik szét a meghivókat. Az időbeosztás a következő: Márczius hó 31.-én d. e. 1/2 9 órakor a gazdasági osztály évi ülése; d. e. 10 órakor a congressus első ülése; d. u. 5 órakor a congressus második ülése. Április 1.-én d. e. 1/2 9 órakor a gazdasági osztály évi ülése; d. e. 10 órakor a congressus harmadik ülése; d. e. 11 órakor az egyesület közgyülése. Az ülések a budapesti kir. orvosegyesület házában (VIII., Szentkirályi u. 21.) tartatnak. Az egyesület vidéki tagjai a m. kir. államvasutak és a kezelésük alatt álló vasutak vonalain III. oszt. jegygyel II. osztályon, s II. oszt. jegygyel I. osztályon utazhatnak fel és vissza. Az igazolványokat a balneologiai egyesület elnöksége (VIII., Üllői út 26.) állítja ki és küldi el postafordultával a levélben bejelentett óhajtásra.

Megjelent: *Torday Ferencz* dr.: *Mamák könyve*. Budapest, Rákosi Jenő Budapesti Hirlap Ujságvállalata, 1906.

Meghalt: *Schön Vilmos* dr., a sátoraljaujhelyi közkórház nyugalmazott főorvosa 86 éves korában e hó 20.-án. — *Folkmann János* dr. körösmezői m. kir. erdészeti kincstári orvos 39 éves korában e hó 22.-én.

Kolozsvári tisztiorvosi vizsgák eredménye. A Kolozsvárott 1906. évi márczius hó 1.-én és 2.-án megtartott tisztiorvosi vizsgákon a következő orvosok képesittettek: *Gál Farkas* körorvos Szilágycseh, *Goldschmidt Gusztáv* körorvos Jád, *Ignea Szilárd* kórházi orvos Lugos, *Kund Vilmos* körorvos Vál, *Lengyel Emil* körorvos Pánczélcseh, *Mendel Márkus* körorvos Algyógy, *Sárdi Elemér* klinikai gyakornok Kolozsvár, *Weitzner Márton* körorvos Nógrád, *Zintz Károly* közkórházi kisegitő orvos Segesvár.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban 1905-ben összesen 9199 (5585 férfi- és 3614 nő-) beteget ápoltak; egy betegre 35·6 ápolási nap és 57 K. 83 f. kiadás esett. A halálozás 6·9 %-ot tett. A belgyógyászati esetek száma 6719, a sebészietieké 1592, a szemészetieké 721, a nőbetegségieké 122, a szülészetieké pedig 45 volt. A sebészeti osztály betegein 1069 műtétet végeztek, ezenkivül ambulantiáján 2800 rendelés alkalmával még több száz kisebb-nagyobb műtétet. A szemészeti osztályon végzett műtétek száma 470, a bőr- és bujakóros osztályon végzetteké pedig 229 volt. Bonczolás 651 esetben történt. A 900 ágyra berendezett kórház orvosi személyzete az igazgatón kivül 5 elsődorvosból, 1 kórboncznokból, 8 másodorvosból és 1 benlakó orvosgyakornokból állott.

Az orvosok száma Ausztriában a legújabb adatok szerint 11,764, 27 millió lakos mellett.

Berlin legnagyobb jövedelmű orvosai. Berlinben 1905-ben 15 orvos volt, a ki 50—60,000 márka jövedelem után fizetett adót, 13, a kinek 60—70,000, 3, a kinek 70—80,000, 3, a kinek 80—90,000, 6, a kinek 90—100,000, 4, a kinek 100—120,000, 5, a kinek 160—180,000, 1, a kinek 255—260,000 és 1, a kinek 325—330,000 márka évi jövedelme volt. Ezzel szemben azonban a berlini orvosok 24·36%-ának a jövedelme nem haladta meg a 3000 márkát.

A születések számának csökkenése Angliában. A szaporaság nemcsak Francziaországban csökken évről évre, hanem Angliában is. 1871-ben 1000 lakosra 35·4 gyermek születet, 1881-ben 34·7, 1891-ben 32·6 és 1901-ben már csak 28·4. A csökkenés leginkább a falusi lakosság körében észlelhető.

Az angol orvosok száma a British Medical Journal egyik utóbbi száma szerint (a koloniák leszámításával) 1906 elején 31,070 volt. Nagybritanniának lakossága ez idő szerint 42½ millió (a koloniák nélkül).

„Az isteni doktor." A Lancet egyik utóbbi számában (márczius 3.) olvassuk azt a különös hirt, hogy a *canterbury-i érsek* Ch. Clarke accoucheurnek a medicinae doctor czimet kegyeskedett adományozni. Az emlitett lap hozzáteszi, hogy az igy kitüntetett orvost a nők most általánosan az „isteni doktor"-nak (the Divine Doctor) nevezik. (!)

Amerikából. Az Egyesült-Államok több államában már hosszabb ideje szigorú törvények tiltják az epileptikusak, hülyék és gyengeelméjüek házasulását. Évekig tartott, a mig ezt a törvényt megvalósithatták, de most mindenütt, a hol fennáll, a legjobb eredményeket látják tőle. Most Amerika vezető államában, New-Yorkban is törvénynyé készülnek tenni ezt a tilalmat. Az illető bill elfogadása a parlament által biztosra vehető, mivel a javaslatot a legkiválóbb orvosok aláirták.

Kisebb hirek külföldről. *M. Pfaundler* tanár Gráczban elfogadta a meghivást a müncheni gyermekorvostani rendkivüli tanszékre. — A heidelbergi orvosi fakultás a Czerny tanár által alapitott Kussmauldijat, melyet most osztottak ki először, Bier bonni tanárnak itélte oda a hyperaemiás gyógyitó eljárásról irt müveért. — *Liébault*-nak, a hirneves nancy-i idegorvosnak február 8.-án leplezték le az emlékszobrát a párisi École de Psychologie-ban. — Poroszországban állitólag szintén be akarják hozni azt, hogy az egyetemi tanárnak 70 évvel nyugalomba kell vonulnia. — Az új franczia ministeriumban csak egy orvos-minister van, Clémenceau, az ismert politikus; az előbbi ministeriumban három orvos volt. — *A. Kreidl* dr., a bécsi egyetemen az élettan rendkivüli tanára, a rendes tanári czimet és jelleget kapta.

Lapunk mai számához a következő prospektusok vannak mellékelve:

a) **Sulfosot-szörp: F. Hoffmann-La Roche & Cie, Basel (Schweiz) Grenzach (Baden).**

b) **Pyramidon: Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Hoechst a/M.**

c) **Acidol: Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Berlin, S. O. 36.**

d) **Salophen: Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.**

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

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.**

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

Vízgyógyintézet és **sanatorium Pécs, Sétatér.** Egész éven át látogatva. Felvétetnek **bennlakók** és **bejárók. Vízgyógykezelés, massage, elektro-, psychotherapia, Frenkel-féle tabeskezelés. Villanyos fény-, gőz-, kén- és szénsavas fürdők.** Gondos orvosi felügyelet. **Kitünő pensio, lakás** és **vízkúra hetenként 60 korona.** Kitünő forrás-ivóvíz. Főorvos: **dr. Tolnai Vilmos.**

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések.

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapitó vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősitő, lobellenes** hatóanyaga **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaekologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint vértelenitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy üveg** = 30·0 gr. **Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere a **kóros** oudókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró betegek részére is). **Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51) **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar orvosi könyvkiadó-társulat 1906. márczius 21.-én tartott közgyülése. 407. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület (X. rendes tud. ülés 1906. márczius hó 17.-én.) 407. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1905. deczember 9.-én tartott szakülés.) 408. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat 1906. márczius 21.-én tartott közgyülése.

1. *Than Károly* elnök megnyitja az ülést. A jegyzőkönyv hitelesitésére *Lenhossék Mihály*-t és *Ónodi Adolf*-ot kéri fel.

2. *Koller Gyula* I. titkár bemutatja az igazgató-tanács jelentését a társulat 1905. évi működéséről.

Tisztelt közgyülés! A lefolyt 1905. évben társulatunk könyvilletményét a következő munkák képezik:

1. *Néhai Markusovszky Lajos válogatott munkái.* Összegyűjtötte és sajtó alá rendezte *Marikovszky György* dr., egyetemi tanársegéd. Budapest, VIII. és 320 lap. Társulatunk alapitójának ezen dolgozatait már mult évi jelentésünkben ismertettük.

2. *Az orr és az orrgarat bajainak gyógykezelése.* Irta *Ónodi Adolf* tanár Budapest és *Rosenberg Albert* tanár Berlin. Budapest, 1906. VII. és 414 l. 209 részben Ónodi tanár atlaszából vett ábrával a szöveg között.

Az általános rész a műtétekről, vegyi edzésekről, galvanokaustikáról, elektrolysisről szól.

A részletes rész az orr rendellenességeit és torzképződményeit, továbbá az orr és az orrgarat hurutos és fertőző betegségeit, a Highmor-üreg, a homloköböl, a rostasejtek, az iköböl és a melléküregek betegségeit, végre az orr jó- és rosszindulatú újképleteit, az érzészavarokat és az orr reflexneurosisait tárgyalja.

3. *Sürgős sebészet. Lejars* párisi egyetemi tanár „*Traité de chirurgie d'urgence*“ czimű műve *négy év előtt jelent meg először* s azóta csaknem minden európai nyelvre lefordították. A kérdéses mű általános tetszésre talált, főleg azért, mert benne az el nem odázható *sürgős műtétek*, melyeket szükség esetében minden orvos véghez vihet, valóban *kiváló ügyességgel* vannak leirva. Lejars ezen könyvében az egyes műtétek és ezeknek egyes szakaszai a tudomány legújabb vivmányait szem előtt tartva oly remek kivitelű rajzokkal, részben fotogrammoknál vannak visszatükröztetve, hogy utánuk indulva a műtét kivitele nehézségbe alig ütközik. Könnyen érthető tehát, hogy Lejars munkája mily nagy fontosságú a gyakorló orvosra s kiváltkép a hadseregben szolgáló orvosra nézve.

Midőn mult év elején társulatunk Réczey Imre tanár ajánlatára Lejars művének lefordítását elhatározta és a fordítás engedélyezése végett a munka kiadójához fordult, arról értesültünk, hogy a könyv *ötödik kiadása* van készülőben. Ez kivánatossá tette, hogy ezen legújabb kiadás megjelenésével egy időben a magyar fordítás is készen legyen, a mi természetesen csak úgy volt elérhető, hogy a párisi kiadó az egyes iveket megjelenésük után azonnal elküldte a fordítónak Budapestre. Néhány nap előtt, u. i. f. hó 15.-én érkezett meg a szöveg utolsó két, 71. és 72. íve és az utolsó *20 darab* a szöveghez tartozó színezett tábla azzal az értesitéssel, hogy az új eredeti kiadás *f. é. márczius 22.-én*, fog Párisban a könyvpiaczra kerülni.

A magyar fordítás szövege, kivéve a 71. és 72. ivet, készen van s nagyobbára már elhagyta a sajtót. De az utolsó ivek s a tartalomjegyzék kinyomatása, továbbá az eredetivel egyező nagyobb alakú könyv bekötése mától fogva mintegy 3 heti időt vesz igénybe, úgy hogy a munkát tagjainknak csak *április hó* végén fogjuk megküldeni. Reméljük, hogy a hatodik folyam ezen utolsó illetménye osztatlan kedvező fogadtatásra talál és megtermi a gyümölcsét kollegáink gyakorlatában.

Az eddig ismertetett három munkán kivül az elmult évben megküldtük tagjainknak a „*Magyar Orvosi Archivum*“ VI. kötetét is és pedig kéthavonként megjelent 6 füzetben, melyek utolsójához volt csatolva a *Győry Tibor* dr. által szerkesztett függelék: *A magyar orvosi irodalom 1904-ben.* Azonkivül az Archivum egy pótfüzetet is adott, mely *Konrád Jenő dr.* nagyobb dolgozatát tartalmazta: *A Magyarországon élő népfajok koponyaalkati viszonyairól tekintettel azok elmekórtani jelentőségére.* Egyébként az Archivum hat füzete önálló vizsgálatokon alapuló 23 értekezést tartalmazott 19 szerzőtől.

A mult évben, mint a VII. hat éves cyclus utolsó évében, az igazgató tanács kebeléből bizottságot küldött ki azon feladattal, hogy a társulat még 1866 előtt szerkesztett alapszabályait átdolgozza és a jelenkor igényeinek megfelelő módon módositsa. A bizottság megfelelt ezen feladatának és a módositott alapszabályokat még 1905. nov. hóban a *m. kir. belügyministeriumhoz* beterjesztette, a honnan azok 1905. decz. 6.-án érkeztek vissza a m. kir. belügyminister azon módositásával, hogy a társulat feloszlatását s ez esetben vagyonának hovafordítását kimondó közgyülési határozat végrehajtása előtt a m. kir. belügyministeriumhoz felterjesztendő.

A módositott alapszabályokat az igazgató tanács határozata értelmében a VIII. folyam aláiróinak az első szétosztandó munkával együtt fogjuk elküldeni.

Az új folyam első évének, t. i. az 1906. évnek könyvilletményére nézve az igazgató tanács eddigelé a következő kiadványokban állapodott meg:

1. *Dollinger Gyula* egyet. tanár monographiája a coxitisről, mintegy 150, klinikai fényképfelvételek után készült ábrával.

2. A már 1905-re igért magyar fordítása *Semmelweis Ignácz* korszakalkotó munkájának „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers“, valamint Semmelweis hátrahagyott munkáinak magyar nyelven való kiadása. A fordítást és sajtó alá rendezését *Győry Tibor* dr. végzi.

3. *Heim Pál* dr. és *Preisich Kornél* dr. „*Az általános klinikai haematologia kézikönyve*“, mely két illetékes egyetemi tanár és szakértő indokolt véleményadása szerint önálló vizsgálatokra fektetett monographiája a tudomány ezen fontos ágának és tárgyánál valamint jeles feldolgozásánál fogva a kiadást megérdemli.

Az új folyam első évében, t. i. 1906-ban társulatunk tagjainak még április hóban megküldjük azon diszes könyvet, melyet „*Dolgozatok*“ czime alatt *Purjesz Zsigmond* kolozsvári egyetemi belgyógyászattanár negyedszázados tanári működésének emlékére tanitványai és tanártársai irtak és adtak ki és melynek költségeihez társulatunk is nagyobb összeggel járult. Ezen Purjesz-emlékkönyv, mely negyven kisebb-nagyobb orvosi czikket tartalmaz, 46¾ ivre terjed, a szöveg közt 80 rajzzal és 8 külön képmelléklettel.

Végre mély fájdalommal szomorú kötelességet teljesitek, midőn a mult évben nagyobb számmal elhalt tagokról emlékezem meg. Az alapitó tagok sorából elhunyt *Zalár István* Borsod-Bikity helységben, egyike a legrégibb alapitóknak. A rendes tagok sorából meghalt: *Bakay Lajos* (H.-M.-Vásárhely), *Baranyai Vilmos* (Budapest), *Biró Géza* (Rákosfalva), *Boda Gyula* (P.-Ladány), *Ippen József* (Budapest), *Hajdt Lajos* (Buziás), *Kalchbrenner Hugo* (Sz.-Olaszi), *Marosi Kálmán* (M.-Vásárhely), *Schön Leo* (Sz.-Várallya), *Schönfeld Mór* (Kis-Terenne), *Steiner Samu* (Budapest), *Vékony Albert* (Kisjenő), *Simon Pál* (Tótkomlós).

3. *Török Sándor* pénztáros bemutatja összeállitását a társulat forgalmáról 1905. márczius 19.-től 1906. márczius 19.-ig. A *társulat vagyona* 156,820 K 36 f. Ebből: kamatozásra elhelyezett betétek 18,703 K 64 f; értékpapirok 129,809 K 60 f; időközi kamatok 18·5 K 36 f; hátralékok alapitók után 450 K, rendes tagok után 5424 K; pénztári készlet 577 K 76 f.

4. Pénztárvizsgálókul 1906-ra megválasztattak: *Böke Gyula*, *Thanhoffer Lajos*, *Rákosi Béla*, *Szontagh Félix* és *Temesváry Rezső*.

5. *Than Károly* elnöki tisztségéről leköszönvén, korelnöknek *Navratil Imrét*, korjegyzőnek pedig *Lobmayer Gézát* kérte fel.

6. *Bókay Árpád* indítványára a közgyülés *Than Károlyt* egyhangúlag tiszteletbeli elnökké választotta.

7. Az ezután megejtett titkos választás eredményeképen a társulat tisztikara a következőkép alakult meg: Elnök: *Tóth Lajos*; I. alelnök: *Koller Gyula*; II. alelnök: *Jendrássik Ernő*; I. titkár: *Székely Ágoston*; II. titkár: *Vámossy Zoltán*; pénztáros: *Török Sándor*. Az igazgatósági tagoknak egy harmada évenként új választás alá kerülvén, budapesti igazgatósági tagnak *Genersich Antal*, *Grósz Emil*, *Hegedüs János*, *Navratil Imre* és *Tauffer Vilmos*, vidéki igazgatósági tagnak pedig *Konrád Márk*, *Petz Lajos*, *Szabó Dénes* és *Kenézy Gyula* választatott meg.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tud. ülés 1906. évi márczius hó 17.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja, mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Boross Ernő, Flesch Ármin és Schossberger Sándor tagtársakat.

Elnök jelenti, hogy a könyvtár részére adományként beérkezett Huber Alfréd dr. „Verhandlungen der dermatologischen und urologischen Section des königlichen Ärztevereines in Budapest“ czimű könyve. Köszönettel vétetik.

Polyposis urethrae (férfihúgycsőben).

Boross Ernő: A férfi húgycsövében újképletek csak igen ritkán képződnek és kórisméztetnek; tüneteket alig okoznak. A savós- genyes hurutos váladék, időszakos vérzések, szűkülésszerű tünetek, esetleg párosulva vizelési ingerrel, még együttesen sem kórjellegzők újdonképződésekre, mert kiséröi lehetnek bármely húgycsöbeli lobos folyamatnak is. Az irodalomban szórványosan közölt esetek egyikénél sem jelentkeztek ezen tünetek összességükben, csupán egyes tünetek mutatkoztak. A diagnosist csakis a húgycsőtükörrel állapithatjuk meg. Noha a húgycsőtükröt sokszor a betegek érdeke ellenére is alkalmazzák, mégsem helyeselhető azon idegenkedés, melyet egyes kiváló urologok részéről tapasztalunk; igy a mult évben Nitze humboldtházi urologiai rendelésén még mellőzték a húgycsőtükröt. Az újképleteket nem csupán

kórismézni, de különösen gondosan eltávolítani sem vagyunk képesek tükör nélkül, mint ezt az alábbi eset is igazolja:

N. E. 50 év körüli férfibeteg hónapokon át nem tudott szabadulni savós-genyes húgycsőfolyásától, bár a legrigorosusabb életmód mellett állandóan gyógykezeltetett. A váladék előzetes mikroskopikus vizsgálata után, a mely főleg hámsejteket és látóterenként egy-két genysejtet mutatott, megtükröztem a húgycsövet. A hímvessző csüngő részének középső és hátsó harmadában elszórtan lógtak a tubusba a nyálkahártya ránczaiból kiemelkedő, részben vékony nyélen ülő, bunkósvégű, hámmal bevont képletek, részben szélesebb alappal biró tarajszerű fénylő képződmények. (Szöveti metszet véredénydús kötőszöveti formában hámsejteket mutatott.)

Az újképleteket rendes Oberländer-Valentin-féle 21 Ch. húgycsőtükör segélyével, külön e czélra készített Krause-féle nyélbe erősített gracilis szárú polypfogóval lecsavartam és lecsíptem s az alapjukat Kollmann-féle hosszúszárú galvanocaustikus tűvel égettem. A vérzés a tükörképet erősen elhomályosította, azért a polypusokat több ülésben távolítottam el, nehogy pedig az égetés után képződött heges szövet szűkületet okozzon, az égetést igen óvatosan végeztem. A műtét óta több mint fél év mult el, eddig sem hurutos folyás, sem recidiva, sem strictura ninesen. A húgycsövet 2%-os cocainoldattal érzéstelenitettem; a műtétet csupán a húgycső szűkülete nehezitette meg, a mennyiben csak 21 Ch. tubusban dolgozhattam.

Beékelt oxalsavas hólyagkő művi eltávolítása.

Boross Ernő: H. S. 50 év körüli férfit vizelési panaszai miatt megtükröztem. A hólyagnyak mögött képződött diverticulumban a tükörképben nagy spanyolmogyorónyi, kerek, buzogányszerű felülettel biró, barnásfeketésen erősen fénylő követ láttam. A tükrözés után néhány napra a gáton igen éles, szúró fájdalmakat érzett, vizelete elakadt és erőlködésre vért ürített. A fémkatheterrel éles hangú kemény testet suroltam, csapolás nem sikerült; a vérzés nagy, a fájdalom fokozott. A külső húgycsőnyilás 28-as Ch. sondát befogadott és így tág kaliberű tubussal végezhettem a tükrözést. 2%-os cocainoldattal érzéstelenitettem a húgycsövet.

Húgycsőtükörrel a pars membranaceában erősen beékelt kő egyket feketésen fénylő, előálló dudora volt látható. A tükör tubusába bevezetett különféle fogókkal nem voltam képes megfogni a követ, annyira beékelődött a nyálkahártyaredőkbe. Egy izben sikerült egy előálló dudort megfognom, de a kemény dudor inkább letört, de a kő nem mozdult. A követ kanállal sem tudtam egy oldalról sem megkerülni, így egyenes Kollmann-féle dilatatorral visszalöktem a követ, úgy vélem a hólyagnyakba, a húgycsövet a dilatatorral tágitottam és a hólyagnyakba szorult követ Dittel-féle kis lithotriptorszerű fogóval egy darabban könnyen eltávolitottam. A kő minden oldalról erősen dudorzatos, 13 mm. hosszú és jó 10 mm. átmérőjű. A húgycső integritásában alig sérült, a hólyag záróizmának még időleges elégtelensége sem maradt vissza. Az ambulanter megoperált beteg csupán vizelés alkalmával érzett kis égést a húgycső hártyás részében az első napokban. Ha kb. 800 beékelt húgykő statistikájából azon következtetést vonhatjuk, hogy azoknak csak igen kis hányada távolítható el a rendes kőfogókkal (Colins, Mathieu, Leroy stb.), nagyobbára véres műtétre kerülnek s a hólyagkövek statistikájából látjuk, hogy 12 mm., sőt 8 mm. legnagyobb átmérővel kövek biró is morzsoltatnak, úgy gyakorlati szempontból ezen eset nem egészen érdektelen.

Steiner Pál: Az előadó által említett polyposis urethrae-esetet a műtét után 3 évvel volt alkalma Dollinger tanár klinikáján látni, midőn tuberculosis peritonei miatt műtétre került; a húgycsőben polypusrecidiva nem volt.

Az előadó által bemutatott kő, mely a pars membranaceában beékelődött, nem olyan ritka, legutóbb Dollinger klinikáján 4 esetben észleltünk a húgycső hártyás, illetve prostatikus részébe beékelt követ, melyek közül 3-at véres úton távolitottunk el. Helyesebbnek tartja a véres műtétet, mert az ilyen dudorzatos, kemény, egyenetlen kő nem véres eltávolitása, a húgyhólyagba való visszalökése súlyos következményekkel is járhat.

Boross Ernő: Recidivára hajlamos újképletek esetén ő is a radikális eljárás hive.

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórisméje és kórlényege.

Flesch Ármin és **Schossberger Sándor**: Előadók mindenekelőtt azon nehézségeket fejtegetik, melyekkel a klinikusnak a szivburokösszenövés kórisméjének felállításánál az esetek jó részében küzdenie kell. E nehézségek abban nyilvánulnak, hogy az esetek egy része a szó valódi értelmében „latensen“ folyik le, tehát eo ipso fel nem ismerhető. Ennél gyakrabban akadályozza a tájékozódást azon körülmény, hogy a szivburokösszenövés fogalmát bizonyos cardinális iskolatünetekhez szoktuk kötni: a szivtáj systolés behúzódása, a szivtompulat activ és passiv motilitásának hiánya, a pulsus paradoxus, a Friedreich-féle diastolés venacollapsus, a Friedreich-féle kettőzött szivhang, a szívhangok metallikus szinezete. Ezen iskolatünetek azonban egyedül a concretio pericardii cum corde kapcsán elő nem állanak, jelenlétük tehát arra nem is utalhat, viszont pericarditis externa felvételére sem jogositanak, mert jórészt más kórfolyamatok által is okoztathatnak. Legfontosabb akadálynak tekintik azonban előadók azon körülményt, melynek kellő kidomborítása leend további fejtegetéseik czélja.

Létezik u. i. a szivburok-összenövésnek egy sajátságos alakja, mely bár hosszabb idő óta szolgál klinikai dolgozatok tárgyául, a köztudatba még nem ment át eléggé. Ezen alak a pangásnak a cardiális zavaroknál megszokott képtől teljesen eltérő typusa által jellemeztetik. Az egész kórképet izolált hasvízkór uralja.

Az idevágó irodalom főbb mozzanatainak vázolása után előadók rámutatnak arra, hogy e bántalom kórisméje és kórlényege körül milyen kérdések merülnek fel és hogy ezek magyarázásánál milyen véleménykülönbségek tapasztalhatók. A kérdés súlypontja a körül forog, hogy a kórkép összes tünetei nem a savós hártyák egyidejűleg vagy egymás után keletkező lobjának (polyserositis) részjelenségei-e, avagy nem tekinthetők-e a Pick-féle értelmezés szerint az obliteratio pericardii következményeinek, avagy azon harmadik feltevés jogosult-e, hogy az esetek egy részében a synechia pericardii, másik részében a perihepatitis chron. hyperplastica (Curschmann) képezi a bántalom kiinduláspontját. A véleménykülönbségek onnan erednek, hogy a szerzők legnagyobb része a cardiális typustól eltérő pangásnak az okát a legkülönbözőbb momentumokban keresi (vena cava inf. megtöretése, vongálása, összenyomása, cirrhosis cardiaca kifejlődése, körülirt peritonitis, stb.).

A vitás kérdések tisztázása czéljából előadók egyfelől kiemelik a fontosabb kórismés mozzanatokat, fejtegetve a különbözeti kórisme szempontjából értékesíthető tüneteket, másfelől a kórlényeg magyarázása czéljából a sajátos pangási viszonyok okával foglalkoznak.

A Stefánia-gyermekkórházban észlelt tizenegy esetük alapján a kórisme szempontjából a következőket emelik ki: A gyermekkori szívburokösszenövések leggyakoribb alakját sajátságos tünetcsoportozat jellemzi. Előtérben áll a nagyfokú izolált ascites, pastosus arcz, cyanotikus ajak és májmegnagyobbodás, míg a szív vizsgálata egy esetben sem szolgáltatott olyan leletet, mely a figyelmet különösebb mértékben a szivre, mint a bántalom középpontjában álló szervre hivta volna fel. Az elhatárolás a gümős hashártyalobtól, a májzsugor különböző alakjaitól, a billentyűbántalmaktól s a polyserositistől a jelzett tünetek alapján nagyobb nehézség nélkül eszközölhető. A concretio pericardii cum corde előadók nézete szerint e tünetcsoportozat jelenléte esetén teljesen körülirt és lehető biztonsággal felismerhető bántalmat képvisel. Nem állitják, hogy minden szívburokösszenövés e tünetek kiséretében folyik le, ellenben hangsúlyozzák, hogy a tünetcsoportozat jelenléte esetén concretio pericardii cum corde kórismézendő.

A kórlényeg megvilágitása czéljából előadók állatkisérleteket végeztek. Keresték, hogy a concretio pericardii cum corde egymagában képes-e, és ha igen, minő cardiális pangást előidézni. E czélból egészséges kutyákon izolált, nem fertőzéses pericarditist, ill. concretio pericardii cum cordet idéztek elő jod-tincturának a pericardialis zsákba való befecskendezésével és az ennek kapcsán előállott kórképet megfigyelték. Állatkisérleteik azt eredményezték, hogy a kutyánál előidézett concretio pericardii egymagában minden más körülmény hozzájárulása nélkül izolált ascitest, tehát tisztán cardiális eredetű portális pangást képes létrehozni. Bebizonyitottnak tekintik tehát embernél is a pangás cardiális eredetét. Arra a kérdésre azonban, hogy a tisztán cardialis pangás e bántalomnál miért mutatja következetesen ezen alakot, a feleletet egyelőre csupán feltevések adhatják meg.

Manninger két eset alapján szólal fel. A Stefánia-gyermekkórházban 3 évvel ezelőtt operált kis gyermek került Szontagh tanár osztályára, nagy ascitessel, súlyos dyspnoëval. Műtét végett hozzájuk tették át. Cirrhosis hepatis és peritonitis tuberculosa diagnosis között ingadoztak, de a tünetek alapján inkább peritonitis tuberculosa felé hajoltak. A műtétnél a peritoneumot teljesen épnek találták s a nagy máj miatt „Zuckergussleber“-re gondolhattak. Sectionál synechia pericardiit találtak. Az előadó által felsorolt tünetek mellett tehát mindig kell gondolni synechia pericardiira is. És a helyes diagnosis felállítása esetében tért kér a therapiában a sebészi beavatkozás számára. Felveti a kérdést, nem lehetne-e cardiolysissel a betegséget gyógyitani.

A másik eset, a mi ezt a felfogást pártolja, Brauer egy esete, ki chronikus pericarditis folytán képződött heges burkot távolitott el a szivről felnőtt betegnél, mire az előbb incompenzált szivműködés compenzálódott. Kivánatos volna tehát a gyermekeknél is foglalkozni a cardiolysis kérdésével.

Bókay János: Manninger ideáját megszivlelendőnek véli, de megjegyzi, hogy a bonczolatra került összes esetekben oly nagy mérvű összenövések voltak jelen, hogy a cardiolysis technice kivihetetlen lett volna.

Előadó köszöni a hozzászólásokat. A sebészi beavatkozás elé nagy akadályt gördit, hogy legtöbbször nem pericarditis externa, hanem synechia cum corde van jelen. A betegségnek eléggé kórjellegző tünete, a systolikus behúzódás pedig legtöbbször hiányzik. 11 esetükben egyszer sem látták. A művi beavatkozást pedig csak akkor tartja megengedhetőnek, ha ezen tünet is jelen van a többi mellett.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. deczember 9.-én tartott szakülés.)

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

(Vége.)

7. **Purjesz Zsigmond** előadása: A **typhus-bacillus ragályozó képességéről**. Az utóbbi 30 év alatt tett észleleteiről számol be.

Hozzászól: *Makara* s azon véleményének ad kifejezést, hogy az ápoló nővérek gyakori megbetegedése talán nem is attól származik,

mintha a typhusragály fertőző képessége fokozódott volna az utolsó években, hanem mert a szerzetes nővérek a szigorú személyes védekezés egy részét az isteni gondviselésre háritják. Felhivja Purjesz figyelmét azon szokásra is, hogy a beteg mellett szentelt vizet is tartanak, melyet azután valószinűleg többen használnak, esetleg igy fertőződhetik a közös szenteltvíztartó is.

A járvány következetes emelkedése az őszi hónapokban, mely deczemberben éri el tetőfokát, hogy azután fokozatosan csökkenjen juniusig, véleménye szerint arra mutat, hogy a typhus-bacillus mint saprophyta is a jelzett időszaki viszonyok szerint a talajban, a kutakban kedvező szaporodási feltételekre talál. Ez irányban nem hagyható figyelmen kivül azon körülmény, hogy a talaj azon rétegei, melyekben a kutak vize áll, épen az őszi időszakban melegednek át legjobban, minek a vízbe kerülő ragályozó, vagy a ragályozást elősegitő bakteriumok szaporodására és virulentiájára befolyása lehet.

Filep Gyula első sorban arra nézve kér felvilágositást, vajjon 1897-ben, midőn a typhusban való megbetegedés Kolozsvárt 5 pro mille fölé emelkedett, szintén észlelte-e előadó azt, a mit 1904-ben: hogy t. i. az egyes családok körében egymásután több családtag betegedett meg és hogy ez a körülmény sokkal gyakrabban fordult volna elő, mint az ezelőtti években. Mert ha a typhus-esetek szaporodásának s ezen körülménynek okát a virulentia fokozódásában keressük most: akkor ezt a jelenséget más typhusepidemiák alkalmával is meg kell találnunk.

Felhivja továbbá a figyelmet arra, hogy a hónapok szerint való szabályos ingadozás a typhus halálozási statistikájából az egész ország minden törvényhatóságában kimutatható. Azonban a görbe nem felel meg egészen a bemutató által előadottnak. Azt lehet mondani, hogy a halálozások zöme a téli hónapokra esik; a csúcsa november, deczember és január hóra jut; februárban csökkenés és márcziusban ismét emelkedés mutatkozik. Szabályosságot lehet találni a diphtheria halálozási görbéjében is, a melynél a minimum julius hóban van, a maximum pedig deczember, januárius hónapokban. Igaz, hogy ha akarjuk, ezt is magyarázhatjuk a virulentia változásából, csakhogy a vörhenynél és a kanyarónál, a par excellence contagiosus betegségeknél is azt látjuk, hogy a halálozás maximuma mindig a téli hónapokra esik, arra az időre tehát, midőn az emberek általában zsúfoltabban laknak és a szorosabb érintkezés folytán a fertőzés lehetősége nagyobb. Az előadó által észlelt tüneményt tehát nem tartja a typhus-bacillus virulentiája változásának megmagyarázására elegendő alapnak.

Hozzászól továbbá *Jancsó Miklós*, majd *Makara* reflectál Jancsó felszólalására, végül *Purjesz* zárószavában az összes felszólalásokra.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A calciumchlorürről mint vérzéscsillapitóról tartott előadást *Toubert* a párisi „Société de chirurgie“ január 17.-i ülésén. Kiemeli, hogy mily jó szolgálatokat tehet a calciumchlorür használata műtétek előtt nagyobb vérzés megelőzése czéljából. Három grammot felold vízben, melyet esetleg meg is édesithetni, s ezt a mennyiséget kétszerre vagy háromszorra fogyasztatja el; az utolsó részletet néhány órával a műtét előtt kell meginni. (La semaine médicale, 1906. 4. szám.)

Májcirrhosis eseteiben a Langerhans-szigetek magatartását vizsgálták *Carnot* és *Amet*. Eredményeikről a párisi „Société de biologie“ január 13.-án tartott ülésén számoltak be. Mig normális viszonyok között a Langerhans-szigetek 50—150 sejtet tartalmaznak, májcirrhosis eseteiben számuk tetemesen megszaporodik; egy esetben számuk 200 és 450 között, két másik esetben 300 és 400 között ingadozott, sőt volt olyan esetük is, a melyben egy szigetben 1500 sejtmagot lehetett megszámlálni. Valamennyi esetben a szigetek száma is nagyobb volt. (La semaine médicale, 1906. 4. szám.)

A salicylkészitmények hatásáról a vesére tartott előadást *Dinkler* a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde“ november 20.-i ülésén. Ismeretes, hogy az utóbbi időben több dolgozat jelent meg, a melyek szerint a salicylkészitmények állandóan izgalmi tüneteket okoznak a húgyszervekben. *Dinkler* szerint ez az állitás túlzott. Nagyobbszámú egészséges és beteg emberen tett észleletei azt mutatták, hogy a salicylkészitmények 5—8 gramm napi mennyiségben nem okoznak valami lényegesebb izgalmat a húgyszervekben. Különösen kiemeli, hogy polyarthritis rheumatica kapcsán keletkező heveny veselob salicylkezelés mellett mindig simán gyógyul; sőt sokszor, ha a salicylkezelést idő előtt megszakitjuk, a már javult veselob is rosszabbodik. Kellő ellenőrzés mellett tehát a salicylkészitmények még nagy adagokban és huzamosan is adhatók, a nélkül, hogy a veséket féltenünk kellene.

PÁLYÁZATOK.

325/1906. szám.

Pozsony vármegye nagyszombati nyilvános jelleggel felruházott kórházánál lemondás folytán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 1200 korona fizetés, lakás, fütés, világitás, élelmezés.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Bartal Aurél Pozsony vármegye főispánjához czimezve hozzám legkésőbb **1906. évi április hó 15.-ig** nyujtsák be.

Nyelvismeret közlése kivánatos.

Nagyszombat, 1906. évi márczius hó 15.-én.

Pozsony vármegye nyilv. jell. kórházának igazgatója.

562/1906. kig. szám.

Zala vármegye pacsai járásához tartozó Pacsa-Nagykapornaki, ideiglenesen egyesitett közegészségügyi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felszólitom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésüket, eddigi működésüket s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi április hó 10.-ig** bezárólag annyival is inkább beadják, mert a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztandó orvos fizetése 1148 korona 78 fillér, fuvarátalánya pedig 748 korona 62 fillérben van megállapitva.

A látogatási dij úgy a nappali, mint az éjjeli, községenként külön-külön van megállapitva.

A körorvos székhelye: Pacsa; s a kör 29 községből áll.

A választás folyó évi április hó 17.-én d. e. 10 órakor fog a pacsai jegyzői irodában megtartatni.

Pacsa, 1906. évi márczius hó 21.-én.

Pálffy, főszolgabiró.

Baranya vármegye **„László“-közkórházánál Mohácson az alorvosi állás** megüresedvén, arra pályázat hirdettetik.

Felkéretnek mindazon nőtlen orvostudor, esetleg szigorló orvos urak is kik ezen 1000 korona fizetés, szabad lakás, fütés, világitás és I. oszt. étkezéssel kapcsolatos állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat nagyságos Koszits Kamill vármegyei alispán úrhoz czimezve, hozzám **folyó évi április hó 7.-éig** nyujtsák be.

Az állás nyugdijjogosultsággal jár. Magángyakorlat a kórház körzetében megengedtetik.

Mohács, 1906. évi márczius hó 10.-én.

2—1 *A kórház igazgatósága.*

1556. alisp.

Moson vármegye tulajdonát képező s 60 ágyra berendezett **Karolina-kórházban Magyaróvárott** elhalálozás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés és teljes ellátás, a mely utóbbi áll a kórházban levő 2 butorozott szobából álló lakás, fütés, világitás és teljes élelmezésből.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

A kinevezés két évi időtartamra szól, tehát kétévenként megujittatik.

Magángyakorlat nincsen megengedve.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori képesitésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt s 1 kor. bélyeggel ellátott pályázati kérvényeiket Nagy Jenő Moson vármegye főispánjához czimezve „Moson vármegye Karolina-kórház Igazgatósága Magyaróvár“ czimre legkésőbb **1906. évi április hó 15.-ig** nyujtsák be

Magyaróvár, 1906. évi márczius hó 5.-én.

3—3 *Őshegyi*, alispán.

1267/1906. eln. szám.

Hódmezővásárhely város közönsége által létesitett és fenntartott nyilvános jellegű s 54 ágyra berendezett ú. n. **„Erzsébet“-szemkórháznál** megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő szemkórházi alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel, 500, azaz ötszáz korona élelmezési dijjal s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **f. évi április hó 14. napjának délutáni 5 óráig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr Ő méltóságához fognak felterjesztetni.

Megjegyzem, hogy ezen alorvosi állás ideiglenes jellegű s egyelőre 2 évi időtartamra töltetik be s az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belül elfoglalandó.

Hódmezővásárhely, 1906. évi márczius hó 6.-án.

2—2 *Juhász Mihály* kir. tanácsos, polgármester.

1237/1906. eln. szám.

Hódmezővásárhely város nyilvános jellegű kórházánál rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés, világitás és első osztályú élelmezéssel van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **f. évi április hó 14. napjának délutáni 5 óráig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr ő méltóságához fognak felterjesztetni.

A kinevezés két évi időtartamra szól, az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbitható. Magángyakorlat nincs megengedve. Az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belül elfoglalandó.

Hódmezővásárhely, 1906. évi márczius hó 5.-én.

2—2 *Juhász Mihály* kir. tanácsos, polgármester.

655/1906. eln. szám.

A városi közkórháznál rendszeresitett és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fütése és világitása.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddig alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Nagy Mihály dr. főispán úrhoz czimezve a főispáni hivatalalhoz f. é. **márczius hó 26. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

Szeged, 1906. évi márczius hó 9.-én.

2—2 *Lázár György* dr. sk., polgármester.

1554/1906. eln. szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál üresedésben levő belt. **tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen belt. tisztiorvosi állással 1400 korona évi fizetés, 360 korona évi lakbér és a tiszti nyugdijalapból való részesedés igényjogosultsága van egybekötve. A kinevezendő tisztiorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt tisztiorvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat Nagy Mihály dr. főispán úrhoz czimezve a főispáni hivatalhoz **f. évi márczius hó 26. napjának déli 12 órájái**; nyujtsák be. Elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1906. évi márczius hó 9.-én.

2—2 *Lázár György* dr. sk., polgármester.

34,669/1906. sz.

A sarajevoi bosznia-herczegovinai országos kórházban legközelebb egy **elsőrendű orvosi állás** (Primararzt), egyúttal a belső osztály főnöke, lesz betöltendő.

Ezen állással egybe van kötve a bosznia-herczegovinai országos hivatalnokok VIII. fizetési osztályának szolgálati rangja a megfelelő illetményekkel együtt, még pedig 3600 korona fizetés, 1200 korona pótlék és természetbeni lakás a kórházban.

Utóbbit illetőleg megjegyeztetik, hogy az országos kormány fenntartja magának azt a jogot, ha a szolgálati viszonyok a természetbeni lakásnak másnemű felhasználását szükségessé tennék, hogy e helyett megfelelő lakpénz utalványoztassék ki.

Ép úgy fenntartja magának az országos kormány azt a jogot, hugy a VII. fizetési osztály illetményeinek magasságáig terjedő személyi pótlékot engedményezzen az illetőnek.

Ezen személyi pótlék azonban esetleges előléptetések alkalmával meg fog szüntettetni és annak adományozása egyáltalán külön megegyezés tárgyát képezi.

A kik pályázni szándékoznak, kérvényeiket, melyek a kort, állást, elért tudori fokozatot, végzett szaktanulmányokat és a különösen figyelembe veendő tanágakat illető szükséges mellékletekkel felszerelendők, legkésőbb ez év **május 15.-ig** a sarajevoi bosznia-herczegovinai kormánynál nyujtsák be.

Egy belső klinikán vagy osztályon való hosszabb működésről szóló bizonyitványon kivül megkivántatnak még a klinikai chemiában és bakteriologiában való jártasságról, továbbá a különleges laryngo-rhinologiai és otologiai ismeretekről szóló bizonyitványok.

Állástkérőktől megkivántatik továbbá, hogy lehetőleg egy szláv nyelv ismeretével birjanak, mindenesetre azonban szükséges, hogy magukat arra kötelezzék, miszerint az ország nyelvét egy év lefolyása alatt elsajátitják.

Az állás betöltése egyelőre ideiglenesen történik, egy év lefolyása mulva azonban végleges lehet, a mivel azután az országos hivatalnokok összes jogainak élvezete egybe van kötve.

Azon pályázók, kik nyilvános szolgálatban állanak, tartoznak kérvényeiket a felettes hatóság útján beadni.

A pályázati kérvény boszniai egykoronás bélyeggel, és minden egyes melléklet külön 30 filléres bélyeggel látandó el, esetleg a megfelelő összeg készpénzben mellékleндő.

Sarajevo, 1906. évi márczius hó 1.-én.

2—2 *Az országos kormány.*

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.

Az orvos urak által melegen ajánlva:

GRADO

Pension Wiener Kinderheim

a tengerpart és tengeri fürdők mellett, kerttel és terrasseval; **kiséret nélküli gyermekek** is elfogadtatnak a leggondosabb ápolás mellett. **Bécsi konyha**; mérsékelt árak.

Értesitést ad: Frau **Adele Sadger, Wien, XIX., Lannerstrasse 20**; Frau **Anna Jurecsek, Wien, III., Marokkanergasse 10.**

Prospektus ingyen. Prospektus ingyen.

ICTERUS

Rohitschi Styria-forrást kiváló orvosok rendkivüli sikerrel alkalmazták.

Antisclerosin bei Arteriosclerose

Irodalom: Hofr. Dr. **Goldschmidt**, Bad Reichenhall (Dtsch. Prax., 1903). Generalstabsarzt Dr. **v. Zgórski** (Rep. d. Prakt. Med. 1904, Oktb.). Összefoglaló refer.: Wiener med. Presse 1904, Jan. **Burwinkel**, Nauheim. Előadás a balneologiai congressuson 1905 (Berliner klin. Wochenschrift 1905, Nr. 16). **Fraenkel**, Berlin (Wiener klin. Rundsch. 29/30, 1905). **Hotys**, Wien (Med.-chirurg. Zentralbl. Nr. 3, 1906) etc. etc.

Eredeti csomagolás (25 tabl.) K 2.— a gyógytárakban.

Irodalom díjmentesen, kisérleti anyag az orvos uraknak mérsékelt áron.

Fabrik pharmaz. Präparate WILHELM NATTERER, München 2.

NESTLÉ gyermeklisztje

az egészséges

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket. **A gyermekápolásról** ismertető füzetet ingyen küld: **NESTLÉ** Wien I., Biberstrasse 11.

Téli kúra tüdőbetegek részére

Sanatorium Wienerwald.

Posta: **Ortmann (Nied.-Oest.)**, vasúti állomás Pernitz, Bécstől 2½ órányi távolságban.

Egész éven át nyitva. — Prospektus kivánatra.

Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Bécstől. Egész éven át nyitva.

Vasuti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 1r).

Valamennyi természetes diaetetikus gyógymód. — Négy külön szakmára oktatott segédorvos.

Prospektusokat küld az intézet vezetősége vagy a vezető-tulajdonos:

Dr. THEODOR FRIEDMANN, WIEN, I., Operngasse 16. — Telefon 7274.

Az intézetben egy magyar ajkú segédorvos is van.

Ujonnan megnyitva.

SANATORIUM REKAWINKL

Wien városa mellett a nyugati vasút mentén.

Ideg- és kedélybetegek részére a Wienerwald legszebb részén. 6 pavillon saját kertekkel és kb. 160,000 □m saját liget és rétekkel.

Teljes elkülönités a megbetegedés minéműsége szerint.

Individuális kezelés. — Hydro-elektrotherapia. — Foglalkozási- és fekvőkúrák. — Egész éven át nyitva.

Vezetők: **Prof. FRITSCH** és **Dr. WEISS.**

SANATOGEN

fehérnye és phosphor bevitele a testbe. Az oxydátiós energiát fokozza. Az anyagcserét előmozdítja és ezért a leghathatósabb erősítőszerek egyike. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és bérmentve küld

BAUER & C^IE.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

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

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készitmény, a mely 100 súlyrészben 7% Kal. Sulf. Guajacol, 0·50% Extr. Thymi és ugyanannyi Extr. Tiliae-t tartalmaz syrupban oldva.

Tuberculosisnál, valamint a tüdőbetegségeknél rendkivül jó hatású szer.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,
Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK

Gyógyintézet Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Sziléziában (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895. — Prospektus ingyen.

Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. **Alfred Smith,** nemesbirtok-tulajdonos.

„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.

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállit és fölszerel
Dr. Wágner 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.

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor **gyomor- és bélbajoknál.** Az emésztést elősegíti, a székletétet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta ½—1 kávéskanállal, minkenkor étkezés után. Orvosi kitünőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti GLÜCK REZSŐ gyógyszerész, gyógyszertár „a fehér galambhoz“.
Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám.
Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

Név védve. **Extractum** Név védve
Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)
Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:
1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásáná'.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:
H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.
Minták és irodalom ingyen.

Vegyészeti gyár Dr. Fritz és Dr. Sachsse
Sollenau a/Sudbahn

ALBOFERIN

WIEN, I, Wollzeile 40.

egy könnyen oldható, szag- és iznélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecses

90·14% fehérnye, 0·68% vas, 0·324% phosphor.

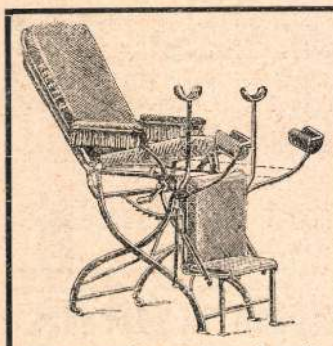
Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül** 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitünő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérveszteség, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

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

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

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.



Mütő- és vizsgáló-asztal Sims tanár szerint.

Keleti J.

Orvosi műszergyáros

BUDAPEST

Főraktár: **IV., Koronaherczeg-utcza 17.** — Gyár: **IV., Központi városháza.**

A czég különlegességei: **Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek,** cs. és kir. szab. **sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, műszerszekrények, mütő-** és **vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-állványok, gőz-sterilizátorok** köt- és műszerek részére, stb. gyártása.

Műszer-szekrény Keleti szerint.

Kezdő orvos uraknak **teljes műszer-berendezéseket** szállít részletfizetés ellenében.

Eszközök javításai, nikkelezései, műköszörülései jutányos áron elvállaltatnak. — Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve.

Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt.

A világ legjobb keserűvize. **Páratlan a maga nemében.**

Saxlehner András, Budapest

cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

természetes keserűvíz.

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

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

A bevásárlásnál kéretik a palaczk czímképén a Saxlehner András nevet figyelembe venni.

Liquor Chiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s igy tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője: **EIBACH ÖDÖN** gyógyszerész.

Főraktár: **Budapest, VI., Andrássy-út 55.**

Kapható az összes gyógyszertárakban.

Bronchitis diffusa Emphysema Infiltratio-pulmonum Tracheobronchitis ellen

TUBERIN

Lagenam originalem

Rp. Tuberin (Duotal B) 10·0
Cocain 0·05
Codein 0·05
Syr. thiliae 300·0

Rp. Tuberin sec Halápi lag. orig.

A Tuberin egy angol specifikus kőszénfajta frakczionált desztillálása útján előállított szerencsés produktum, mely nemcsak vetekedik, de felülmúlja a hasonló praeparátumokat, mert: erélyesebb dezinficiens **és mint ilyen a tüdőfelületeken kiválasztódva, lokaliter is kifejti hatását, a nyákhártyát nem izgatja és nem mérgező.** Baktericid hatása felülmúlja a többi szerekét és gátolja a toxinok keletkezését. **Éjjeli izzadás, láz alászáll, étvágy, testsúly gyarapszik.**

Mintaüveget orvosok részére szivesen küld

HALÁPI FRIGYES

gyógyszertára az „APOSTOLHOZ“

Budapest, VII., József-körút 64.